

Akademiskt primärvårdscentrum
FÖRENINGEN LÄSA LÄSSTÄMME

Modern primärvårdspsykiatri

Diagnostik och behandling

Sandra af Winklerfelt
Specialist i allmänmedicin
Verksamhetschef Liljeholmens vårdcentral
Akademiskt primärvårdscentrum

Akademiskt primärvårdscentrum
FÖRENINGEN LÄSA LÄSSTÄMME

Bakgrund

- Psykisk ohälsa kanske vanligaste sökorsak i primärvård.
- Depression och ångestsjukdomar är vanliga, 17 % prevalens
- Underdiagnostik; många patienter söker för somatiska besvär
- Överdiagnostik; medikalisering av psykosocial problematik, ffa hos kvinnor

Akademiskt primärvårdscentrum
FÖRENINGEN LÄSA LÄSSTÄMME

Trötthet, Ryggont, "Stress", Sömnsvårigheter, Andnöd, "Utbrändhet", Oro, Klåda, Huvudvärk, Hjärtklappning, Smärta, "Magkatarr", "Panikångest", Depression

????
Sjukskrivning? SSRI??? PPI? Värktabletter? Sömntabletter? Samtal? KBT?

Akademiskt primärvårdscentrum
FÖRENINGEN LÄSA LÄSSTÄMME

Ångest = Symptom

- ◆ Vid somatiska sjukdomar t ex astma
- ◆ Vid depression, förstämningssyndrom
- ◆ Vid psykosor, personlighetsstörningar
- ◆ Vid missbruk
- ◆ Vid ångestsyndrom
- ◆ Och normalt vid t ex kriser mm

◆ Problem: Diagnostik?? Samsjuklighet??

Akademiskt primärvårdscentrum
FÖRENINGEN LÄSA LÄSSTÄMME

Syfte: Förbättrad diagnostik för bättre sortering psykisk ohälsa

Depression, Ångestsyndrom, Psykiatri, Beroende, Psykosocial problematik, Ingen diagnos

Akademiskt primärvårdscentrum
FÖRENINGEN LÄSA LÄSSTÄMME

Sammanfattning evidens

- **SBU 2012:**
- Vetenskapligt stöd för att diagnostisk träffsäkerhet för depression kan ökas från ca 50 % till 90 % med strukturerad intervju enligt MINI.
- Vetenskapligt stöd för att HADS inte är tillförlitligt.
- Uppdatering 2015 ger visst stöd för PHQ9.
- Metoder för suicidriskbedömning SBU 2015
- Revidering av nationella riktlinjer från Socialstyrelsen pågår.

Akademiskt primärvårdscentrum
PROFESSOR LISA LARSSON

Diagnostik

- ◆ Anamnes: Nyckelfrågor- i vilken situation besvär? Katastroftanke? Veta vad man letar efter...
- ◆ Somatisk utredning, status, lab, ev EKG
- ◆ Psykiatrisk utredning: Strukturerad diagnostik: MINI
- ◆ Hjälpa att inte missa "skamliga" besvär t ex
 - Social fobi, tvångssyndrom, ätstörningar, självskada
 - Missbruk
 - Bipolär typ 2
 - Rutinfrågor även om misshandel, våld t ex

Akademiskt primärvårdscentrum
PROFESSOR LISA LARSSON

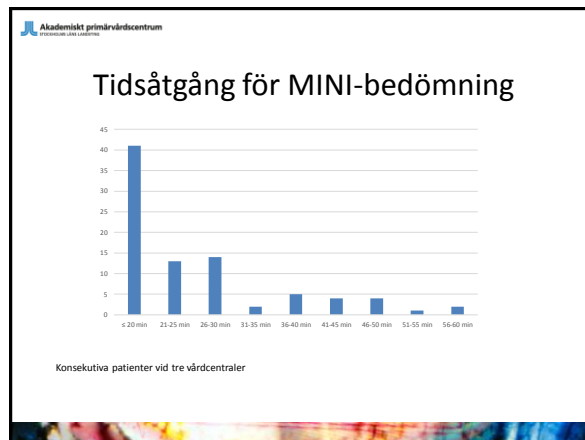
Screening/diagnostik:

