

Lægebehandling ved Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri

Manual for udredning, medicinsk behandling,
psykoedukation og støttende,
ressourceorienterede samtaler

8. version

December 2024

Tilføjelse vedr. medicinudlevering maj 2025



Udarbejdet af lægegruppen ved
Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri (CTP)
Region Hovedstadens Psykiatri



Psykiatri

Forord

Denne manual er en videreudvikling af tidligere lægemanualer og den beskriver de lægelige opgaver med diagnosticering, behandling, journalføring og rating af målgruppen. Fundamentet i lægebehandlingen er evidensbaseret med udgangspunkt i individuel psykoedukation og medicinsk behandling.

Manualen er opdelt i to dele:

1. Manual for lægearbejdet generelt.
2. Manual for behandling.

Manualen er tilgængelig for alle interesserede og kan på forespørgsel tilsendes pr. e-mail som vedhæftet PDF-fil. Manualen forventes revideret i 202?, hvor et nyt randomiseret forskningsprojekt opstarter.

Indhold

Forord	2
Indhold.....	3
DEL 1 – LÆGEARBEJDE GENERELT	7
Kompetence Center for Transkulturel Psykiatri (CTP).....	7
Introduktion af nye læger i CTP	8
Introprogram og tjekliste	8
Introprogram	8
Om det at være læge på CTP	14
Samtaler på CTP	14
Ledelse på CTP	14
Tips og tricks til nye læger	14
Hvad er patientkontakt?	14
Hvordan registreres patientkontakt?	15
Hvor meget patientkontakt?	15
Forventninger til registrering af patient aktiviteter, planlægning af arbejdsdagen og arbejdstid.	15
Forventet arbejdspress	16
Uskrevne regler	16
Forventninger til øvrigt lægearbejde på CTP	17
Formidlingsopgaver	17
Skriftlige erklæringer/samarbejde med kommune og andre aktører:	17
Arbejde i akutmodtagelsen	18
Sygdom i lægegruppen.....	19
Medicinrum og medicin udlevering	19
GPDR og journal håndtering.....	19
Supervision og støtte.....	19
Efter og videreuddannelse	20
Arbejds miljø	20
Møder for læger i CTP	21
Koordinationsmøde inkl tavlemøde (LEAN) og undervisning	21
Tværfaglig behandlingskonference	21
Alle-lægemøde	22
Yngre læge frokostmøde	22
Overlægemøde.....	22
Supervision af yngre læger	22
Faglig fordybelse yngre læger	22
Bedside supervision/kompetenceudvikling	22
PTF7 samrating	23
Hamilton samrating.....	23
TRAFIK (Transkulturel Film og Kogekunst)	23
Transkulturelt lægeforum	23
Transkulturel journalclub	23

Tværfaglig supervision	23
DEL 2 - BEHANDLINGSMANUAL	24
Visitation.....	24
Henvisning	24
Målgruppe og behandlingspakker.....	25
PTF7	26
Traumepakke (T-pakke).....	27
Lægepakke (L-pakke).....	27
Psykoterapipakke (P-pakke)	28
Støttende-pakke (S-pakke).....	28
Indledende vurdering (AOP).....	29
Målgruppe	29
Motivation hos vores patienter i CTP.....	29
Indledning ved 1. indledende vurdering	30
Efter 1. indledende vurdering:	32
Ved 2. (og evt. 3.) indledende vurdering	33
Efter indledende samtaler:.....	34
Ved afslutning eller viderehenvisning efter indledende vurdering:	34
Viderehenvisning til CVD	35
Epikriser efter indledende vurdering	35
Journalføring	36
Indledende vurdering	36
Løbende koordinering med egen læge	36
Behandlingsplan	36
Løbende journalføring.....	36
Lægesamtaler	36
Medicinsamtaler og akutte samtaler	36
Konferencenotater	36
Udeblivelser/afbud.....	36
REDCap	37
Behandlingsforløb	38
Traumepakke.....	39
Ved et standard patientforløb har lægen ideelt 10-13 samtaler med patienten.	39
Fase 1.....	39
1. lægesamtale	39
2.-5. lægesamtale	40
6. lægesamtale	41
Fase 2.....	41
7.-9. lægesamtale	41
Forslag til dagsorden for midtvejsevaluering:.....	41
Sidste lægesamtale.....	41
Evalueringssamtale.....	41
Andre behandlingspakker	43
S-pakke	43
Behandlingsplan	43
Periode	43
Midtvejsevaluering.....	43

