

Depression

Diagnose

Indledning

De fleste patienter henvist til SME er i forvejen grundigt psykiatrisk udredt og har oftest allerede fået stillet diagnosen. Det forventes dog, at socialmedicineren kan stille diagnosen depression. Ved tvivl kan der konfereres med psykiater.

Definition og diagnostiske kriterier for den specifikke tilstand, symptomer og kliniske fund

Depression er en sindslidelse, hvor den fundamentale forstyrrelse er sænket stemningsleje, ofte ledsaget af nedsat aktivitetsniveau. Lidelsen kan optræde som en enkelt episode eller som periodisk depression, hvor der skal have været symptomfrihed i mindst 2 måneder mellem episoderne.

Diagnostiske kriterier

Diagnosen stilles og gradueres i henhold til ICD-10. Der kræves tilstedeværelse af mindst 2 ud af 3 kernesymptomer samt mindst 2 af 7 ledsagesymptomer i mindst 2 uger, for at stille diagnosen.

Kernesymptomer (Mindst 2 v. let og moderat og 3 v. svær depression):

- 1) nedtrykthed
- 2) nedsat lyst eller interesse
- 3) nedsat energi eller øget træthedsfølelse

Ledsagesymptomer (Mindst 2 v. let, 4 v. moderat og 5 v. svær depression):

- 1) nedsat selvtillid eller selvfølelse
- 2) selvbebrejdelser eller skyldfølelse
- 3) tanker om død eller selvmord
- 4) tænke- eller koncentrationsbesvær
- 5) agitation eller hæmning
- 6) søvnforstyrrelser
- 7) appetit- og vægtændring

Til vurdering af om kriterierne er opfyldt, indgår grundig udspørgen om ovenstående symptomer, det kliniske indtryk og anamnesen. Hvis det ikke er den første episode, drejer det sig om en periodisk depression. Anvendelse af depressionsskalaer f.eks. Hamilton eller MDI, kan ikke stå alene som diagnostisk vurdering, men kan give indtryk af sværhedsgraden. Ideelt set stilles diagnosen ved to samtaler med nogle dage imellem.

Differentialdiagnostiske overvejelser

I forhold til differentiering overfor tilpasnings- og belastningsreaktion lægges særlig vægt på nedtrykt stemningsleje, tanker om død og selvmord, selvbebrejdelser samt afledeligheden fra de negative tanker. Det er også vigtigt at være opmærksom på patientens kliniske fremtræden. Tilpasnings- og belastningsreaktioner er altid udløst af en traumatisk begivenhed eller længerevarende belastende omstændigheder, og kan gå over i en egentlig depression.

Herudover overvejes misbrug, demens, personlighedsforstyrrelse, bivirkninger af medicin, stofskiftelidelser, B-12 mangel, anæmi, organiske hjernelidelser af traumatisk, infektiøs eller degenerativ karakter og andre svære eller kroniske somatiske lidelser.

En klinisk depression kan være maskeret af andre psykiske symptomer end de depressive, f.eks. angst- og tvangssymptomer, aggression eller somatoforme symptomer, f.eks. uforklarlige smerter eller træthed.

Behandling

Medikamentel behandling anbefales ikke til depression af let grad, med mindre patienten tidligere har haft en depression, som blev behandlet med medicin. Effekten af psykologisk samtalebehandling af depressive symptomer af let til moderat grad er af sammenlignelig størrelse som den medikamentelle og med langt færre bivirkninger. Effekt af medicin ses efter uger, af samtalebehandling efter måneder. Ved manglende effekt skal der ske revurdering i samråd med psykiater. Der er forventet effekt på ca. 60% af patienterne (30% remission, 30% respons) ved såvel medicinsk- som samtalebehandling. Mange patienter har således restsymptomer trods adækvat behandling. Særligt de kognitive symptomer kan fortsætte længe efter at stemningslejet er normaliseret.