- HAD : ångest depression screen **nej**
- Prime-MD: screen-diagnos allmän **nej**
- PHQ9: screen-diagnos depression/skattning ja/kanske
- AUDIT: screen alkohol ja
- DUDIT: screen droger ja
- BDI, BAI: screen + skattning **nej**
- EPDS: screen BVC nja
- MADRS: skattning depression nja
- MDQ: Screen bipolär **nej**
- GDS depression hos äldre ja
- **MINI**: diagnostisk intervju **JA**

Akademiskt primärvårdscentrum
PROFESSOR LISA LARSSON

MINI 6.0

- Tidsåtgång?
- Träning?
- Tolkning?
- Pedagogik?
- Ett "ledavsnitt" för varje modul
- Kan anpassas efter syfte, "veta vad man letar efter"



Akademiskt primärvårdscentrum
PROFESSOR LISA LARSSON

Fallet Lisa 21 år

- Söker för förlängd sjukskrivning, långdragen depressivitet. Svårt att klara utbildning, nu sjukskriven 6 månader. Svår psykosocial hemsituation tidigare, gått hos skolkurator. Provat olika antidepressiva men inte så god effekt. Upplever sig själv som hopplöst fall, klarar "inte ens" att jobba i mataffär.
- Nyckelfrågor? Diagnos? Behandling?

Akademiskt primärvårdscentrum
PROFESSOR LISA LARSSON

Förstämmningsyndrom

- Unipolär depression
 - Depressiv episod
 - Recidiverande depressioner
- Bipolär sjukdom: typ 1 och 2
 - Typ 2 risk att missa, hypomanier upplevs sällan som besvär av patienten. Svårare depressioner.
 - Annan behandling, högre s-risk.

Depression

- Egentligen lätt att känna igen? Minst 2 veckor:
 - Nedstämdhet, nedsatt intresse.
 - Kognitiv, psykomotorisk hämning
 - Oro
 - Koncentrationssvårigheter
 - Negativa tankar
 - Sömn-, aptitrubbingar
 - Döds- eller självmordstankar

Varför svårt?

- Patienten berättar inte om symptomen.
- Vi glömmer bort att titta efter symptomen.
- Andra sjukdomar eller problem skymmer, t ex patientens upplevelse **stress, utmattning**.
- Vi vet inte hur vi ska värdera besvären.
- **Vanligt att det är mer värk, oro, trötthet än ren nedstämdhet som visar sig.**
- Sorg? Ensamhet? "Naturlig oro"

Fallet Gunnar 82 år

- Hjärtsvikt, hypertoni. Senaste tiden sökt ofta på vårdcentralen för huvudvärk och buksmärter, viktnegång. Utredning har inte visat någon orsak.
- Änkling sedan 1 år. Tar sig en whisky på kvällen för att kunna somna.
- Nyckelfrågor? Diagnos? Behandling?

Suicidrisk

- Ökad vid bipolära syndrom
- Ökad vid samtidigt missbruk
- Män högre risk, > 65 år
- Tidigare försök/"olyckor", metod
- Andra faktorer; socialt nätverk, ekonomi, HBTQ
- Strukturerad bedömning
- SBU rapport 2015

Äldre

- Samsjuklighet somatiska sjukdomar
- Differentialdiagnostik demens?
- Ensamhet?
- Suicidrisk!
- Äldrepsykiatrisk mottagning
- Samverkan hemtjänst, hemsjukvård
- GDS 30, GDS 15 evidens för äldre

Ångestsyndrom

- Paniksyndrom ev + Agorafobi
- GAD Generaliserat ångestsyndrom
- Social fobi
- Specifika fobier
- OCD Tvångssyndrom
- PTSD
- Hälsoångest

Fallet Helena, 43 år

- Långdragna besvär med ångest, depression, sömnsvårigheter och stressutlösta besvär, smärta, trötthet.
- Fått behandling med SSRI och gått sömn-KBT och stress-KBT.
- Inget hjälper! Svårt att klara arbetet.
- Diagnos??