P-pakke	43
Behandlingsplan	43
Periode	44
Midtvejsevaluering	44
L-pakke	44
Modul 1	44
Modul 2	44
Øvrige lægesamtaler fokus og indhold	45
Orienterende lægesamtale	45
Akutte samtaler	45
Medicinsamtale	46
Orienterende samtale	46
Tolkning i CTP	47
Resumé	47
Formål	47
Retningslinjer for den praktiske anvendelse af tolk	48
Betaling	48
Ansvar og opgavefordeling	48
PTF7	50
Baggrund	50
Metode	50
PTF7 ordbog	50
Patienter til PTF7	52
Hvem kan inkluderes i PTF7?	52
Hvordan inkluderes patienter i PTF7?	53
Screening af patienter til PTF7	55
Samtykke og deltagerinformation	56
Tips til hvordan man kan præsentere PTF7 for en patient:	56
Oprette patient i PTF7	57
PTF7 behandlingen	58
PTF7 kontrolgruppe	59
PTF7 tillægsbehandling med Indledende PTSD-modul	59
PTF7 tillægsbehandling med Indledende PTSD-modul og SDM, efterfulgt af valgt pakke	60
Implementering i videre behandlingsforløb	61
Opfølgende samtale	61
Outcomes (ratings og interviews)	61
Completer	62
Afslutte patient i PTF7	62
Afslutning før fuld pakke er gennemført	62
Planlagt afslutning	64
Ratings	65
Psykoedukation	66
Generelle forhold	66
Medicinsk behandling	68
Medicinalgoritme	68
Forklaringer til behandlingsalgoritmen	69
Medicinsk behandling af søvnforstyrrelser ved PTSD	70

Mianserin/mirtazapin	70
Tricycliske antidepressiva	71
Quetiapin	71
Antihistaminer	71
Naturlægemedler	71
Melatonin	72
Detaljeret gennemgang af lægemidler som typisk anvendes på CTP	72
Sertralin	72
Registrerede bivirkninger	76
Venlafaxin	79
Registrerede bivirkninger	83
Mianserin	86
Registrerede bivirkninger	88
Mirtazapin	89
Registrerede bivirkninger	92
Amitriptylin	94
Registrerede bivirkninger	97
Nortriptylin	99
Registrerede bivirkninger	102
Risperidon	104
Registrerede bivirkninger	107
Quetiapin	110
Registrerede bivirkninger	114
Arytmi-risiko ved psykofarmaka	116
Præparatskift	119
Antidepressivas vigtigste bivirkningsprofiler	119
Relevant litteratur	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
Bilag 1: Psykoedukation - HUSK	125
Bilag 2: Behandlingsplan	159
Bilag 3: Notat ved lægesamtale	161
Bilag 4: Procedurebeskrivelse for udredning og diagnostik	162
Bilag 5: Ratingpakker	164
Bilag 6: Vejledning i klinisk vurdering	181
Bilag 7: Afsluttende brev til egen læge	184
Eksempel på brev ved behandlingsafslutning:	184
Bilag 9: Huskeliste Behandlingspakker	187
Bilag 10: Fremlæggelse på B-konf.	188
Bilag 11: Procedurebeskrivelse for overlevering fra fase 1 til 2	190
Bilag 12: Procedurebeskrivelse for midtvejsevaluering.	191
Bilag 14: Procedure for håndtering af blodprøver og EKG lokal CTP tilføjelse	192
Bilag 16: Det Transkulturelle interview	193

DEL 1 – LÆGEARBEJDE GENERELT

Kompetence Center for Transkulturel Psykiatri (CTP)

Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri (CTP) er et specialtilbud til folk med psykiske lidelser, som har en anden etnisk baggrund end dansk.

CTP er beliggende på Psykiatrisk Center Ballerup og er dermed en del af Region Hovedstadens Psykiatri.

CTP varetager regions og højt specialiseret funktion for traumatiserede flygtninge og modtager omkring 600 henvisninger årligt.

CTP har ca. 45 medarbejdere, 20 timelønnede tolke og 20 studentermedhjælpere samt praktikanter og kandidatstuderende tilknyttet. CTP har såvel regionsfunktion som højt specialiseret funktion indenfor behandling af traumatiserede flygtninge.

