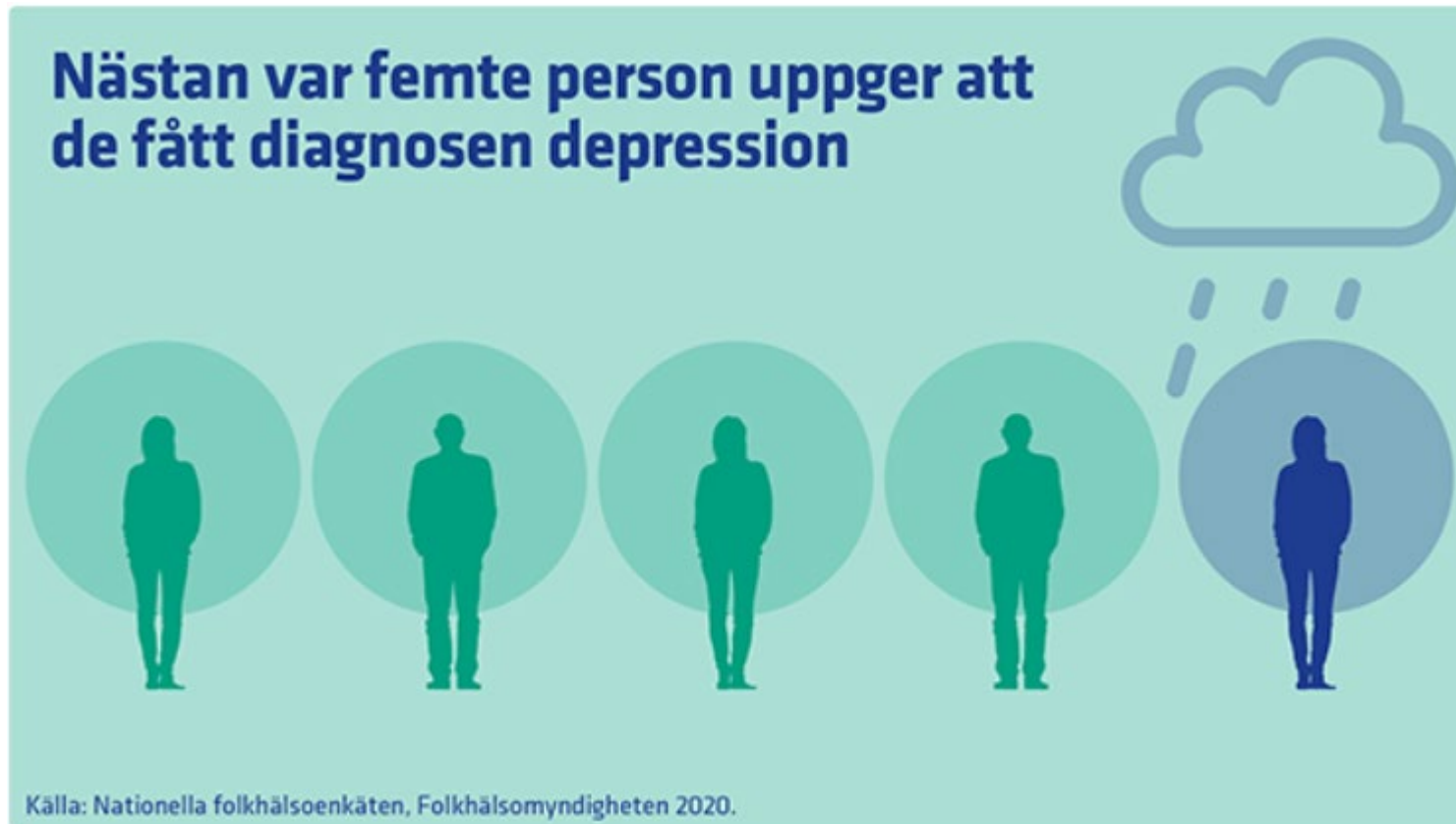


Depression och ångest, behandling enligt Nationella vård- och insatsprogrammet

