

Klínískar leiðbeiningar um þunglyndi og kvíða

EFNISYFIRLIT

INNGANGUR	3
KVEIKJAN AÐ GERÐ LEIÐBEININGANNA	3
VINNUHÓPURINN	3
HEIMILDIR OG AÐLÖGUN	3
MARKHÓPUR	3
UMSAGNARADILAR	3
INNLEIÐING	4
HEIMILDIR	4
TILVITNUN	4
LYKILATRÍÐI UM MEÐFERÐ KVÍÐA	6
FIMM ÞREP MEÐFERÐAR VIÐ SKELFINGARKVÍÐA OG ALMENNRI KVÍÐARÖSKUN	6
ALMENNT UM MEÐFERÐ KVÍÐA	6
ÞREP 1: MAT OG GREINING SKELFINGARKVÍÐA OG ALMENNRRAR KVÍÐARÖSKUNAR	6
ÞREP 2: BJÓÐA MEÐFERÐ	6
SKELFINGARKVÍÐI	6
ALMENN KVÍÐARÖSKUN	6
ÞREP 3: ENDURMAT OG BOÐIÐ UPP Á ANNARS KONAR MEÐFERÐ	7
ÞREP 4: ENDURMAT OG TILVÍSUN TIL FAGADILA MEÐ VIÐEIGANDI SÉRFRÆÐIÞEKKINGU	7
ÞREP 5: EFTIRLIT	7
SKELFINGARKVÍÐI	10
SKELFINGARKÖST OG MEÐFERÐ	10
SJÁLFSHJÁLP	10
HUGRÆN ATFERLISMEÐFERÐ	10
LYFJAMEÐFERÐ	10
MEÐFERÐ ÞUNGLYNDIS. ÞÝÐINGARMIKIL ATRÍÐI SEM HAFNA BER Í HUGA	13
GREINING OG MEÐFERÐ	13
GREINING ÞUNGLYNDIS	13
ÞUNGLYNDI OG KVÍÐI	13
ÞUNGLYNDI OG LANGVARANDI LÍKAMLEG VEIKINDI	13
NÁMSÖRÐUGLEIKAR OG HEILASKAÐI	13
ÞUNGLYNDI UNDIR KLÍNÍSKUM MÖRKUM OG VÆG TIL MIÐLUNGS EINKENNI	13
HUGRÆN ATFERLISMEÐFERÐ	14
LYFJAMEÐFERÐ	14
ÁÐUR EN LYFJAÁVÍSUN ER GEFIN ÚT	14
ÁVÍSUN LYFJA	14
MIKILVÆG ATRÍÐI VIÐ UPPHAF MEÐFERÐAR	14
TAKA BER TILLIT TIL ALDURS OG SJÁLFSVÍGSHÆTTU	15
AUKAVERKANIR Í UPPHAFI MEÐFERÐAR	15
VIÐBRÖGÐ VIÐ LITLUM ÁRANGRI LYFJAMEÐFERÐAR	15
EF ENGIN EÐA LÍTIL SVÖRUN AF ÞUNGLYNDISLYFI EFTIR 2-4 VIKUR	15
LYFJAMEÐFERÐ SAMHLIÐA SÁLFRÆÐIMEÐFERÐ	17
AÐ HÆTTA EÐA MINNKA SKAMMT ÞUNGLYNDISLYFJA	17

INNANGUR

Klínískar leiðbeiningar (clinical guidelines) eru leiðbeiningar (ekki fyrirmæli) um verklag til stuðnings starfsfólki í heilbrigðisþjónustu við ákvarðanatöku við tilteknar aðstæður. Þær byggja á bestu þekkingu á hverjum tíma og eru því gagnreyndar (e. evidence based). Markmiðið með klínískum leiðbeiningum er að veita bestu fánlegu meðferð með sem minnstri áhættu og án óhóflegs kostnaðar.

KVEIKJAN AÐ GERÐ LEIÐBEININGANNA

Þverfaglegt teymi geðlækna, deildarlækna, sálfræðinga, félagsráðgjafa og geðhjúkrunarfræðinga hefur verið starfrækt í áratug á göngudeild geðdeildar Landspítalans. Teymið lítur svo á að mikil þörf sé á að samhæfa verklag við meðferð sjúklunga með algengar geðraskanir, einkum þunglyndi og kvíða, en stærsti hluti sjúklunga göngudeildar leitar aðstoðar út af þeim vanda. Klínískar leiðbeiningar stuðla að bættu verklagi og þar með betri árangri í greiningu og meðferð.

VINNUHÓPURINN

Verkefnastjóri hópsins er Agnes Agnarsdóttir sálfræðingur, en aðrir í vinnuhópnum eru sálfræðingarnir Ásdís Eypórsdóttir, Emil Einarsson, Guðbjörg Danielsdóttir, Hafrún Kristjánsdóttir, Katrín Sverrisdóttir, Pétur Tyrfinngsson, Solveig Erna Jónsdóttir og Þórey Edda Heiðarsdóttir, Jón Friðrik Sigurðsson yfirsálfræðingur, Halldóra Ólafsdóttir yfirlæknir og Þórgunnur Ársælsdóttir geðlæknir.

HEIMILDIR OG AÐLÖGUN

Ákveðið var að velja vandaðar erlendar leiðbeiningar og aðlagða þær aðstæðum hér á landi. Var það samdóma álit vinnuhópsins að styðjast bæri við leiðbeiningar frá National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009,2004), þýða þær og aðlagða. Jafnframt var tekið mið af tilmælum til lækna sem Heilbrigðisráðuneytið setti fram á þessu ári um notkun þunglyndislyfja. Stigun ráðlegginganna A-D er samkvæmt flokkunarkerfi NICE og byggir á styrk þeirra rannsókna sem að baki liggja (A táknar mestan styrk/gæði). Sjá nánar: www.nice.org.uk/CG022NICEguideline

MARKHÓPUR

Leiðbeiningarnar eru ætlaðar starfsmönnum þverfaglegs teymis og nemum á göngudeild geðdeildar, fagteymum og nemum á öðrum deildum geðsviðs og í heilsugæslunni. Auk þess ættu þær að geta nýst mjög vel annars staðar þar sem sjúklingar fá meðferð við þunglyndi og kvíða, s.s. á almennum legudeildum Landspítala, á öðrum sjúkrastofnunum og stofum geðlækna og sálfræðinga.

UMSAGNARAÐILAR

Fyrir útgáfu var umsögn um leiðbeiningarnar fengin frá eftirtöldum fagaðilum:

Pétur Maack forstöðusálfræðingi FSA, Sigurði Helgasyni, lækni, Bryndísi Benediksdóttur, dósent í heimilislækningum, Páli Matthíassyni, framkvæmdastjóra geðsviðs, Borghildi Einarisdóttur, geðlækni og fulltrúa notenda.

INNLEIÐING

Leiðbeiningarnar verða kynntar á stjórnendafundi geðsviðs, almennum fundi lækna á geðsviði, almennum fundi sálfræðinga á geðsviði, með tölvupósti til lækna og annarra fagstétta á geðsviði og lækna á öðrum deildum Landspítala. Þá verða leiðbeiningarnar sendar út með tölvupósti til allra heilsugæslustöðva og til geðdeildar FSA. Leiðbeiningarnar verða á veggspjaldi sem sett verður upp á vinnusvæði starfsfólks bráðamóttöku geðsviðs.