Incidens/prævalens	Prævalensen af depression er ca. 3 %, heraf har ca. 50% let, 30% moderat og 20% svær depression. Det er estimeret, at 15-20% af en befolkning vil få depression i deres livstid.
Ætiologi	<p>Ofte opstår depression efter langvarige belastninger, men i nogle tilfælde – særligt hos mennesker, der tidligere har lidt af depression – uden at man kan pege på nogen årsager. Risikoen for depression er væsentligt øget i månederne efter en belastende livsbegivenhed, og efter hjernetraumer, apopleksi, hjertesygdom og andre kroniske sygdomme. Desuden kan misbrug af alkohol, benzodiazepiner, hash eller centralstimulantia fremkalde depression.</p> <p>Depression er hyppigst i aldersgruppen 35-54 år med overvægt af kvinder. Der er en markant social gradient i forekomsten af depression, med øget forekomst i grupper med lav socio-økonomisk status. Risikoen for depression er væsentligt øget efter tidligere depression og tre gange forøget blandt førstegradsslægtninge. Nogle personlighedstræk øger ligeledes risikoen, f.eks. perfektionisme, og det at man stiller store krav til én selv. Tendens til ængstelighed og følelsesmæssig sårbarhed spiller også en rolle.</p>
Diagnosekoder	<p>DF32.0 Depressiv enkeltepisode af lettere grad DF32.1 Depressiv enkeltepisode af moderat grad DF32.2 Depressiv enkeltepisode af svær grad DF33.0 Periodisk depression af lettere grad DF33.1 Periodisk depression af moderat grad DF33.2 Periodisk depression af svær grad</p>

Udredning og rådgivning

Udredning

Undersøgelse i Socialmedicinsk Enhed

Journalskabelonen følges, men under samtalen spørges særligt ind til nedenstående. Det kan desuden være værdifuldt at indhente oplysninger fra pårørende omkring habitualtilstand og sygdomsudvikling.

Tidligere:

- Depressive eller maniske episoder (sygdomsdebut, intensitet, varighed og behandling)
- Anden psykisk lidelse
- Familiær disposition, herunder selvmord eller misbrug i familien
- Tidligere hovedtraumer, forgiftninger eller neuroinfektioner
- Kendt kronisk sygdom, herunder forværring
- Nylig opstået alvorlig sygdom

Aktuelle helbredsproblemer:

- Afklaring af omfanget af kerne- og ledsagesymptomer, evt. ved brug af MDI
- Andre symptomer som kognitive problemer, angst, hallucinationer, vrangforestillinger, tvangstanker og -handlinger, smerter
- Alkohol eller stofmisbrug
- Selvmordsrisiko skal vurderes, oftest er det tilstrækkeligt at berøre emnet ved afdækning af ledsagesymptomer. Gennemgang af screeningsspørgsmål er kun relevant ved mistanke om øget selvmordsrisiko. (se SME vejledning om selvmordsvurdering)

Klinisk indtryk

Patientens fremtræden observeres med hensyn til:

- Ansigtsmimik, kropsholdning og bevægelser, f.eks. agitation, hæmning, latens
- Formel og emotionel kontakt
- Hukommelse og koncentration
- Relevans, logisk og sammenhængende tankegang
- Stemningsleje, grådlibilitet

Funktionsevne beskrivelse

Beskrivelsen af funktionsevnen er ikke anderledes end for øvrige patienter i SME. Ved depression er funktionsevnen særligt påvirket af træthed og kognitive forstyrrelser. Sværhedsgraden af de kognitive forstyrrelser følger ikke altid sværhedsgraden af depressionen.

Kognitive forstyrrelser ved depression:

- Opmærksomhed og koncentration, f.eks. pt. forstyrres let, har svært ved at holde fokus
- Hukommelse, f.eks.pt. glemmer aftaler, navne, hvad der lige er sagt
- Igangsætte en handling, f.eks. pt. udebliver fra aftaler, har svært ved at klare husholdning
- Overblik og problemløsning, f.eks. pt. har svært ved at planlægge, svært ved at prioritere sin tid

Dårlig søvn og alkoholindtag påvirker desuden kognitionen negativt. Det er nyttigt at spørge ind til opgaver, der kræver brug af ovenstående funktioner, f.eks. planlægning, indkøb og udførelse af madlavning.

Prognose og prognostiske faktorer

Depression er en forbigående lidelse i 70-80 % af tilfældene. Varigheden af en depressiv episode er gennemsnitligt 6 måneder, men med betydelig variation. Omkring 20-30 % af patienterne har symptomer ud over denne tidshorisont og mange af disse vil have en kronisk depression. Sent indsat behandling disponerer til kronisk depression.