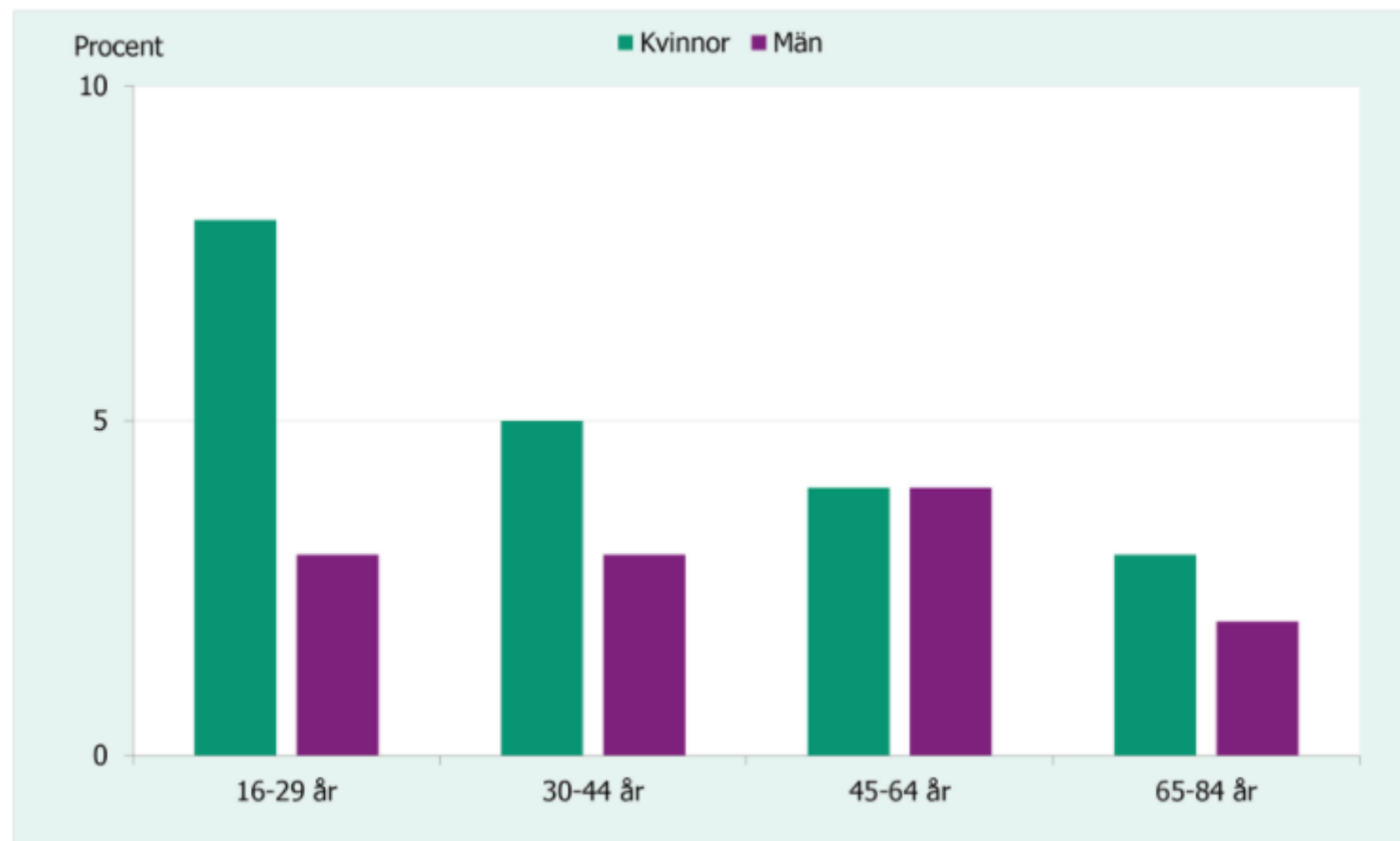
Bodil Huljegård specialistpsykolog, Josefine Forssell, överläkare affektiv mottagning.