Útgefið í ágúst 2011

Endurskoðun eigi síðar en í september 2012.

Fyrirspurnir og ábendingar

Agnar Agnarsdóttir sálfræðingur, verkefnisstjóri: agnesa@landspitali.is

Halldóra Ólafsdóttir yfirlæknir: halldola@landspitali.is

HEIMILDIR

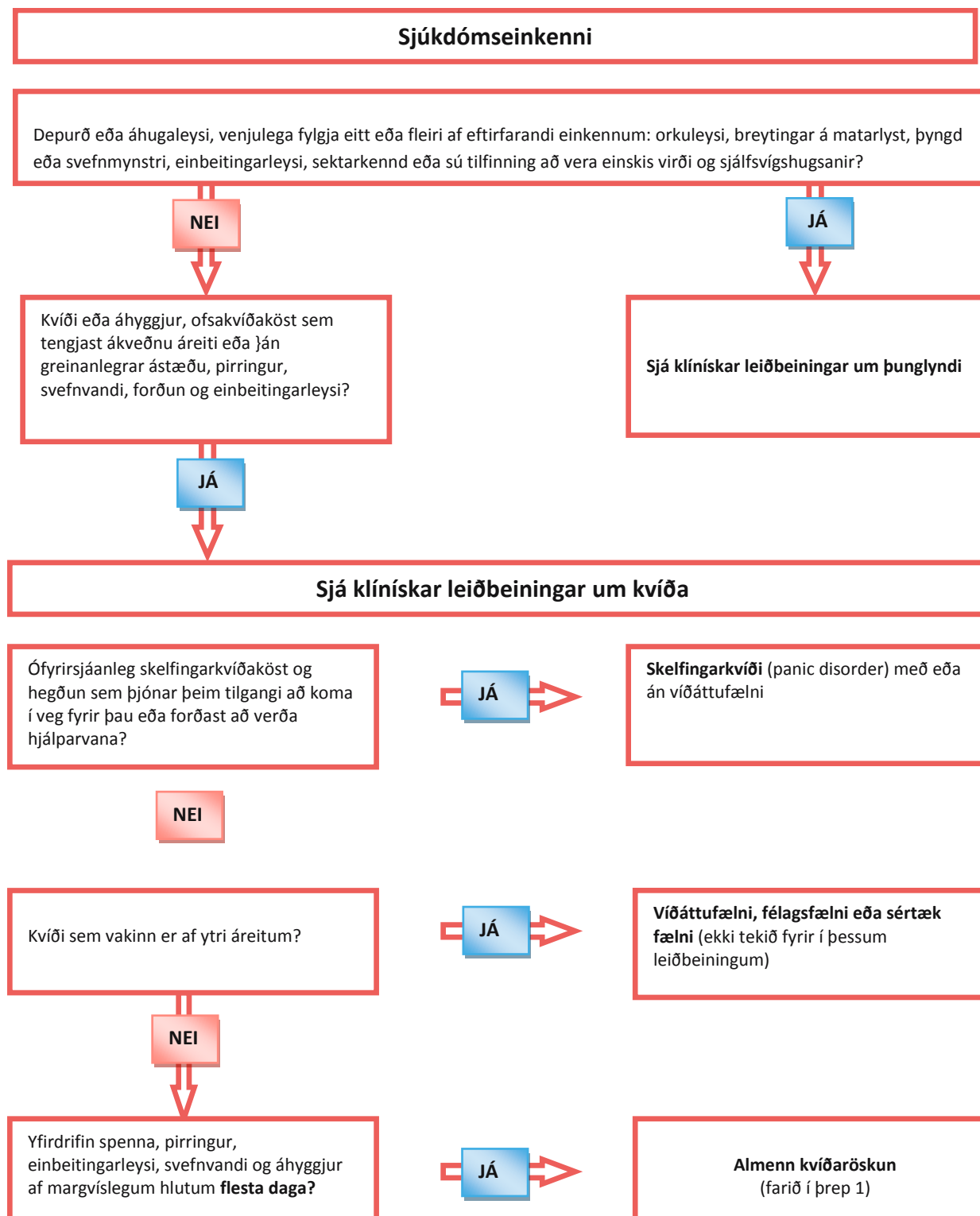
National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE. Anxiety – Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London, 2004. <http://guidance.nice.org.uk/CG22>

National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE. Depression: the treatment and management of depression in adults (update) 2009. London 2009. <http://guidance.nice.org.uk/CG90>

TILVITNUN

Vinnuhópurinn leggur til að vitnað sé til leiðbeininganna á eftirfarandi hátt:

Agnarsdóttir A, Eypórsdóttir Á, Einarsson E, Daníelsdóttir G, Kristjánsdóttir H, Sverrisdóttir K, Tyrfinngsson P, Jónsdóttir SE, Heiðarsdóttir ÞE, Sigurðsson JF, Ársælsdóttir Þ, Ólafsdóttir H. Þunglyndi og kvíði – klínískar leiðbeiningar. Landspítalinn 2011. (skoðað dd.mán.ár). Sótt á:



LYKILATRÍÐI UM MEÐFERÐ KVÍÐA

FIMM ÞREP MEÐFERÐAR VIÐ SKELFINGARKVÍÐA OG ALMENNRI KVÍÐARÖSKUN

Klínísku leiðbeiningarnar leggja til meðferð við vanda sjúklings á mismunandi stigum sjúkdómsins, í fimm þrepum

ALMENNT UM MEÐFERÐ KVÍÐA

- Sameiginleg ákvarðanataka sjúklings og fagaðila skal eiga sér stað í greiningarferli og á öllum stigum meðferðar
- Sjúklingur, fjölskylda hans og umönnunaraðilar skulu fá upplýsingar um eðli og framvindu skelfingarkvíða og almennrar kvíðaröskunar, meðferð sem kemur til greina og notkun og aukaverkanir lyfja
- Sjúklingur, fjölskylda hans og umönnunaraðilar skulu upplýstir um sjálfshjálparhópa og stuðningshópa og hvattir til að taka þátt í slíkum hópum þegar það á við
- Allir sjúklingar sem fá þunglyndislyf skulu upplýstir um að lyfin tengist ekki þolmyndun og fíkn en þó geti fráhrarfseinkenni komið fram þegar meðferð er hætt, lyfjaskammti sleppt og í einstökum tilfellum þegar dregið er úr skammti. Þessi einkenni eru yfirleitt væg og tímabundin en einstaka sinnum geta þau verið alvarleg, sérstaklega þegar meðferð er skyndilega hætt

ÞREP 1: MAT OG GREINING SKELFINGARKVÍÐA OG ALMENNRRAR KVÍÐARÖSKUNAR

Greiningarferlið skal taka til nauðsynlegra, viðeigandi upplýsinga eins og persónusögu, hvers konar sjálfshjálpar/bjargráða og menningarlegra eða annarra einstaklingsbundinna þátta sem geta verið mikilvægir með tilliti til áframhaldandi meðferðar

ÞREP 2: BJÓÐA MEÐFERÐ

- Valin meðferð skal vera í boði strax

SKELFINGARKVÍÐI

Bensódíasepín lyf skila litlum árangri til lengri tíma lítið og ætti ekki að nota í meðferð við skelfingarkvíða