Stressrelaterad psykisk ohälsa

- Akut stressreaktion
- Maladaptiv stressreaktion/anpassningsstörning
- Utmattningssyndrom. ICD-10 i Sverige
 - PSS, KEDS, SMBQ: ej evidens
 - Behandling: enligt KBT-modell men stöd för arbetsinriktade rehabinsatser
 - OBS! Kartlägg annan diagnostik först!
 - OBS! Risker med långvarig sjukskrivning utan plan

Missbruk, beroende

- Alkohol, ofta diffusa tecken:
Högt blodtryck, smärta i rörelseorganen, bukbesvär, högt MCV, ångest, "självmedicinering", sömnsvårigheter...

Obs! Suicidrisk!

"Den stora imitatören av alla sjukdomar"

Andra droger.....

Neuropsykiatri

- **Barndomsanamnes**
 - Skolsvårigheter?
 - Kommunikativa svårigheter?
- **Funktionsnedsättning**
- Viktigt att undersöka ev missbruk
- Särskilda screenings- och skattningsinstrument finns, ej evidens än

Barn och unga

- Ovanligt med tidig debut enbart depression, högre misstanke BP eller sekundärt till ångestsyndrom el neuropsykiatri.
- Primärvård blir "första linjen"
- Arbete med hela familjen
- Samarbete med skola, SHV, BHV,
- Mindre evidens för diagnostiska verktyg
 - MINI kid
- Annan vårdkedja:
 - Bokas direkt till barnkompetent psykolog

För vilka patienter bör extra diagnostik göras?

- Söker för psykiska besvär, oklar diagnos
- Depression som inte svarat på adekvat behandling efter två månader.
- Oförklarade somatiska symptom som varat mer än tre månader
- Tillhör de patienter som oftast söker vård

Har diagnos betydelse för behandling och vårdnivå?

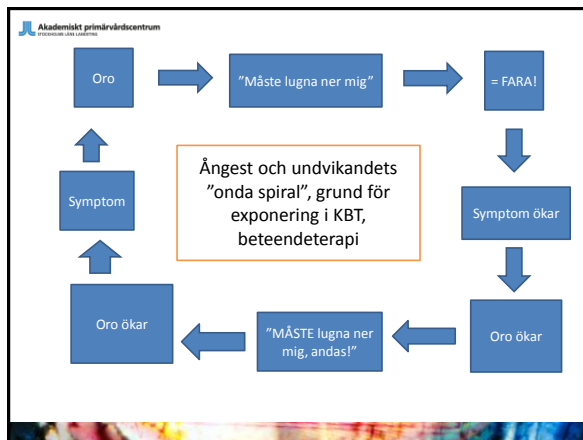
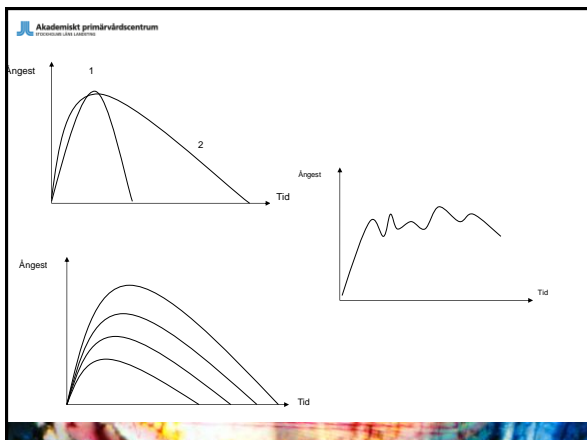
- **Depression:**
Terapi: KBT, korttidsterapier PDT, IPT,
Läkemedel: SSRI, SNRI, atypiska, TCA
- **Bipolära syndrom:** Specialistpsykiatri
Läkemedel: Stämningstabilerande; Litium,
Lamotrigin, Quetiapin
- **Ångestsyndrom:**
KBT, speciellt vid fobier och OCD. Läkemedel:
SSRI, SNRI, pregabalin vid GAD