Depression och ångestsyndrom tillhör de stora folksjukdomarna och ligger bakom **drygt 40 procent** av alla sjukskrivningar i Sverige.



Mer än **var tredje kvinna** insjuknar någon gång i livet i en depression, och **nästan var fjärde man**.

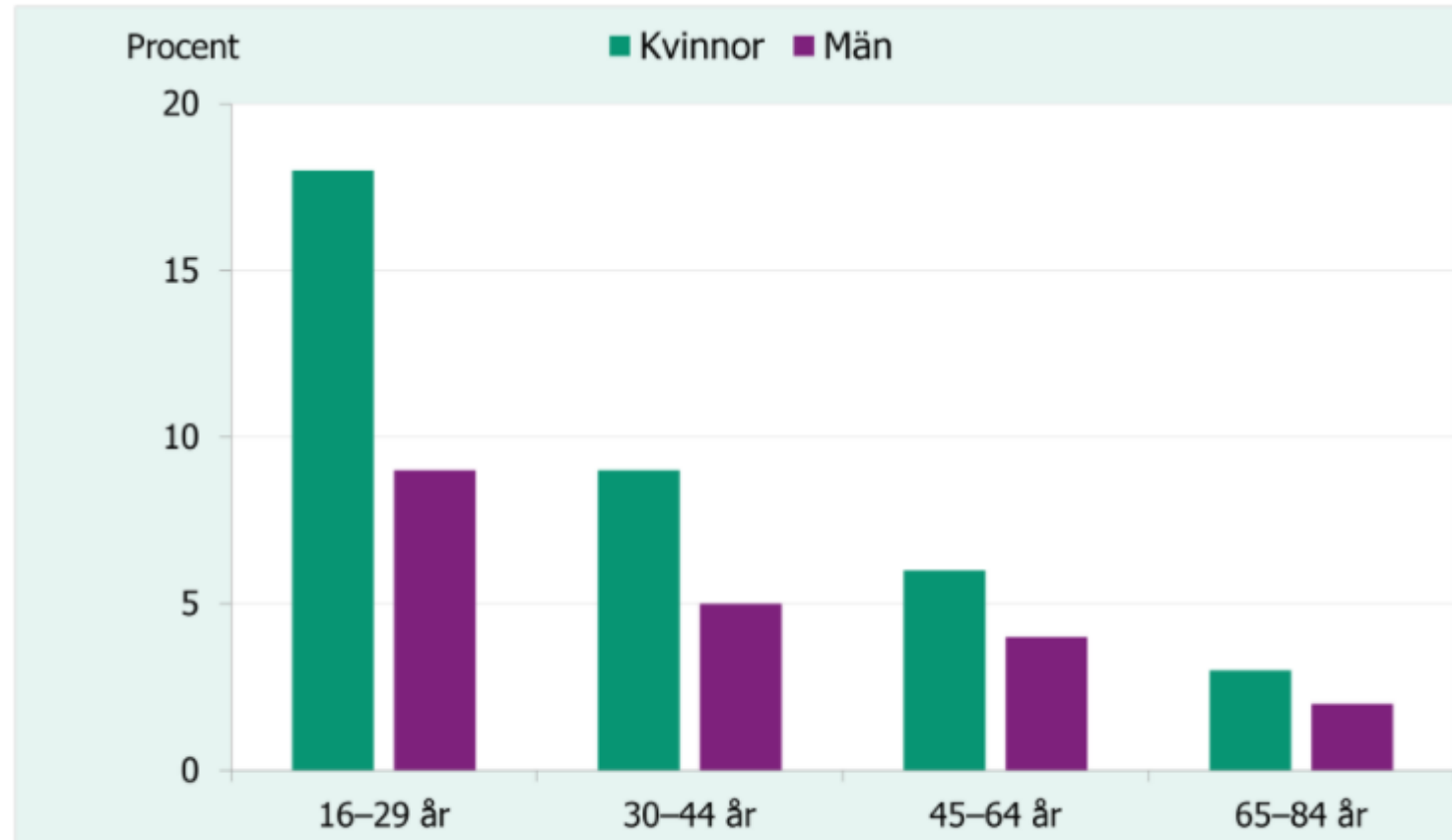
Depression i vårt samhälle, Sverige 2020