Eftirfarandi meðferð ætti að vera í boði og taka skal tillit til vilja og óska sjúklings. Rannsóknir sýna að þessir valkostir eru árangursríkastir til lengri tíma

- Árangursríkasta meðferðin er sálfræðimeðferð – hugræn atferlismeðferð [HAM]
- Næst er lyfjameðferð með SSRI-lyfjum. Ef ekki fæst svörum við fyrsta SSRI lyfi í hefðbundnum skömmtum þarf að hækka skammta upp í hámark. Ef ekki verður svörum á að reyna annað SSRI í fullum skömmtum. Ef SSRI-lyf skila ekki árangri eða henta ekki kemur til greina að nota önnur þunglyndislyf svo sem venlafaxin
- Þriðji kosturinn er sjálfshjálpar með lesefni byggðu á HAM sem hjálpar fólki að skilja sinn geðræna vanda og kennir aðferðir til að yfirstíga hann með því að breyta hegðun og hugsun

ALMENN KVÍÐARÖSKUN

Bensódíasepín lyf ætti ekki að nota lengur en 2-4 vikur að öllu jöfnu

Eftirfarandi meðferð ætti að vera í boði og taka skal tillit til vilja og óska sjúklings. Rannsóknir sýna að þessir valkostir skila bestum árangri til lengri tíma

- Árangursríkasta meðferðin er sálfræðimeðferð – hugræn atferlismeðferð [HAM]
- Næst er lyfjameðferð með SSRI-lyfjum
- Þriðji kosturinn er sjálfshjálpar með lesefni sem byggist á HAM

ÞREP 3: ENDURMAT OG BOÐIÐ UPP Á ANNARS KONAR MEÐFERÐ

Ef ein tegund meðferðar virkar ekki skal endurmeta sjúklinginn og annars konar meðferð boðin

ÞREP 4: ENDURMAT OG TILVÍSUN TIL FAGAÐILA MEÐ VIÐEIGANDI SÉRFRÆÐIÞEKKINGU

Ef tvenns konar meðferð hefur verið reynd (samsetningar af sálfræðimeðferð, lyfjameðferð og fræðsluefni) og sjúklingur hefur enn marktæk einkenni, skal í flestum tilvikum veita meðferð hjá sérhæfðum fagaðila á þessu sviði. Framkvæma skal nákvæmt, heildrænt endurmat á sjúklingi, umhverfi hans og félagslegum aðstæðum

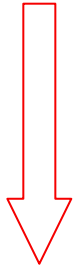
ÞREP 5: EFTIRLIT

Nota skal stutta sjálfsmatskvarða til að meta árangur

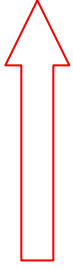
KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR UM ALMENNA KVÍÐARÖSKUN – MEÐFERÐ

BYGGT Á KLÍNÍSKUM LEIÐBEININGUM NICE

JÁ



Er tafarlaus íhlutun NAUÐSYNLEG?



NEI



Bjóða skal:

- Stuðning og upplýsingar (D)
- Vandamálaúsnir (C)
- Bensódíasepín lyf (A) (ekki lengur en í 2-4 vikur)
- Róandi and histamín lyf (A)
- Sjálfshjálp (D)

Með hliðsjón af vilja sjúklings skal bjóða :

- Sálfræðimeðferð (A) eða
- Lyfjameðferð (A) eða
- Sjálfshjálp (A)

Veita skal meðferð eins fljótt og auðið er.



Sálfræðimeðferð:

- HAM meðferð (A)
- Hún skal veitt af þjálfuðu fagfólki sem fylgir gagnræyndum leiðbeiningum um meðferð (A)
- Flestum ætti að veita vikuleg viðtöl 1-2 klt. í allt að fjóra mánuði (B)
- Æskilegur tímafloði er 16-20 klt (A)
- Ef notuð er styttri HAM ætti að miða við 8-10 klt. og nota sjálfshjálparefni (D) -markvissar upplýsingar og verkefni samhliða (A)



Lyfjameðferð

Þegar lyfjum er ávísað:

- Bjóða SSRI-lyf nema annað sé tekið fram (A)
- Ef SSRI-lyf henta ekki, árangur næst ekki eftir 12 vikur og sé frekari lyfjameðferð viðeigandi ætti að bjóða annað SSRI-lyf
- Upplýsið sjúkling í upphafi meðferðar um:
 - Mögulegar aukaverkanir þ.m.t. tímabundinn aukinn kvíða í byrjun meðferðar
 - Mögulegar fráhvarfseinkenni
 - Þann tíma sem tekur lyfið að ná virkni
 - Nauðsyn þess að taka lyfið skv. Fyrirmælum. Þetta er sérstaklega mikilvægt þegar lyf með stuttan helmingunartíma eiga í hlut vegna hættu á fráhvarfseinkennum
 - Prentað fræðsluefni sem hæfir sjúklingi
 - Að aukaverkunum megi halda í lágmarki með upphafsskömmtum og auka þá smátt og smátt þar til viðunandi meðferðarsvörun er náð
 - Að langtíma meðferð og háir skammtar geti verið nauðsynleg

Áður en lyfjum er ávísað skal taka tillit til:

- Aldurs
- Svörunar við fyrri meðferð
- Hættu á sjálfkaða eða ofskammta af gáleysi
- Þols
- Mögulegra millierkana við önnur lyf
- Óska og vilja sjúklings
- Kostnaðar þar sem árangur er sambærilegur

Sjálfshjálp/hópmeðferð:

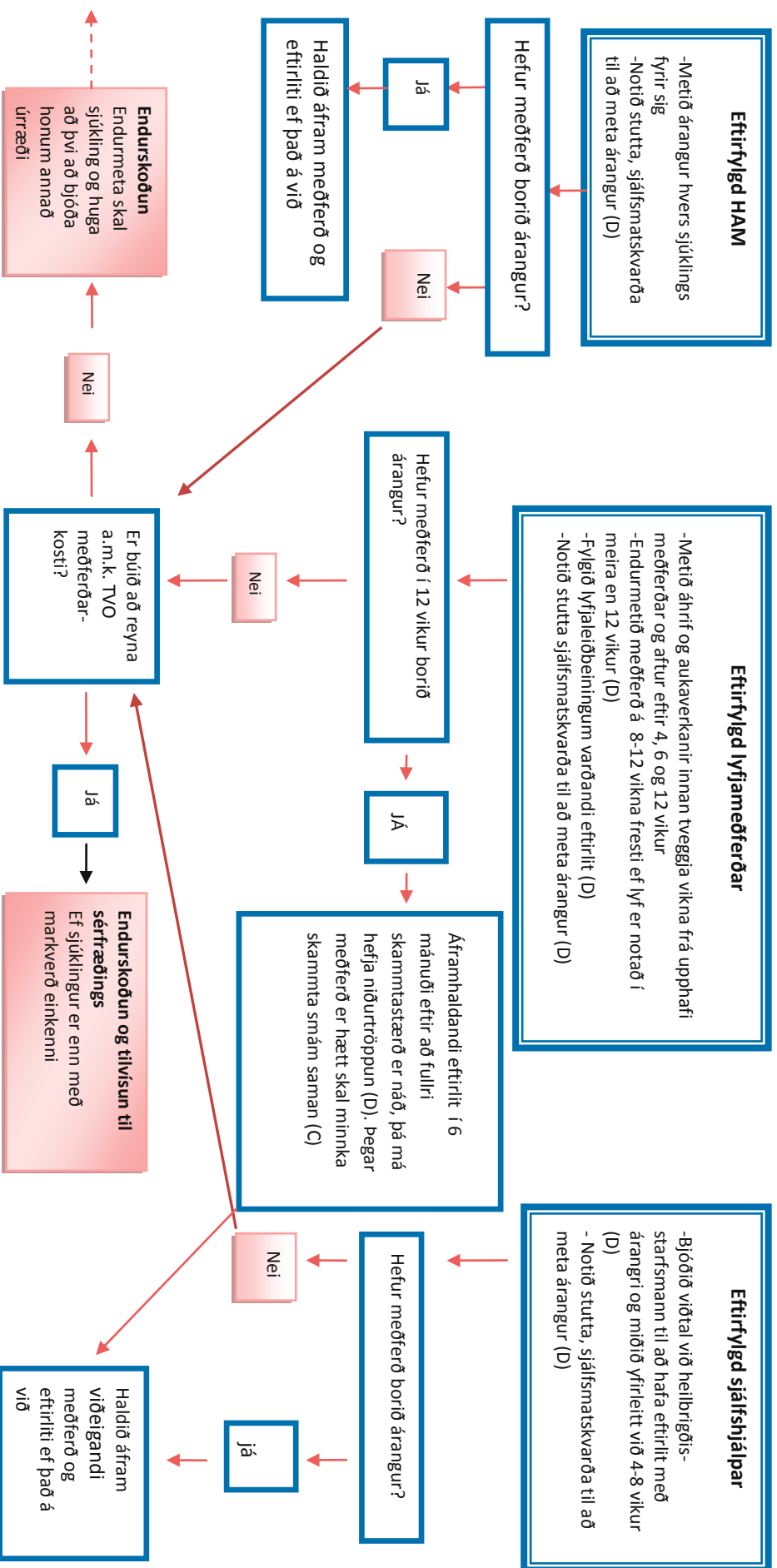
- Bjóða fræðsluefni sem byggir á grundvallaratriðum HAM (A)
- HAM- hópmeðferð
- 8 vikna kvíðahópur eða 6 vikna hópur við kvíða og þunglyndi (C)
- Veita upplýsingar um stuðningshópa(D)
- Ræða um mikilvægi hreyfingar til almenrar heilsuefingar (B)



Eftirlit – Eftirfylgd

KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR UM ALMENNA KVÍÐARÖSKUN – EFTIRFYLGD

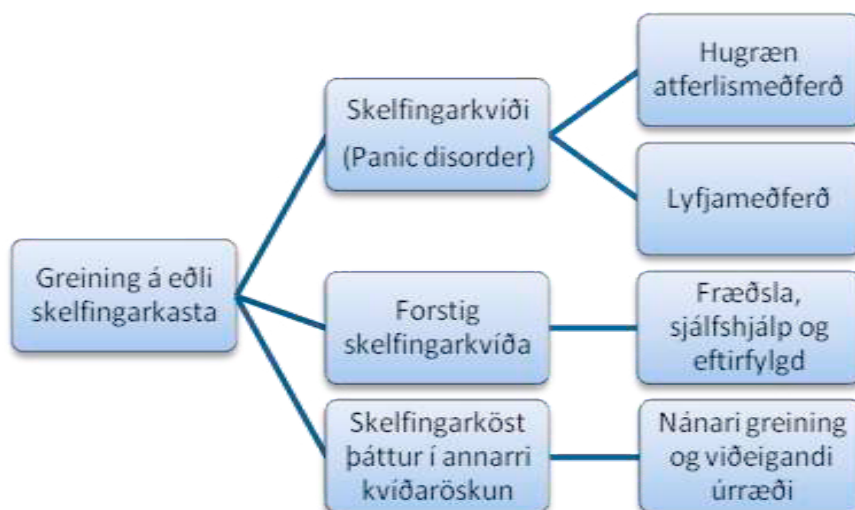
BYGGT Á KLÍNÍSKUM LEIÐBEININGUM NICE



SKELFINGARKVÍÐI

SKELFINGARKÖST OG MEÐFERÐ

Þegar sjúklingar greina frá reynslu af skelfingarköstum (panic attacks) er nauðsynlegt að greina hvort um skelfingarkvíða (panic disorder) eða forstíg hans sé að ræða eða hvort köstin séu þáttur í öðrum kvíðaröskunum s.s. félagsfælni



SJÁLFSHJÁLP

Sjálfshjálp getur verið nægileg og árangursrík meðferð þegar skelfingarkvíði á í hlut, einkum ef sjúkdómssagan er stutt eða um er að ræða forstíg skelfingarkvíða. Sjálfshjálpin felst í fræðslu og ráðleggingum

HUGRÆN ATFERLISMEÐFERÐ

Fyrsti og æskilegasti kostur í meðferð skelfingarkvíða er hugræn atferlismeðferð og ætti ávallt að beita henni þegar því verður við komið

LYFJAMEÐFERÐ

Annar kostur í meðferð skelfingarkvíða er lyfjameðferð. Fyrst kemur til greina meðferð með SSRI-lyfjum. Hafi tvö SSRI lyf verið reynd í fullum skömmtum kemur til greina að reyna önnur þunglyndislyf svo sem venlafaxín

Áður en lyfjum er ávísað ber að taka mið af eftirfarandi:

- Aldri
- Þoli (D)
- Hugsanlegum milliverkunum við önnur lyf sem sjúklingur tekur
- Vilja sjúklings (D)
- Kostnaði þegar áhrif eru sambærileg (D)

Ekki skal nota bensódíasepín lyf (A), sefandi andhistamín eða geðrofslyf (D) til að meðhöndla skelfingarkvíða

KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR UM MEÐFERÐ SKELFINGARKVÍÐA (PANIC DISORDER)

BYGGT Á KLÍNÍSKUM LEIÐBEININGUM NICE

Með hliðsjón af vilja og óskum sjúklings skal veita eftirtalda meðferð: Hugræna atferlismeðferð, lyfjameðferð eða sjálfshjálp.

Veita skal meðferð eins fljótt og auðið er.

Sálfræðimeðferð

Veita skal hugræna atferlismeðferð (A)
-Hún skal veitt af þjálfuðu fagfólki sem fylgir gagnreyndum meðferðarleiðbeiningum (A)
-Flestum ætti að veita vikuleg viðtöl (1-2 klst.) á fjögurra mánaða tímabili (B)
-Æskilegur tímafjöldi er 7-14 klst (A)
-Ef notuð er stýttri HAM ætti að miða við 7 klst. og nota sjálfshjálparefni (D) markvissar upplýsingar og verkefni samhliða (A)

Stundum getur öflug meðferð sem tekur mjög skamman tíma verið viðeigandi (D)

Lyfjameðferð

-Nota skal SSRI-lyf sem henta við skelfingarkvíða
-Ef SSRI-lyf henta ekki eða enginn árangur er merkjanlegur eftir 12 vikna meðferð og frekari lyfjameðferð viðeigandi skal reyna meðferð með öðrum þunglyndislyfjum s.s. venlafaxíni, cló mipramíní eða ímipramíní (A)
-Í upphafi meðferðar skal upplýsa sjúkling um