Den største patientgruppe er voksne flygtninge med traumerelaterede psykiatriske lidelser som PTSD og depression.

En mindre patientgruppe er flygtninge, indvandrere eller familiesammenførte personer som har andre psykiatriske lidelser, men hvor kulturelle aspekter dominerer i sygdomsbilledet. Der er ikke officielt en specialfunktion, der varetager denne målgruppe, men qua CTP erfaring med flygtninge og indvandrere, varetager vi behandlingen af denne gruppe under hovedfunktion.

Behandlingsforløbene varetages af læger, psykologer og sygeplejersker i tæt samarbejde med socialrådgivere, tolke og sekretærer.

Al behandling i CTP foregår som veldefinerede behandlingspakker. Et almindeligt behandlingsforløb strækker sig typisk over 1 år

I CTP er behandling og forskning tæt integreret. Den primære målgruppe i CTP er voksne flygtninge eller familiesammenførte til flygtninge, med en traumatisk baggrund f.eks. fængsling med tortur, organiseret vold, længerevarende politisk forfølgelse eller krigs- og borgerkrigsoplevelser.

Gældende denne målgruppe afvikles der løbende forskning randomiserede forskning med formål at undersøge vilkår og behandlingsmetoder der kan sikre effekt af behandlingen.

Patienterne henvises fra egen læge, andre tilbud i psykiatrien og fra privat praktiserende psykiatere. CTP har ikke det overordede visiteringsansvar, der foregår via CVD (Center for visitation og diagnostik).

Introduktion af nye læger i CTP

Ansvarlige for uddelingering af opgaver ifm. introduktion: Trine (TNH) (klinik/overordnet), sekretærgruppen(administrativt) og Jessica (JC) (forskning). Ansvarlig for opdatering af introprogram: Sekretærgruppen og lægegruppen

Introprogram og tjekliste

Introprogram

Opgave	Navn	Tid
Individuel intro til Region Hovedstadens Psykiatri og PCB		
Nyansatte i Region H: Intro på Kristineberg 4 dage 2 dages lokal intro til YL (5+6 dagen) Intro til SP (1 dag E learning) Akutte situationer og fysisk fastholdelse samt forebyggelse og håndtering af konflikter 2 dages kursus i kulturelle kompetencer på CTP (hvert halve år) Selvmordsrisikovurdering på PCB (3 timers kursus) Elearning: (1 dag) • SP • Brand • Håndhygiejne • Overfaldsalarm PC Ballerup • Selvmordsscreening Nyansatte på PCB (tidligere ansatte i psykiatrien, Region Øst): 2 dages lokal intro til YL (5+6. dagen) 1 dags SP intro (E learning)		

Administrativt		
Intro til sekretariatet • Åbningstider, vagtordning, skranke og fællesmail • Booking-procedure (booking) • Udgående post • Journalhåndtering (procedure) og arkiv • Outlook og SP kalender opsætning (samtaler, ferie, møder m.m.) • IT problemer • Køkken, morgenmad, mælkeordning og depot • Tjek: koder, nøgler, skilt • Udleveres/sendes på mail: - Generel introduktion til nye medarbejdere - Procedure for journalhåndtering - Lukkeliste - Procedure for sygdom i CTP - Oversigt over begivenheder i CTP - Ansvars områder medarbejdere, oversigt	Sekretærgruppen	
Intro til HR-relevante emner • Procedurer ved fravær og registrering af fravær • Forventninger til vagter, PCB fora • Spørgsmål vedr. ansættelse, løn mm. • Kursusportalen	Trine	