Fallet "Magnus", 32 år

IT-konsult. Söker akut för sjukskrivning och hjälp. Försämring i utbrändhet, utmattning. Beskriver ögonsymptom, yrsel, sömnsvårigheter, stresskänslig och känslig för ljud och intryck.

Insjuknat plötsligt för 1 år sedan. Varit sjukskriven heltid, provat Qigong och Rosenrot, återkommit i deltid anpassat arbete, nu försämring.

- Nyckelfrågor?
- Diagnos?
- Behandling?



**Behandlingar
Depression, Ångest, Stress**

• Läkemedel	D	Å	?
• Fysisk aktivitet	D	Å	S
• Kognitiv Beteendeterapi (KBT)	D	Å	?
• Tillämpad avslappning	?	GAD	?
• Mindfulness	?	?	?
• Psykodynamiska korttidsterapier	D	-	?
• Interpersonell terapi IPT	D	-	?
• Problemlösningsfokuserad terapi	D	(äldre)	

Läkemedel

- SSRI
- SNRI
- TCA
- Atypiska antidepressiva
- Pregabalin
- Bensodiazepiner
- Stämningstabilerande
- Antipsykotika

Läkemedel: beroende på diagnos men

SSRI i första hand, följ upp och öka dos: Sertralint ex 150 mg.
Högre doser t ex vid OCD.

Bristande effekt:
Rätt diagnos? Tillräcklig dos?
Byte till i första hand Venlafaxin, minst 225 mg.

Biverkningar? Lite olika profil t ex Mirtazapin, Voxra, Cymbalta, Fluoxetin, Amitriptylin, Valdoxan

Kombinationer... t ex Mirtazapin eller Amitriptylin låg dos t n

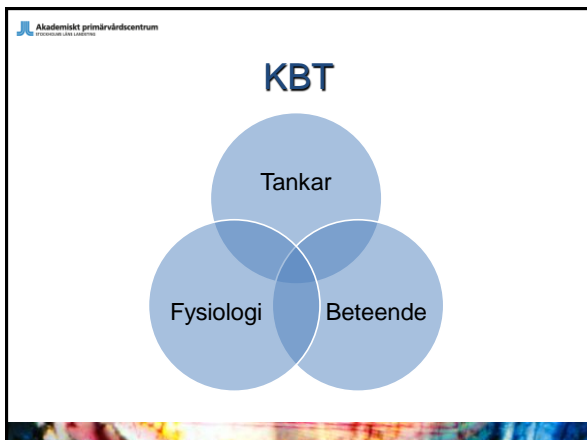
Pregabalin andrahandspreparat vid GAD, eller quetiapin

Psykiatri

Stämningsstabiliserande:
Första hand: Lithium (ffa bipolär 1)
Ev Valproat, Lamotrigin, Quetiapin (1 el BP 2)

Obs även recidiverande depressioner, svårare sjukdom tillägg stämningsstabiliserande

Obs glöm inte vid svårare depression, t ex äldre:
ECT
Transkraniell magnetstimulering ?
Ljusterapi nej



◆ Stepped care, lägsta effektiva dos

- Psykoedukation
- Självhjälpsböcker, "guidad självhjälp"
- Internetbehandling
- Manualiserad gruppbehandling (Ångestskola)
- Individuell KBT

Fysiologi

◆ Teori;

- Förklaringsmodell, autonoma nervsystemet, exempelvis vid panikattack
- Livsstilsfaktorer, stresshantering, kost, motion

◆ Praktik;

- Interoceptiv exponering, t ex hyperventilera, framkalla symptom
- Andnings- och avslappningsträning – OBS! Risk för säkerhetsbeteende, undvikande!!!