Rådgivning og behandling

Socialmedicinsk rådgivning

Patienten informeres om lidelsens natur, at det er en forbigående lidelse, men at der også er en øget risiko for ny depressionsepisode. Patienten informeres om medicinske og psykologiske behandlingsmuligheder, som kan igangsættes af egen læge. Der er evidens for at medicinsk samt psykologisk behandling i form af kognitiv eller interpersonel terapi er virksom. Dette gælder ligeledes motion. Selvom egen læge er tovholder kan mange patienter i dag få behandling ad andre kanaler, såsom sundhedsforsikringer.

Beskæftigelsesrettede aktiviteter

Frasat de sværeste tilfælde, skal man ikke afvente bedring af symptomerne under sygemelding, men derimod bevare kontakten til arbejdsmarkedet. Det er muligt at arbejde trods psykisk sygdom, når der tages hensyn til skånebehov. Det kan være gavnligt at hjælpe patienten med at adskille helbredssymptomer fra udfordringer på arbejdet - at blive væk fra arbejde løser ikke helbredsproblemet. Ved langvarigt fravær fra arbejde mister man troen på sine kompetencer og bliver bange for at vende tilbage. Det kan forværre tilstanden hvis patienten isolerer sig hjemme.

Depressive patienter føler ofte sig meget utilstrækkelige, de kognitive forstyrrelser tolkes af patienten som dumhed og dovenskab, hvilket giver selvbekendelse og lavt selvværd. Vigtigste prädiktor for tilbagevenden til beskæftigelse er at tro på at det er muligt, ikke omfanget af symptomer. Man må forsøge at organisere positive oplevelser, der øger motivationen og tiltroen til, at det kan lykkes.

Ved let til moderat depression kan arbejde/beskæftigelsesrettede tiltag betragtes som en del af behandlingen, og positive oplevelser bedrer prognosen. Behandlende og beskæftigelsesrettede indsatser skal derfor ske sideløbende.

Følgende kan midlertidigt være kontraindikation til beskæftigelsesrettede

tiltag:

- Svært forpint eller selvmordstruet patient
- Svær kognitiv forstyrrelse
- Svær søvndeprivation

Skånebehov

Det kræver en rummelig arbejdsplads, og støtte fra ledelsen, at sikre en depressiv patient nogle positive oplevelser og undgå nederlag. Spørg patienten hvilke skånebehov vedkommende forestiller sig nødvendige. Skånebehovene beror på en individuel vurdering, men kan f.eks. være:

- Ro fra forstyrrelser, f.eks. baggrundsstøj, tlf., mail, kundehenvendelser
- Støtte til at planlægge og prioritere opgaver, og sikre at de bliver gennemført
- Tydelige og relativt lette arbejdsopgaver, der kan løses en af gangen
- Mulighed for pauser
- Kontaktperson til at støtte socialt

Skånebehovene er mest udtalte i opstartsperioden, og skal løbende revurderes.

Beskæftigelse- og social lovgivning

Det er muligt at få personlig assistance til kognitive problemer og hjælpemidler til struktur og planlægning, f.eks. særlige IT programmer. For nogle depressive patienter kan en § 56 aftale være relevant.

Dokumentation

Referencer:

Links:

Major Depression Inventory (MDI):

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/kalkulatorer/major-depression-inventory-mdi/>

Referencer

Depression. Lars Veddel Kessing og Jens Drachmann Bukh, Ugeskrift for læger 2014; 176:V02130121.

Diagnostik og behandlingsstart ved depression. Annette Sofie Davidsen og Poul Videbech, Månedsskrift for almen praksis, december 2015

Din patient, der er i antidepressiv behandling. Poul Videbech & Annette Sofie Davidsen, Månedsskrift for almen praksis, januar 2016.

Dansk Selskab for Almen Medicin: Unipolar depression, Diagnostik og behandling, 2010.

National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression, Sundhedsstyrelsen, 2016.

Ellevik et al. Nordic Journal of Psychiatry 2014;68(7):507-12.

Tilbage til hverdagen – en håndbog om kognitive vanskeligheder som følge af depression. 1. udgave, 2. oplag, Udgivet af Lundbeck Pharma A/S 2014.

Tag på arbejde – fra sygemelding til samarbejde. Jesper Karle og Lars Aakerlund. 2016, 1. udgave, 1. oplag.

Depression – kort og godt. Poul Videbech, Dansk Psykologisk forlag, 2014.

Forfatter: Nanna Læssøe

Review: Jo Anna Stina Coolidge (ansvarlig)
Lisbeth Nüchel Petersen (intern vejleder)
Poul Videbech (ekstern vejleder)

Dato 31.07.17

Revideres 31.07.20