Intro til aftalebooking, afsendelse af statusattester m.m.	Sekretærgruppen	
Fortsat intro til sekretariatet efter 3-4 uger	Sekretærgruppen	
Mentor samtale	Hos overlægementor. Sekretær booker 1 time 2-3 uger ind i ansættelsen.	
Lægeopgaver		
Intro til strukturen i CTP: møder, konferencer, supervision, hamilton deltagelse, arbejdstilrettelæggelse, ctp-net.dk Intro til overordnede procedurer i psykiatrien (behandlingsansvar, hvem har ansvar for hvad, hvornår) Intro procedure for udredning. Intro til overlægementor ordning Intro til statusattester Intro til behandlingskonference, præsentation af cases, formål Intro til medicingennemgang, PAL, gravide	OVL	1t
Intro til lægemanual inkl. medicinering og psykoedukation Intro til procedure ved visitationer (samtykke, arkivering efter 1. og 2. vis. m.m.) Intro til kapacitetslisterne samt liste over pakkeforlængelser Intro til procedure for afslutning af patienter Intro til indledende vurdering, behandlingsplan, EL brev, epikrise (hvilke skabeloner og hvor er de i SP) Intro til journalnotatskrivning + SP (smartphrases mm) Intro til procedure for blodprøve rul Kalender koordinering, SP/Outlook, vagter og registrering af disse. Kapacitetslister, pakkeforlængelser	YL	2 t
Fortsat intro til lægearbejdet i CTP efter 3-4 uger (Booket ved intro)	YL	1 t

Deltagelse i ca. 10 samtaler sammen med anden læge. Ca. 2 visitationer, hvor anden læge er hovedaktør og sidste 2-3 hvor anden læge er observatør. Endvidere ca. 5 lægesamtaler fx 1. ls, hvor anden læge er hovedaktør og hvor anden læge er observatør.	Bookes af sekretærerne	Bemærk at alle samtaler der deltagers i som observatør, skal registreres i SP. Du skal efterfølgende notere ydelse samt lave kort notat om deltagelse.
5 første indledende vurderinger, behandlingsplaner, start breve og epikriser læses af overlægementor og der gives feedback		
Intro til SP manual CTP	YL	1 dag (som følge til patientsamtaler)
Forskning		
Intro til forskningen generelt • TRIM model • Relevante artikler (hjemmeside og p-drev) • Øvrige forskningsprojekter	Jessica	1 t
Intro til PTF7 og RedCAP, oplæring PTF7 instrumenter.	Anna Bolette	1 dag + 2 t booster
Øvrige faggrupper mm.		

Intro til brug af tolke • Tolkeliste, SMT, tolkekoordinator • Retningslinjer • Udleveres: • Retningslinjer for tolkning i CTP • Tolkning i CTP • Praktiske retningslinjer	Ida Ghiai	1 t
Intro til psykologgruppens arbejde (inkl. kapacitetsliste) • Psykologens opgaver i CTP: individuel psykoterapi (traumepakken, Ppakker) samt V samtalerne – rammerne, indhold, forskelle. • Kort introduktion til manualen for traumepakkerne (opbygning, teoretisk referenceramme). • Samarbejde læger og psykologer – tilpasses også erfaringsniveau i psykiatri.	Karina	1 t
Anfaldsfænomener, håndtering af traumehistorier der løber løbsk	Psykolog koordinator	1 t, ca. 1 mdr. efter ansættelse.
Intro til sygeplejerskernes arbejde • S-pakke, støttende forløb, vurderingssamtale. • KRAM	Sygeplejerske	1 t
Intro til socialrådgiverens arbejde • Socialrådgivernes rolle • Indledende socialrådgiversamtale – indhold • Børnejournal – indhold • Familiesamtale – indhold og planlægning • Underretning • Kommunalt samarbejde • Gennemgang af lavpraktiske aftaler omkring booking af socialrådgiversamtaler: • Drøftes inden aftale booking med soc.rdg. • Booking, krydser	Socialrådgiver	1 t
Intro til arbejdsmiljø + arbejdsmiljørepræsentant • Fokusområder i CTP, trivsel i en travl hverdag; information om arbejdsmiljø på intra • Gennemgang af procedure for psykisk belastende hændelser • Rundvisning: • Placering af brandudstyr, hjertestarter og nødudgange. Brandkursus • Alarmering ved brand og hjertestop • Evakueringsplan	AMR	1 t

Intro til LEAN (leantavlen, V-drevet og leantankegang)	Lean medlem	15 minutter
Intro til UTH + selvmordsforbyggelse	Nøgleperson for selvmordsforebyggelse	1 t

Om det at være læge på CTP

Samtaler på CTP

Den primære opgave på CTP som læge er samtaler. Samtaler er indledende vurderinger samt lægesamtaler med patienten, hvor man som læge er behandlingsansvarlig gennem forløbet. Du kan som YL forvente at være ansvarlig for et ambulatorium med op til 40 patienter. Typisk vil overlæger være ansvarlige for 50-70 patienter.