Totalt har nästan **var femte** svensk någon gång fått diagnosen depression, och det är **nästan dubbelt så vanligt** bland kvinnor som män.

Andel kvinnor och män i olika åldersgrupper som har fått diagnosen depression senaste året, 2020.
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Ängslan, oro, ångest i vårt samhälle, Sverige 2020



Andel i olika åldersgrupper som uppger svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, 2020. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

Totalt har **drygt 40 procent** haft besvär av ängslan, oro eller ångest.

De allra flesta har haft lättare besvär. Det är **vanligare bland unga** än bland äldre **och bland kvinnor** än bland män: Varannan kvinna och var tredje man har haft lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest.



Ångestsyndromen

GAD 4-7%

Agorafobi – vanligt vid andra ångestsyndrom, 50%

Tvångssyndrom 5% bland unga, 2% av vuxna

PTSD 6%

Social fobi 8%

Paniksyndrom 1% -2%

Källor för bilder: PTSD-openclipart, Social fobi/ångest: Anxiety Archives-Urevolution, Tvång: Depositphotos, GAD/What if: ccnull.de

Kom ihåg

Oro, ängslan

Situationsutlöst

"Känns i huvudet"

Ångest

Situationsutlöst eller ej

"Känns i kroppen"

Båda är normalt att ha och kan många gånger hanteras med förändrad situation och sätt att se på, ta sig an saker. *Men ibland stannar det kvar eller sänker funktionsnivån för mycket. Då behövs behandling.*



Agenda för den här stunden

Vad är VIP = Vård och Insatsprogram

Behandling = fler insatser än läkemedel

Insatser innan eller parallellt med läkemedel vid både depression och ångest

Terapeutisk behandling

Läkemedelsbehandling

Uppföljning av läkemedel, byte av läkemedel, interaktioner

Vårdnivå

Nationellt vård – och insatsprogram VIP



Bildkälla Facebook:

Upphovsperson: Foto: Okänd | Upphovsperson: Foto:

Fotograf okänd, Västmanlands läns museum

Upphovsrätt: This work, identified by Västmanland County Museum, is free of known copyright restrictions.

Nationellt vård- och insatsprogram

Överenskommelse SKL och regeringen om att förbättra den psykiska hälsan

Innehållet i vård-och insatsprogrammen bygger på nationella riktlinjer och andra kunskapssammanställningar men är utformade för att möta behovet av kunskap i eller inför mötet mellan personal och individ.

Sveriges regioner driver nationell kunskapsstyrning, som har flera Nationella programområden NPO

- NPO fastställer vård och insats program (VIP)
- VIP är utarbetade av nationella arbetsgrupper (NAG)

[Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](http://vardochinsats.se)

PROGRAM



Depression och ångestsyndrom

1. Nivå och process
2. Om tillståndet
3. Tidiga tecken och tidig upptäckt
4. Förebyggande insatser
5. Kartläggning och utredning
6. Behandling och stöd
7. Kommunikation och delaktighet
8. Uppföljning på individnivå
9. Uppföljning på verksamhetsnivå
10. Lagar och regler

FILTRERA INNEHÅLL

Utförare ▾

Yrkesroll ▾

Åldersgrupp ▾

Typ av behandling/stöd ▾

Tillstånd ▾

Svårighetsgrad ▾

[Rensa alla filter](#)

Depression och ångestsyndrom

För syfte och bakgrund till detta program, se "Om programmen" i menyns överkant.