- mögulegar aukaverkanir, m.a. aukinn kvíða tímabundið í byrjun (C)
- möguleg fráhvarfseinkenni (C)
- tóf á virkni meðferðar (D)
- lengd meðferðar (D)
- nauðsyn þess að fylgja leiðbeiningum um notkun lyfs, sérstaklega mikilvægt í tilviki lyfja þar sem helmingunartími er stuttur til að koma í veg fyrir fráhvarfseinkenni (C)

-Sjúklingur skal hafa aðgang að skriflegum upplýsingum
-Draga ber úr aukaverkunum með því að byrja með litla skammta sem eru auknir þar til tilætluðum áhrifum er náð (D)
-Nauðsyn getur verið á langtíameðferð og notkun hámarks lyfjaskammta (B)

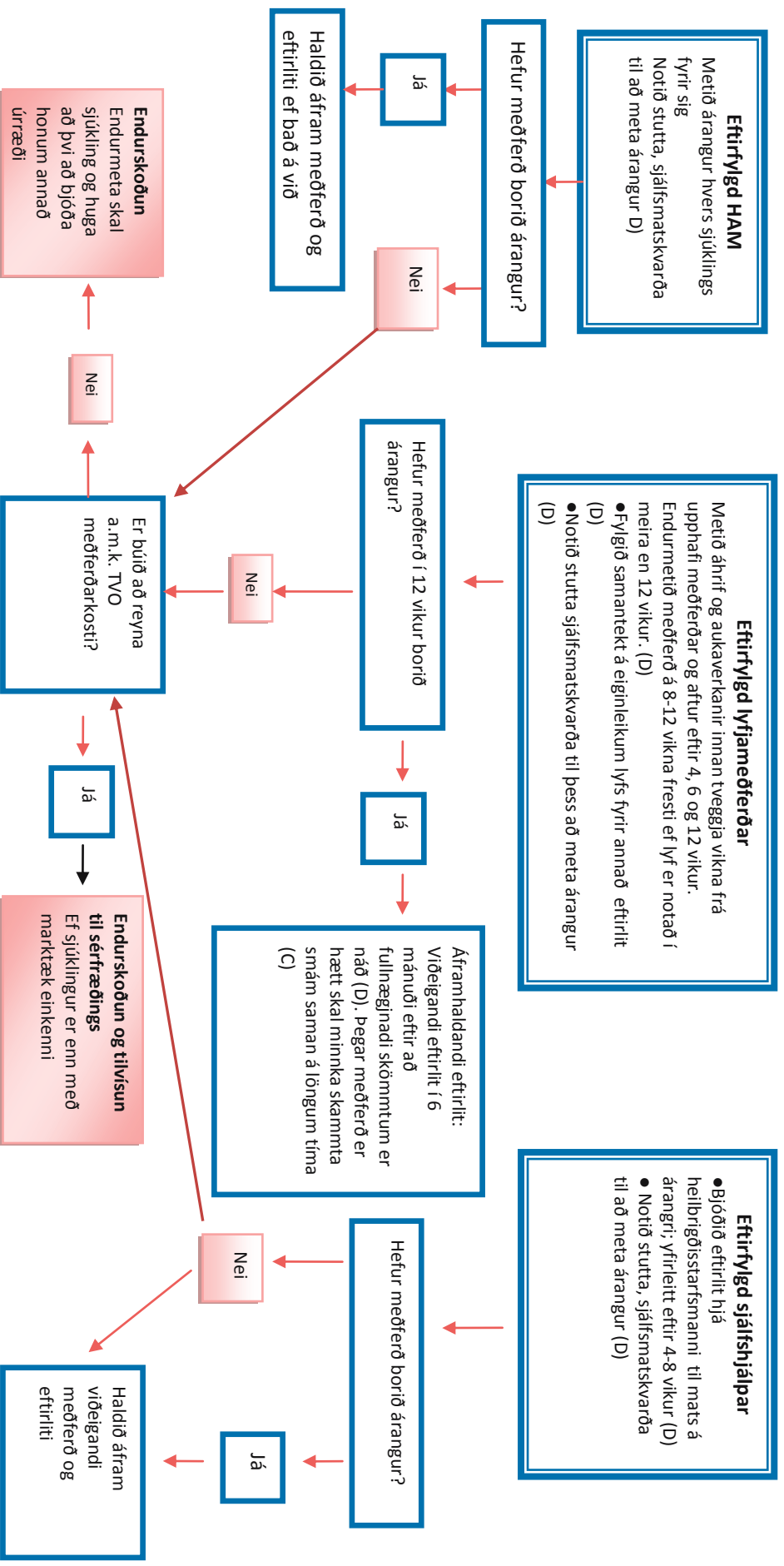
Sjálfshjálp

-Þjóða fræðsluefni sem byggir á grundvallaratriðum HAM (A).
-Veita upplýsingar um stuðningshópa (D)
-Ræða um mikilvægi hreyfingar til almennrar heilsuefingar (B)
-HAM tölvumeðferð gæti haft gildi en það er ekki enn nægilega vel staðfest með rannsóknnum (N)

Eftirlit – Eftirfylgd

KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR UM MEÐFERÐ SKELFINGARKVÍÐA (PANIC DISORDER) 2 (EFTIRFYLGD)

BYGGT Á KLÍNÍSKUM LEIÐBEININGUM NICE



MEÐFERÐ ÞUNGLYNDIS ÞÝÐINGARMIKIL ATRIÐI SEM Hafa BER Í HUGA

GREINING OG MEÐFERÐ

GREINING ÞUNGLYNDIS

Við mat á þunglyndi er mikilvægt að líta ekki eingöngu til einkenna heldur meta jafnframt áhrif þunglyndis á getu einstaklings t.d. til að sinna vinnu/heimili/félagslegum þáttum og kanna tímalengd núverandi geðlæggðarlotu

Einnig er mikilvægt að kanna hvernig eftirfarandi atriði hafa haft áhrif á þróun, framvindu og alvarleika þunglyndis

- saga um þunglyndi, aðrar geðgreiningar (fjölgreining) eða líkamleg veikindi
- saga um geðhæðartímabil
- fyrri meðferð og svörun við henni
- félagsleg tengsl og samskipti
- fjölskylda, húsnaði, félagslegar aðstæður og félagsleg einangrun

Alltaf skal spyrja sjúklinga sem greinast með þunglyndi um sjálfsvígshugsanir og áform. Ef sjálfsvígshætta er til staðar er mikilvægt að kanna hvort sjúklingur hafi félagslegan stuðning í nærumhverfi og sé upplýstur um hvert sé hægt að leita. Einnig skal hvetja sjúkling til að leita á bráðamóttöku geðsviðs ef líðan versnar. Á þessu stigi er nauðsynlegt að bjóða þéttari eftirfylgd, virkt eftirlit með einkennum og vísa strax í viðeigandi (flyti-) meðferð

ÞUNGLYNDI OG KVÍÐI

Ef þunglyndi samhliða kvíðaeinkennum er til staðar ætti að öðru jöfnu að hefja fyrst meðferð við þunglyndi. Ef sjúklingur er með kvíðaröskun samhliða þunglyndiseinkennum kemur til greina að meðhöndla kvíðaröskun fyrst

ÞUNGLYNDI OG LANGVARANDI LÍKAMLEG VEIKINDI

Fyrir sjúklinga með langvarandi líkamleg veikindi sem hafa takmarkaða möguleika á að sækja meðferðarúrræði er mælt með að boðnir séu aðrir kostir (t.d. að hefja SSRI lyfjameðferð eða meðferð í gegnum síma)

NÁMSÖRÐUGLEIKAR OG HEILASKAÐI

Ef sjúklingur er með sértæka námsörðugleika eða heilaskaða skal leita ráða hjá sérfræðingi varðandi meðferðarkosti. Ef mögulegt er skal bjóða sömu meðferð og fyrir aðra sjúklinga með þunglyndi. Hægt er að breyta tímafjölda og útfærslu meðferðar

ÞUNGLYNDI UNDIR KLÍNÍSKUM MÖRKUM OG VÆG TIL MIÐLUNGS EINKENNI

Sjúklingar með einkenni undir klínískum mörkum (< 5) og væg til miðlungs einkenni (5-9), skv. ICD-10/MINI.