Samtaler er primært med fremmøde. Der kan bookes videosamtaler og til nød telefonsamtaler, såfremt patienten har ønske om dette og det vurderes fagligt relevant.

Samtalernes indhold beskrives nærmere i behandlingsmanualen nedenfor.

Ledelse på CTP

Trine er CTPs daglige leder og ansvarlig for den kliniske del af klinikken, Jessica er forskningsleder, men der er i øvrigt et delt ledelsesansvar:

- Sekretariatet, psykologer, sygeplejersker og yngre læger referer til Trine.
- Forskere og socialrådgivere refererer til Jessica.

Tips og tricks til nye læger

- Det er absolut nødvendigt at få styr på både sin SP-kalender og Outlook-kalender så hurtigt som muligt. Faste dage/længere perioder hvor man ikke kan have pt'er (fx. vagtdage, supervision, ferier, kurser etc.), kan man bede sekretærerne om at blokere i SP kalenderen. Andet har man selv ansvaret for.
Brug gerne tid på kalenderstyring i starten, da man ellers hurtigt kan blive booket i fremtiden med patienter.
- Book fx en time om måneden til administration til at tjekke journaler igennem for ting der mangler at blive udfyldt og fulgt op på.
- Forsøg at holde øje med om du bliver for presset på tider i din kalender. Hvis det er tilfældet, så tal med overlægerne om at lade nogle planlagte visitationer overgå til andre.
- Brug psykamb2 listen, så du kan holde øje med dit patientantal og om der er nogen der er blevet "glemt"/du ikke har set i længere tid.
- Husk at markere tydeligt i din kalender eventuelle dage hvor du er væk, har ferie etc. eller hvis der er tidsrum, der skal afsættes til anden aktivitet
- Orientér dig med fordel i den generelle introduktion til CTP for tips og tricks generelt som ansat på PCB.

Hvad er patientkontakt?

Det er enhver kontakt med patienten med et behandlingsmæssigt perspektiv i bredeste forstand. Siger man blot goddag til patienten på gangen eller aftaler hurtigt en ny tid er der ikke tale om en patientkontakt. Hvis man derimod sidder med patienten eller har telefonisk kontakt /videkontakt og taler om en eller flere

problemstillinger af behandlingsmæssig karakter er det at betragte som patientkontakt og skal dermed registreres som en samtale (eller telefon eller videosamtale) med behandlingssigte.

Bliver man f.eks. bedt om at skrive en recept, eller får man en snak om hvordan patienten har det aktuelt eller har haft det siden sidste samtale er det at betragte som en patientkontakt. Ved de fleste samtaler er der afsat en time, hvoraf ca. 45 min. går til direkte patientkontakt og ca. 15 min. til journalføring og pause.

Hvordan registreres patientkontakt?

Hver eneste gang man har haft en patientkontakt skal det journalføres og registreres i SP. Man skriver alle notater selv og det er således behandlerens eget ansvar at få registreret al aktivitet. Hvis man har haft en ikke planlagt patientkontakt, booker man selv patienten ind den pågældende dag i et tidsrum på 60 minutter og registrerer på normal vis.

Sekretærer booker i tilfælde af medicin udlevering, se instruks for dette.

Ved enkelte andre tilfælde, kan sekretærerne registrere.

Der henvises til SP manual for detaljer.

Tilføjelse pr 01.05.25: Medicinudlevering udfases og afskaffes helt pr. 01.10.25. Se separat instruks for udfasning.

Hvor meget patientkontakt?

Det forventes at du ser patienter svarende til 45% af din arbejdstid,

Patientkontakt registreres kun hos fremmødte patienter. Det vil sige, at planlagte besøg, hvor patienten udebliver eller melder afbud, ikke tæller. Vi anbefaler derfor, at overbooke med ca. 20% de dage man er tilstede. Som yngre læge er man typisk ansat 70% på CTP og 30% i vagter. Det vil omregnet betyde, at det forventes at man ser patienter 12 timer (12 patienter) på **alle** arbejdsuger. Fravær i form af kursusdage, ferie og sygdom på samlet 10 uger **er indregnet** i beregningen.

Bemærk at der kan være uger, hvor andre aktiviteter fylder, hvorfor det så forventes at man planlægger ekstra patient tid ugerne efter.