1. Nivå och process

Vårdsnivåer i hälso- och sjukvården



Individer med depression och ångestsyndrom kan få behandling av flera utförare inom hälso- och sjukvården.

Brukarinflytande på verksamhetsnivå



Samhällets vård och stöd kan förbättras och bli än mer anpassat för dem som de är till för genom systematiskt arbete för stärkt brukarinflytande.

Brukarinflytande på individnivå



2. Om tillståndet

Grundkapitel

PROGRAM
Depression och ångestsyndrom
1. Nivå och process
2. Om tillståndet
3. Tidiga tecken och tidig upptäckt
4. Förebyggande insatser
5. Kartläggning och utredning
6. Behandling och stöd
7. Kommunikation och delaktighet
8. Uppföljning på individnivå
9. Uppföljning på verksamhetsnivå
10. Lagar och regler

Lättillgänglig konkret och djup information

Direkt vägledning, hands- on

För alla som deltar runt patienten, d v s sjuksköterska, kurator, fysioterapeut, läkare, verksamhetsansvariga.



Bildkälla: Wikimedia
commons

Gemensamt vid både depression och ångest

Psykoedukation

Fysisk aktivitet

Psykosocial anamnes och kommunala insatser

Missbruksanamnes och insatser

Patientens egna önskemål och motivationsfaktorer

Gemensamt
vid både
depression
och ångest

Prio 1-2 är att möta upp med
bedömning, utredning och
uppföljning!

Därutöver kommer den
viktiga psykoedukationen, de
psykosociala insatserna och
behandlingen.

6. Behandling och stöd

Psykoedukation

All behandling vid depression ska inledas med [psykoedukativa insatser](#). Den bör bland annat handla om symtom, hur depressioner kan utvecklas (försämring och förbättring) och vikten av att söka ytterligare hjälp vid försämring eller suicidtankar. Man behöver också gå igenom yttre faktorer som påverkar måendet så att individen i viss mån själv kan påverka, till exempel [alkohol](#), [sömn](#), [stress](#) och psykosocial belastning.

Lätt till medelsvår depression	+
Svår depression	+
Återkommande depressioner	+
Svår, behandlingsresistent depression	+
Depression hos äldre	+
Depression vid graviditet och amning	+

Exempel

Behandling Depression Vuxna

- Sammanfattning och bred syn på behandlingen
- Tillståndet problematiseras och man beskriver överväganden kring vad det kan bero på.

Depressiva
symtom
behöver inte
vara egentlig
depression

Yttre händelser

separation, dödsfall, socialt ,
ekonomiskt -> psykosocialt stöd,
psykologisk behandling.

EJ läkemedel. Läkemedel har ej
effekt mot livet!

Vad vägs in vid val av behandling av depression

Flera faktorer avgör val av behandling

- svårighetsgrad (lätt, medelsvår, svår)
- patientens egna önskemål (!)
- orsakad av yttre händelser eller ej
- ev underliggande faktorer, tex NP, somatisk sjukdom, missbruk

Terapeutisk behandling av depression

Lätt till medelsvår depression

- KBT
- IPT
- Psykodynamisk korttidsterapi

OBS! Motivation och allians bedöms vid terapeutisk behandling så viktig att patientens önskemål om terapiform kan vara avgörande för behandlingseffekt.

OBS! om yttre orsak ej finns och symtomen är mer åt det kroppsliga hållet (sömnpblem, aptit, anhedoni) är ofta läkemedelsbehandling att föredra ändå samt om depressionsdjupet är mer medelsvårt än lätt.

Återkommande depression

KBT alt MBCT med riktning enbart för återfallsprevention och ske vid remission.