- ALLTAF skal veita ráðleggingar um góðar svefnvenjur

Fyrir einstaklinga sem ef til vill ná bata án formlegrar meðferðar / fyrir einstaklinga með væg einkenni sem ekki þiggja meðferð / fyrir sjúklinga með einkenni undir greiningarviðmiðum, sem óska eftir meðferð

- ræddu vandann og aðrar áhyggjur sem sjúklingur hefur
- bjóddu annan tíma innan tveggja vikna til að meta vandann frekar
- veittu upplýsingar um þunglyndi
- hafðu samband við sjúklinginn ef hann mætir ekki

HUGRÆN ATFERLISMEÐFERÐ

Einstaklingsmeðferð: Yfirleitt 16-20 viðtöl á 3-4 mánuðum. Þrjú til fjögur eftirfylgdarviðtöl á næstu 3-6 mánuðum

Við miðlungs eða alvarlegt þunglyndi er stundum mælt með að bjóða 2 viðtöl á viku fyrstu 2-3 vikurnar

LYFJAMEÐFERÐ

ÁÐUR EN LYFJAÁVÍSUN ER GEFIN ÚT

Ræddu valmöguleika og taktu mið af aukaverkunum og fráhrarfseinkennum, hugsanlegum milliverkunum við önnur lyf eða líkamlegum veikindum, fyrri lyfjameðferð (árangri, aukaverkunum) og vilja sjúklings

ÁVÍSUN LYFJA

Pegar lyfi er ávísað skal velja lyf sem er árangursríkt og hagkvæmt en taka mið af eftirfarandi:

SSRI-lyf tengjast aukinni hættu á magablæðingu. Mögulegt er að ávísa sýruhemjandi lyfi fyrir eldri sjúklinga sem taka bólgueyðandi lyf (NSAIDs) eða aspirín

Fyrir sjúklinga sem einnig glíma við langvarandi líkamleg veikindi er ráðlagt að ávísa cítalóprami eða sertralíni þar sem þau hafa minni milliverkanir við önnur lyf. Milliverkanir eru líklegri við gjöf flúoxetíns og paroxítíns

Við notkun paroxítíns eru fráhrarfseinkenni líklegri

Hafa ber í huga mögulega lyfjæitrun vegna ofskammts hjá sjúklingum sem eru í sjálfsvígshættu. Mesta hættu tengist ofskammti af völdum þríhringlaga þunglyndislyfja (TCA)

Pegar öðrum lyfjum en SSRI lyfi er ávísað ber að hafa í huga að meðferðarheldni er verri vegna aukaverkana. Því þarf að auka skammt hægt við notkun venlafaxíns, duloxetíns og þríhringlaga þunglyndislyfja. Gæta ber sérstakrar varúðar, taka tillit til frábendinga og nauðsynlegs eftirlits fyrir ákveðin lyf. Þurfi að grípa til flóknari lyfjameðferðar (s.s. MAO-hemla, lítíums ásamt þunglyndislyfjum) skal hún vera í höndum geðlæknis

Pegar lyfjum er ávísað fyrir eldri sjúklinga, á að skrifa upp á skammt sem tekur mið af aldri, líkamlegri heilsu og annarri lyfjameðferð. Hafa þarf eftirlit með aukaverkunum

Fyrir sjúklinga með langvarandi líkamleg veikindi þarf að hafa í huga hugsanlegar milliverkanir og leita ráða hjá sérfræðingi eftir þörfum. Ekki skal skrifa upp á ófullnægjandi skammta af þunglyndislyfjum. Taka ber mið af öðrum líkamlegum vanda og aukaverkunum af þunglyndislyfjum sem hugsanlega hafa áhrif á líkamleg veikindi. Ekki hefur verið sýnt fram á að ákveðnar tegundir þunglyndislyfja henti betur en önnur lyf við ákveðin líkamleg veikindi

MIKILVÆG ATRIÐI VIÐ UPPHAF MEÐFERÐAR

Við upphaf meðferðar: gefðu sjúklingi tækifæri til að ræða áhyggjur varðandi lyf og upplýstu um:

- Töf á meðferðarsvörun
- Nauðsyn þess að fylgja leiðbeiningum um töku lyfs (sérstaklega mikilvægt fyrir lyf með stuttan helmingunartíma, t.d. paroxetín og venlafaxín, til að koma í veg fyrir fráhrarfseinkenni) og að meðferð þurfi að halda áfram um tíma eftir að bata er náð
- Hugsanlegar auka- og milliverkanir
- Að lyfin séu ekki ávanabindandi

TAKA BER TILLIT TIL ALDURS OG SJÁLFSVÍGSHÆTTU

Sjúklingar sem eru ekki í sjálfsvígshættu: bjóða tíma eftir 2 vikur og hitta reglulega 2. - 4. hverju viku næstu 3 mánuði. Seinna er hægt að lengja tímann milli viðtala ef virkni er góð

Sjúklingar í sjálfsvígshættu eða sjúklingar yngri en 30 ára: bjóða tíma eftir 1 viku og síðan þétt þangað til hætta er liðin hjá

AUKAVERKANIR Í UPPHAFI MEÐFERÐAR

Ef sjúklingur fær aukaverkanir í upphafi lyfjameðferðar skal útskýra og hafa eftirfarandi í huga:

- Láta nægja að fylgjast með einkennum ef aukaverkanir eru vægar og einstaklingur ræður við þær
- Hætta eða breyta yfir í annað þunglyndislyf ef sjúklingur óskar eftir því
- Tímabundin viðbótarlyfjameðferð (yfirleitt ekki lengur en í 2 vikur) með bensódíasepíni ef kvíði, eirðarleysi og/eða svefnvandi er mikill, nema þegar um er að ræða fólk með langvarandi kvíðaeinkenni. Ef hætta er á að einstaklingur með fyrri sögu um fíknivanda „falli“, þarf að nota slíkt af varúð
- Sjúklingar sem hefja meðferð með lágum skammti af þríhringlaga lyfjum og finna marktæk bataeinkenni geta haldið áfram á sama skammti undir góðu eftirliti.