Det vil sige, at 55% af jeres arbejdstid kan gå til øvrige aktiviteter. (Leanarbejde, undervisningsopgaver, supervision, forberedelse til andre aktiviteter, møder etc.)

Da vi planlægger med 60 timers planlagt patienttid, men reelt afholder 45 minutters samtale, vurderes det, at forberedelse og journalføring i langt de fleste tilfælde kan foregå indenfor de 60 minutter.

Forventninger til registrering af patient aktiviteter, planlægning af arbejdsdagen og arbejdstid.

Forventninger til registrering af patient aktiviteter og planlægning:

1. Alle patient notater **skal** være skrevet senest indenfor 24 timer. Alle notater bør dog være skrevet **inden** man går hjem af hensyn til patientsikkerheden. Kan du ikke nå at skrive hele notatet, notér det vigtige og tilføj efter behov på senere tidspunkt. Hav særlig opmærksomhed på patienter, der vurderes ustabile og prioriter efter dette.
2. Aftaler skal registreres som udeblevet/aflyst samme dag, før man går hjem.
3. Al booking skal foregå via sekretærerne. Man kan i særlige tilfælde undlade såfremt man kun booker 1 samtale. Der skal være booket en fremtidig tid til aktive patienter. Der er faste aftaler om

booking af patientforløb i S, T og P pakker hvor flere aftaler bookes af gangen. Sørg for at lægge booking i god tid så der altid er tider til patienten.

Forventninger til øvrige aktiviteter:

1. At I møder kl. **8.00** onsdage og deltager i morgenmad og de to første timers møde. **Fravær skal nærmeste leder orienteres om!**
2. At I deltager i øvrige mødeaktiviteter relevante for jeres faggruppe på CTP.
3. At I deltager i øvrig mødeaktivitet der er relevant for jeres faggruppe på PCB såfremt det vurderes relevant for jeres daglige kliniske arbejde.
4. At I løbende påtager jer undervisnings og formidlingsopgaver internt og eksternt.

Det forventes at man kan nå opgaverne indenfor arbejdstiden, der kan være fleksibel i fremmøde.

Det forventes **ikke**, at man optjener hele afspadseringsdage eller at der hobes overarbejde op. Tanken med fleksibelt fremmøde, er at man indenfor samme uge, kan flekse afhængigt af aktiviteter.

Kort om CTP

Forventet arbejdspress

En ny læge i CTP vil have mange visitationer i starten og ingen visitationer i den sidste fase af deres ansættelse. Normalt har en fuldtidsklinisk læge ca. 8 visitationer om måneden hvoraf ca. 5 visiteres til et behandlingsforløb svarende til 60 nye patienter årligt. En fuldtidsklinisk læge vil typisk have ansvaret for ca. 50 patienter. Morten laver hver måned en plan over fordelingen af nye visitationer to måneder frem i tiden. Typisk vil YL der har vagter have færre patienter som behandlingsansvarlig.

Vi ved aldrig hvor mange henvisninger der kommer en given måned. Der kan komme flere end der umiddelbart er kapacitet til men det er et ufravigeligt krav fra vores ledelse og politikere, at vi ser alle patienter senest 4 uger efter henvisningsdatoen. Der kan derfor komme et pænt pres på i perioder men så må vi hjælpe hinanden til bedst muligt at få fordelt arbejdsbyrden. Vi må også konstant bruge hinanden til at drøfte, hvorvidt patienterne reelt er vores målgruppe, om de er tilstrækkeligt motiverede og om tilstrækkelig behandling allerede er forsøgt. Det er med andre ord vores opgave som læger i CTP at sætte standarden for, hvornår patienter skal i behandling her eller alternativt have andre tilbud.

Uskrevne regler

Alles kontorer er som hovedregel altid åbne når man ikke har patienter eller sidder i møde! Det vil sige, at du aldrig skal holde dig tilbage for at spørge om et godt råd, drøfte en patient, eller få vejledning til noget praktisk. Er man meget presset med arbejdsopgaver er det selvfølgelig fint at lukke sin dør og sætte optaget på så man kan få ro til sit arbejde.