Svår depression

Ej terapi utan läkemedelsbehandling



Bildkälla: Wikimedia commons

SKAM

Bildkälla: Wikimedia Commons

Fokus för den terapeutiska behandling vid depression

- Beteendeaktivering
- Färdighetsträning
- Problemlösning
- Acceptans
- Mindfulness



Bildkälla: Publicdomain Vectors

I detta arbete kommer ofta fram tankemässig mönster som hindrar, ofta med fokus på skam. Skammen leder till passivitet och bär en känsla av att man inte duger. Detta möts bäst med validering, self-compassion, tillåtande attityd. Man kan med frågor behöva visa intresse för patienten som person.

Läkemedelsbehandling vid depression -lindrig

I första hand EJ läkemedel, utan

Psykoeduktion och tid för detta att sätta sig

Stöd att hantera psykosociala stressfaktorer

Fysisk aktivitet

Råd kring alkohol och droger

Följ upp och om otillräcklig effekt överväg läkemedel i
enlighet med medelsvår depression.

Läkemedelsbehandling vid depression- medelsvår

1: SSRI (sertralin, escitalopram) +KBT alt IPT. Börja med lågdos och trappa upp till nivå där patienten kommer i remission. Alt: citalopram, paroxetin, fluoxetin (unga).

2: SNRI (venlafaxin/duloxetin), bupropion, mirtazapin, vortioxetin, moklobemid, agomelatin.

Uppföljning efter nyinsättning: kontakt för avstämning av biverkningar om 7-10 dagar.

Dosökning efter 4-8 veckor beroende på situation, biverkningar, person.

Behandlingstid minst 6 månader, om då i stabil remission kan uttrappning försiktigt göras.

Symtomskattning med MADRS-M alt MADRS-S vid uppföljningar.

Alternativ behandling vid tex svårigheter med läkemedelstolerans –rTMS (psykiatrisk klinik)

Läkemedelsbehandling vid depression- svår

- Samma läkemedel som vid medelsvår depression övervägs och trappas upp.
- Irreversibla MAO-hämmare övervägs
- Tillägg av litium eller antipsykotisk behandling övervägs
- Se över ångestmedicinering och sömnmedicinering
- ECT-behandling övervägs
- Riskbedömning görs alltid
- Konsultera och remittera till psykiatrisk klinik

Riskbedömning

Aktuellt och historiskt:

- suicidalitet
- självskada
- miss- eller riskbruk av alkohol eller droger
- våldsamt beteende
- annat riskbeteende
- kriminalitet
- körkort
- vapeninnehav
- skyddande faktorer

Fördjupning, se styrdokument RVN
[Suicidriskbedömning lathund](#)

Rehab och sjukskrivning

Tänkt tidigt på detta i processen och gör en planering med patienten

Sjukskrivning direkt i upptrappning, patienten kan då se hela tågordningen fram till återgång i arbete och vi arbetar mot samma mål. Patienten känner då mindre rädsla för “ättestupan” när de redan vet planeringen och inte “behöver förstärka” sina symtom. Justeringar kan göras om något händer.

Tänk på att det kan vara problematiskt med symtomuppföljning i samma session som sjukskrivningsbedömning – ha gärna symtom/behandlingsuppföljningar separat från sjukskrivningsuppföljnings-tillfälle , stäm av med terapeuten inför bedömning eller ha med den vid tillfället.

Terapeutisk behandling vid ångestsyndrom

Genomgående innefattar behandlingar psykoedukation, beteendeaktivering, beteendeexperiment, exponering, uppmärksamhetsträning, kognitiv omstrukturering eller metakognitiva tekniker.

- GAD – KBT hjälper med strategier för att hantera oro (ERP, beteendeexperiment, metakognitiv terapi, ACT). Starkare stöd för SSRI!
- Panikångest – starkt stöd för KBT (samarbeta gärna med fysioterapeut)
- PTSD – Prolonged Exposure, EMDR (men lite annorlunda med C-PTSD)
- Social ångest – starkt stöd för KBT
- OCD (tvångssyndrom) – Exponering med responsprevention



Läkemedelsbehandling vid ångestsyndrom

OBS! Terapeutisk behandling är rekommenderat parallellt med läkemedelsbehandling vid samtliga ångestsyndrom.