VIÐBRÖGÐ VIÐ LITLUM ÁRANGRI LYFJAMEÐFERÐAR

EF ENGIN EÐA LÍTIL SVÖRUN AF ÞUNGLYNDISLYFI EFTIR 2-4 VIKUR

Ef góð svörun fæst ekki af þunglyndislyfi eftir 2-4 vikur er mikilvægt að athuga hvort lyfið hafi verið tekið samkvæmt leiðbeiningum

Ef engin eða lítil svörun fæst eftir 2-4 vikur er mikilvægt að auka stuðning og hugsanlega

- Auka skammta samkvæmt fyrirbyggjandi leiðbeiningum um lyfið EÐA
- Skipta yfir í annað þunglyndislyf ef aukaverkanir eru til staðar eða ef sjúklingur óskar eftir því

Ef engin marktæk svörun næst eftir 4 vikur, halda þá meðferð áfram í 2-4 vikur. Mögulega þarf að skipta um þunglyndislyf ef

- Svörun er enn ekki marktæk
- Aukaverkanir eru til staðar
- Sjúklingur óskar eftir því

Næstu skref meðferðar ef svörun er ekki marktæk

- Skipta um eða bæta við þunglyndislyfi
- Ef svörun við þunglyndislyfi er takmörkuð skal
 - * kanna hvort sjúklingur hafi fylgt leiðbeiningum um inntöku lyfs, kanna aukaverkanir
 - * bjóða þéttari viðtöl
 - * muna að eitt þunglyndislyf er yfirleitt tengt færri aukaverkunum
- Íhuga að hefja aftur meðferð sem áður hefur verið reynd ef í ljós kemur að sjúklingur hefur ekki fylgt leiðbeiningum um inntöku. Þetta getur falið í sér að hækka skammtinn eða skipta um þunglyndislyf

Ef ákveðið er að skipta um þunglyndislyf ber að hafa eftirfarandi í huga

Byrja á að ávísa öðru SSRI-lyfi eða nýrri kynslóð þunglyndislyfja sem sjúklingur þolir betur. Einungis eftir það er rétt að íhuga þunglyndislyf úr öðrum flokki þar sem aukaverkanir eru meiri eða líklegri svo sem venlafaxín eða þríhringlaga þunglyndislyf

Fyrir lyf með stuttan helmingunartíma skal skipt innan einnar viku. Hafa skal í huga milliverkanir milli lyfja og sýna varúð þegar lyfjameðferð er breytt

- Frá flúoxetíni í önnur þunglyndislyf
- Frá flúoxetíni eða paroxetíni í þríhringlaga lyf skal nota lægri byrjunarskammt af síðarnefnda lyfinu sérstaklega ef verið er að skipta úr flúoxetíni
- Frá SSRI eða öðrum þunglyndislyfjum yfir á MAO-hemil: Aðeins að ráði geðlækna
- Frá MAO-hemli yfir á önnur þunglyndislyf: 2 vikna lyfjalaust tímabil er mikilvægt (ekki skal ávísað öðrum þunglyndislyfjum á þessu tímabili). Aðeins að ráði geðlækna

Ekki skrifa upp á fleiri en eitt þunglyndislyf samtímis í heilsugæslu án samráðs við geðlækni.

Einnig

- Veljið lyf sem er öruggt að megi nota samtímis öðrum lyfjum sem sjúklingur tekur
- Hafið í huga viðvarandi óþægindi vegna varanlegra aukaverkana
- Skráið og ræðið ástæður fyrir ákveðnum lyfjum, látið sjúklinga vita ef samheitalyf eru til og bjóðið upp á eftirlit til að fylgjast með svörun og aukaverkunum
- Kynnið ykkur niðurstöður rannsókna, leitið eftir áliti annarra ef samsetning lyfja er óvenjuleg, heimildir fyrir gagnsemi aðferða takmarkaðar eða hlutfall kosta og galla óljóst

Styrking þunglyndislyfjameðferðar

Ef sjúklingur er upplýstur og tilbúinn til að reyna, þrátt fyrir mögulegar aukaverkanir, er mögulegt að styrkja þunglyndislyfjameðferð með

- Litíum
- Geðrofslyfi, s.s. aripíprazólí, ólanzapíní, quetiapíní eða rísperidóní
- Öðru þunglyndislyfi, svo sem mianseríní eða mirtazapíní

Þegar skrifað er upp á litíum

- Mælið TSH og kreatínín áður en meðferð hefst og 6. hvern mánuð meðan á meðferð stendur (tíðara eftirlit ef um skerta nýrnastarfsemi er að ræða)
- Hafa ber í huga eftirlit með hjartalínuriti hjá þeim sem eru í áhættuhópi fyrir kransæðasjúkdóma

Eftirlit með blóðgildi litíums 1 viku eftir að meðferð hefst og í hvert skipti sem skammti er breytt og síðan þriðja hvern mánuð eftir það. Sjá tilmæli um eftirlit með litíummeðferð: www.landlaeknir.is/pages/1556

Þegar geðrofslyfjum er ávísað

- Þarf að fylgjast með þyngd, blóðfitum, blóðsykri og aukaverkunum

Almennt skal ekki styrkja meðferð með þunglyndislyfjum með

- Bensódíasepín lyfjum lengur en í 2 vikur
- Búspíróní, karbamazepíní, lamótrígíní, valpróatí, pindólólí eða skjaldkirtilshormónum

LYFJAMEÐFERÐ SAMHLIÐA SÁLFRÆÐIMEÐFERÐ

Að sameina sálfræði- og lyfjameðferð

Ef þunglyndiseinkenni hafa ekki minnkað þrátt fyrir sálfræði- eða lyfjameðferð er hægt að reyna þunglyndislyf og hugræna atferlismeðferð samtímis

Að öllu jöfnu skal ekki bjóða lyfjameðferð eingöngu í eftirfarandi tilvikum:

- Fyrir sjúklinga sem greinast með alvarlegt þunglyndi og þá sem greinast með miðlungs til alvarlegt þunglyndi ásamt margvíslegum sálfélagslegum vanda er ráðlagt að vísa til sérfræðings og þverfaglegs teymis
- Ef talið er að sjúklingur sem hefur greinst með langvarandi miðlungs eða alvarlegt þunglyndi hefði gagn af félagslegum eða atvinnutengdum úrræðum er ráðlegt að bjóða persónulegan ráðgjafa eða liðveislu ásamt lyfja- eða sálfræðimeðferð

AÐ HÆTTA EÐA MINNKA SKAMMT ÞUNGLYNDISLYFJA

Upplýsa sjúklinga um að þeir geti fundið fyrir fráhrarfseinkennum ef þeir hætta lyfjameðferð, missa úr lyfjaskammt og í stöku tilfellum ef skammtur er minnkaður

Útskýra að þessi einkenni séu yfirleitt væg og hverfi eftir um það bil viku, en geti verið alvarleg ef hætt er snögglega að taka lyfið.

Yfirleitt skal skammtur minnkaður smám saman á fjögurra vikna tímabili (þarf ekki með fluoxetín). Minnka skammt á lengri tíma þegar í hlut eiga lyf sem hafa stuttan helmingunartíma (sérstaklega paroxetín og venlafaxín).

Hvetja skal sjúklinga til að leita læknis ef þeir finna fyrir erfiðum fráhrarfseinkennum.