Tankar

◆ Situation → Känsla

◆ Situation → Tolkning/Tanke → Känsla

◆ Negativa Automatiska Tankar (NAT)

- Identifiera!! + koppling till känsla
- Registrera, ifrågasätt schematiskt
- Tankeexponering!

Akademiskt primärvårdscentrum
PSYKIATRISKA LÄROBOKEN

Situation	Känsla	Kropp Symptom	Tankar	Bevis/ motbevis	Beteende /Impuls		

Akademiskt primärvårdscentrum
PSYKIATRISKA LÄROBOKEN

NAT: Tankefällor

- ◆ Känslotänkande: Skilja tanke/känsla
- ◆ Katastroftankar – "Vad är det värsta som kan hända?"
- ◆ Allt eller inget- tänkande
- ◆ Övergeneralisering ("typiskt", ett mönster)
- ◆ Diskvalificering av det positiva
- ◆ Tankeläsning

Akademiskt primärvårdscentrum
PSYKIATRISKA LÄROBOKEN

Beteende

- ◆ Bryta undvikande av ångestskapande situationer (t ex sjukskrivning!)
- ◆ Klargör säkerhetsbeteenden
- ◆ Vänd ond spiral av ökande ångest, undvikanden och inskränkningar i livet
- ◆ Klargör hierarki och exponera enl plan
- ◆ Habituering, "In-vivo-exponering"

Akademiskt primärvårdscentrum
PSYKIATRISKA LÄROBOKEN

Medveten närvaro (mindfulness)

- Vidareutveckling av KBT inspirerad av meditation. Ej evidens än.
- Perception utan värdering
- Acceptans
- "Tredje vågens KBT":
 - ACT vid smärta
 - DBT vid emotionell instabil personlighetsstörning

Akademiskt primärvårdscentrum
PSYKIATRISKA LÄROBOKEN

Mer information:

- Viss.nu
- Psykiatristod.se
- Kunskapsguiden.se
- SBU.se
- SFAM.se

Akademiskt primärvårdscentrum
PSYKIATRISKA LÄROBOKEN

Boktips självhjälpböcker, generella:

- "Fri från oro, ångest och fobier". Farm Larsson, Wisung
- "Vem är det som bestämmer i ditt liv?" Nilsson
- "Att leva ett liv – inte vinna ett krig" Kåver
- "Sluta älta och grubbla", Wadström
- "Sov gott" Jernelöv
- "Hej Ångest! Körskola till livet", Leander, af Winklerfelt

Fler boktips, mer specifika, guidad självhjälp:

- **Freeman, DeWolf:** De 10 dummaste misstagen klyftiga personer gör och hur man undviker dem.
- **Andersson, Bergström, Holländare, Lenndin, Vernmark:** Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi. Ett effektivt självhjälpprogram
- **Fullmark, Holmström, Sparthan, Carlbring, Andersson:** Social fobi – effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi.
- **Asplund, Rosengren:** Fri från tvång – steg för steg med kognitiv beteendeterapi.
- **Carlbring, Hanell:** Ingen panik – Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi.
- **Öst, Salomonsson:** Tillämpad avslappning – En självhjälpmanual vid generaliserad ångest.

Sammanfattning

- Strukturerad diagnostik med MINI ger bättre förutsättningar för att patienter ska få rätt behandling och rätt vårdnivå.
- Stepped care kan öka tillgänglighet men resurser och kompetens för behandling, guidad självhjälp, KBT, IPT, psykosocialt stöd och samverkan i primärvård behövs.
- Behov kompetensutveckling?

TACK! Lycka till!

Sandra.afwinklerfelt-hammarberg@sll.se