OBS! För samtliga ångestsyndrom gäller: Pregabalin, gabapentin, bensodiazepiner är icke-göra!

GAD: låg till måttlig effekt: ssri, snri, ibland antipsykotika.

Paniksyndrom: måttlig till stor effekt: ssri, klomipramin.

PTSD: begränsad effekt men användbart vid samsjuklighet depression: ssri, snri, klomipramin, mirtazapin, antipsykotika.

Social ångest: liten till måttlig effekt: ssri, snri, betablockad.

OCD: stor till mycket stor effekt: ssri, klomipramin, antipsykotika i tillägg.

OBS! All ångest kvalar inte in på dessa diagnoser! Alla depressioner är inte bara depressioner! Anamnes! Samsjuklighet?

En del diagnoser tenderar att användas lite godtyckligt...(t ex GAD)

Tillstånd som också ger "ångest":

ADHD, rastlöshet och reaktion på kaos

Autism, rigiditet och svårigheter att läsa av situationer

Anknytningsmönster, separationsångest och rädsla för ovisshet

Stress – också sympatikuspåslag

Depression – ångest är ett symptom på depression

Relationsproblem, svårigheter i livet

Överkonsumtion av alkohol - abstinens



Behandlingen behöver anpassas

Byte av preparat

Direkt byte: tex inom samma grupp

-Trappa ned och direkt byte: tex vid gruppbyte

-Trappa ned, washout-period, sätt in nytt:

tex ssri till vortioxetin samt klomipramin till ssri, snri,

-Saxa ut, saxa in: tex tidspress samma grupp

Beror på:

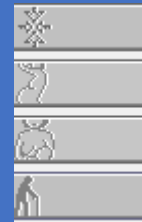
-hur allvarliga depressionssymtom man har, tidsaspekter

-hur stor risken är för utsättningssymtom

-mellan vilka läkemedel man byter

Interaktioner

Interaktioner : hittas lättast i
receptmodulens översta knapp

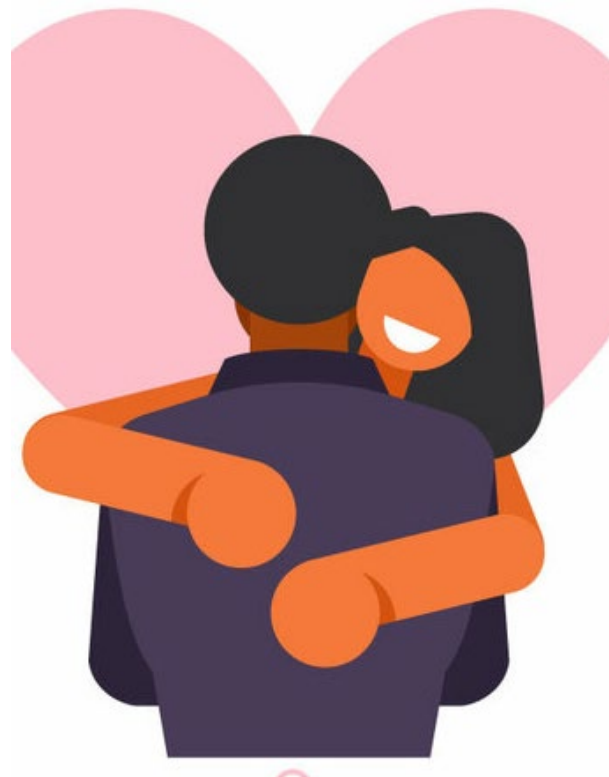


Alternativt på janusinfos
sfinxinteraktioner. www.janusinfo.se

Vårdnivå

När är det dags för psykiatri på
hälsocentral/vårdcentral och när är
det dags för psykiatri på sjukhuset?