Ef fráhrarfseinkenni þá

- Eftirlit með einkennum og fræðsla/hvatning þegar einkenni eru væg
- Ef fráhrarfseinkenni eru alvarleg eða mikil kemur til greina að setja sjúkling aftur á þunglyndislyfið í þeim skammti sem hafði verkun eða setja hann á annað lyf úr sama flokki með lengri helmingurtíma og draga síðan mjög hægt úr skömmtum og hafa jafnframt eftirlit með einkennum

KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR ÞEGAR ÞUNGLYNDI ER AÐALVANDI

(BYGGT Á KLÍNÍSKUM LEIÐBEININGUM NICE)

GREINA VANDANN OG ALVARLEIKA

Taka ítarlegt greiningarviðtal: Góð saga, M.I.N.I. og spurningalistar (a.m.k. PHQ-9). Athuga hvort einkenni hafi truflandi áhrif á getu sjúklings t.d. til að sinna vinnu, heimili eða félagslegum þáttum og kanna tímalengd núverandi geðlæðgarlotu.

Einkenni undir greiningarskilmerkjum

Einkenni þunglyndis til staðar en uppfyllir ekki greiningarskilmerki samkvæmt M.I.N.I. (< 5) og PHQ-9 (0-5).

Væg einkenni þunglyndis

Uppfyllir greiningarskilmerki en einkenni væg samkvæmt M.I.N.I. (> 5) og PHQ-9 (5-9) og væg truflun á getu sjúklings.

Miðlungs einkenni þunglyndis

Uppfyllir greiningarskilmerki, miðlungs til alvarleg einkenni og/eða miðlungs truflun á getu sjúklings. PHQ-9 (10-19).

Alvarleg einkenni þunglyndis

Uppfyllir greiningarskilmerki, sýnir einkenni sem hafa alvarleg truflandi áhrif á getu með eða án geðrofseinkenna. PHQ-9 (> 20).

BJÓÐA UPP Á GAGNREYND A MEÐFERÐ/MEÐFERÐARÚRRÆÐI SEM SAMRÆMAST KLÍNÍSKUM LEIÐBEININGUM

Öllum er veitt viðeigandi fræðsla, fræðsluefni, virkt eftirlit með einkennum og viðeigandi inngrip (t.d. frekara mat og meðferð einkenna).

Sjúklingar með einkenni undir greiningarskilmerkjum (< 5) og væg til miðlungs einkenni (5-9)

- HAM sjálfshjálparefni og/eða stuðla að aukinni virkni einstaklings
- 6 vikna HAM hópmeðferð við kvíða og þunglyndi
- SSRI-lyfjameðferð

Ekki hefja SSRI-lyfjameðferð við einkennum undir greiningarskilmerkjum og vægum einkennum en hafið slíka meðferð í huga fyrir sjúklinga með

- Fyrri sögu um miðlungs til alvarleg einkenni þunglyndis
- Þunglyndiseinkenni undir greiningarskilmerkjum hafa verið til staðar töluvert lengi, í a.m.k. 2 ár
- Þunglyndiseinkenni undir greiningarskilmerkjum eða væg einkenni þunglyndis sem eru áfram til staðar eftir að fyrri meðferðarúrræði hafa verið reynd

Sjúklingar með miðlungs til alvarleg þunglyndiseinkenni

SSRI-lyfjameðferð OG HAM einstaklingsmeðferð (á sama tíma)

Mikilvægt er að hafa í huga þegar SSRI-lyfjameðferð er hafin að:

Styðja og hvetja sjúkling til að halda áfram lyfjameðferð í a.m.k. 6 mánuði eftir að alvarlegt þunglyndi líður hjá. Mikilvægt að fræða sjúkling um að þetta minnki hættu á bakslagi. Einnig þarf að fræða sjúkling um að lyfin séu ekki ávanabindandi.

Sjúklingum með þunglyndi sem eru í hættu á að fá bakslag (þar á meðal þeim sem fá bakslagseinkenni þrátt fyrir áframhaldandi SSRI-lyfjameðferð eða ákveða að hætta SSRI-lyfjameðferð) eða eru með viðvarandi væg til miðlungs einkenni, skal ráðlagt eftirfarandi

- HAM-einstaklingsmeðferð
- HAM-einstaklingsmeðferð með áherslu á árvekni (mindfulness-based cognitive therapy) fyrir þá sjúklinga sem líður ágætlega en eru með sögu um þrjár eða fleiri þunglyndislotur

KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR UM ÞUNGLYNDI SAMHLIÐA LÍKAMLEGUM VEIKINDUM

(BYGGT Á KLÍNÍSKUM LEIÐBEININGUM NICE)

GREINA VANDANN OG ALVARLEIKA

Taka ítarlegt greiningarviðtal: Nákvæm saga, M.I.N.I. og spurningalistar (a.m.k. PHQ-9). Athuga hvort einkenni hafi truflandi áhrif á getu sjúklings t.d. til að sinna vinnu, heimili eða félagslegum þáttum og meta tímalengd núverandi geðlæggðarlotu.

Einkenni undir greiningarskilmerkjum
Einkenni þunglyndis til staðar en uppfyllir ekki greiningarskilmerki samkvæmt M.I.N.I (< 5) og PHQ-9 (0-5).

Væg einkenni þunglyndis:
Uppfyllir greiningarskilmerki en einkenni væg samkvæmt M.I.N.I. (≥ 5) og PHQ-9 (5-9) og væg truflun á getu sjúklings.

Miðlungs einkenni þunglyndis:
Uppfyllir greiningarskilmerki, miðlungs til alvarleg einkenni og/eða miðlungs truflun á getu sjúklings. PHQ-9 (10-19).

Alvarleg einkenni þunglyndis:
Uppfyllir greiningarskilmerki, sýnir einkenni sem hafa alvarleg truflandi áhrif á getu með eða án geðrofseinkenna. PHQ-9 (≥ 20).

BJÓÐA UPP Á GAGNREYNDA MEÐFERÐ/MEÐFERÐARÚRRÆÐI SEM SAMRÆMAST KLÍNÍSKUM LEIÐBEININGUM

Sjúklingar með einkenni undir greiningarskilmerkjum (< 5) og væg til miðlungs einkenni (5-9) þar sem lágmarksinngríp hafa ekki dugað s.s. fræðsla og meðhöndlun líkamlegra veikinda þá skal bjóða

Meðferð með SSRI-lyfjum eða eitt eftirtalinna sálfræðilegra inngripa

- 6-vikna HAM-hópmeðferð við kvíða og þunglyndi
- HAM – einstaklingsmeðferð (ef hópmeðferð/námskeiði er hafnað, ekki við hæfi eða ekki möguleg)
- Atferlismeðferð fyrir þör í sambúð þar sem sambandið gæti verið að stuðla að þróun þunglyndiseinkenna eða viðhalda þeim eða þegar það er metið hjálplegt að hafa maka með í ráðum sem stuðning við meðferð

Sjúklingum með nýtilkomin miðlungs þunglyndiseinkenni skal bjóða eftirfarandi sálfræðimeðferð

- 6 vikna HAM-hópmeðferð við kvíða og þunglyndi eða
- HAM-einstaklingsmeðferð eða
- Atferlismiðaða parameðferð

Sjúklingum með alvarleg þunglyndiseinkenni skal bjóða SSRI-lyfjameðferð ásamt HAM

Við lyfjameðferð vegna þunglyndis samhliða líkamlegum veikindum gilda sömu athugasemdir og þegar þunglyndi er aðalvandi – sjá viðeigandi klínískar leiðbeiningar