Funktionsnivå och
behandlingsförsök är avgörande.



Kom ihåg: personlig funktionsnivå

- Identity – identitet självkänsla och självförtroende
- Self-direction- förmåga att ta ut riktning
- Intimacy- förmåga att ge och ta emot kärlek/värme
- Empathy- förmåga till inkänning

Lindrig depression primärvård/råd psykiatri

Vid lindrig depression kan den drabbade klara det mesta i vardagen.

Personen känner t.ex. nedstämdhet, har lätta koncentrationssvårigheter, lättare sömnsvårigheter men klarar att arbeta och att ta hand om sig själv.

Personen kan känna av en bristande glädje i sådant man normalt sett tycker om att göra, men kan fortsatt klara att utföra dem.

Personen kan i umgänge med andra känna och visa ett mindre engagemang men klarar att umgås och humöret påverkar inte på ett störande sätt relationerna.

Personer som känner den drabbade kan märka att denne mår sämre, men samtal tycks hjälper.

Psykomotoriskt tar man sig i stort som vanligt och tankemässigt klarar man att lösa problem även om det tar emot.

Tåligheten för stress är nedsatt men den går att hantera.

Bildkälla: unsplash.com



A photograph of a person wearing a dark hoodie and pants, leaning against a brick wall at night. The person is looking down, and the scene is dimly lit with some light reflecting off the wall. The wall is made of red and grey bricks.

Medelsvår depression primärvård/råd psykiatri

Vid medelsvår depression kan den drabbade ha svårare att klara vardagen.

Nedstämdheten och koncentrationssvårigheterna påverkar prestationen i arbete och förmågan att hantera vardagen. Man kan glömma saker och ha svårare att hantera flera saker samtidigt på ett sätt som märks av. Patienten kan behöva sjukskrivning i olika grad.

Det tar emot mer att göra sådant som man normalt sett tycker om att göra och man kan ha känslan av att behöva "tvinga sig" utföra dem.

Det är mer vanligt med humörsvängningar eller undandragenhet vid sociala kontakter, och måendet kan påverka relationer på ett sätt som båda parter upplever med tydlighet.

Psykomotoriskt kan finnas en mindre rörlighet i ansiktet, man varierar mindre i affekter, men har fortsatt en viss bevarad flexibilitet och avledbarhet.

Tankemässigt är det svårare att lösa problem, det tar längre tid och det tar emot mer. Tåligheten för stress är mer nedsatt.

Svår depression

Psykiatri

Vid svår depression kan den drabbade personen ha svårt att hantera vardagliga problem eller ta hand om sig själv. Personlig hygien är ofta nedsatt.

Social rädsla, skam- och skuldkänslor kan medföra undandragenhet och utvecklande av fobiliknande svårigheter i arbete och i kontakter med andra människor. Personens mående och beteende påverkar på ett påtagligt sätt samspelet i en relation. Personen har stort behov av sjukskrivning.

Patienten kan också få stora svårigheter att tänka och fokusera, att vara flexibel, ha svårt att komma igång med aktiviteter, och har påtagliga svårigheter att hantera stress.

Psykomotoriskt kan ses flackhet, förlångsamning och tankemässigt kan ses tankestopp samt i kommunikationen svarslatens.

Suicidrisk ökar.

Ångestsyndromen

De flesta vuxna med ångestsyndrom behandlas inom primärvården. Där är läkare ansvariga för att göra en primär bedömning, diagnostisera patienten och välja behandling. Primärvården ska få rådgivning av specialistpsykiatri i frågor som rör diagnostik, behandling och övrig handläggning. Remiss när behandlingsförsök inte lyckas.

→ OCD överväg alltid tidigare remiss till psykiatri.

Källor för bilder: PTSD-openclipart, Social fobi/ångest: Anxiety Archives-Urevolution, Tvång: Depositphotos, GAD/What if: ccnull.de



Är jag ett
syndrom?

...komma ut på
promenader...