Forventninger til øvrigt lægearbejde på CTP

En vigtig del af lægearbejdet er et overordnet koordinering af behandlingsforløb med de dine tværfaglige kolleger og samarbejdspartnere. Det er din opgave at sikre et overleveringsmøde i de forløb, hvor patienten starter med sygepleje faglig eller psykolog faglig intervention. Se venligst bilag om overlevering og midtvejsevalueringer. Her er du som læge forpligtet til at lave notater og sende til egen læge. De første 4 samtaler hos den anden behandler, er tiltænkt gensidig vurdering af indsats, motivation og behandlingsbehov. Det skal patienten forberedes på.

Der tages stilling til afslutning før planlagt tid eller evt. forlængelse i behandlerteamet, der som minimum består af den anden behandler +læge. Ofte vil socialrådgiveren skulle inddrages. Der er særskilte procedurer for pakkeforlængelser. Se venligst bilag om pakkeforlængelser.

Blodprøver og EKG skal signeres for indenfor 24 timer. På CTP er det de YL, der har et rul for at sikre dette. Ved afvigelser laves kort notat og BAL kan give besked til kommende lægesamtale. Ved behov for akut intervention kontaktes BAL og i dennes fravær håndteres interventionen ved den anden læge.

Formidlingsopgaver

En vigtig funktion for os som kompetencecenter er formidlingsopgaver dvs. faglige oplæg, foredrag, undervisning, supervision og lignende. Vores kolleger i Region Hovedstadens Psykiatri tilbydes denne service gratis. De fleste andre bliver afkrævet et honorar. Opgaver i RHP regi er som udgangspunkt noget, vi skal tage os af mens andre opgaver i højere grad er et spørgsmål om tid og lyst.

Alle anmodninger om formidlingsopgaver sendes videre til Morten og i dennes fravær en af de andre overlæger. Vi vurderer anmodningerne og tager bl.a. stilling til om det er en KAN eller SKAL opgave, om omfanget er rimeligt, hvilke faggrupper der efterspørges og hvilket honorar der eventuelt afkræves. Vi kan herefter enten bede en enkelt person i CTP varetage opgaven eller bede en faggruppe afgøre indbyrdes, hvem der varetager opgaven.

De honorarer vi modtager ved formidlingsopgaver går til en særlig konto på CTP. Det at varetage formidlingsopgaver er i princippet noget som alle i CTP i et vist omfang bør deltage i. Men når det er sagt, er der selvfølgelig altid nogle som på baggrund af interesse, erfaring, tid og evner vil komme til lægge mere energi end andre på formidlingsområdet.

Skriftlige erklæringer/samarbejde med kommune og andre aktører:

Som udgangspunkt udfærdiger vi **ikke** særlige erklæringer eller udtalelser ud fra anmodning fra patient eller pårørende. Dette gælder også dispensationsansøgninger i forhold til sprogkrav for at opnå statsborgerskab. Vi beder patienten henvende sig til egen læge, der kan vejlede om henvisning til privat praktiserende psykiater i området.

Vi laver derfor ikke speciallægeerklæringer, medmindre du vælger at udføre dette i din fritid og med betaling fra patient eller anden anmodende aktør. Der kan udleveres behandlingsplan, hvis patient eller pårørende ønsker dokumentation for behandlingsforløb og diagnose.

Der kan komme enkelte anmodninger fra forsikringssselskaber eller andre aktører, hvor vi forventes at udtale os. Indhold af dette vil ske i samarbejde med overlæge og evt. leder. Der kan derudover laves aftaler internt, særligt på foranledning af socialrådgiveren om særlige udtalelser fra lægen.

Statusattester udfærdiges jævnligt og skal gerne udfyldes indenfor 8 dage efter anmodning i din SP bakke. LÆ 125 bør indeholde en kort beskrivelse af de helbredsforhold, om hvilke kommunen har anmodet om (sygehistorie, diagnoser, igangværende behandling og prognose).

Desuden giver lægen en vurdering af helbredstilstandens betydning for funktionsevnen, herunder eventuelle skånebehov, særligt i forhold til det sociale tema, kommunen ønsker belyst. Lægen kan inddrage kommunens eventuelle konkrete spørgsmål i den samlede redegørelse, men er ikke forpligtiget til at besvare dem specifikt. Lægen foretager **ikke** en vurdering af en eventuel social ydelses art og omfang. Husk, at man er altid velkommen til at få en socialrådgiver til at læse socialfaglige dokumenter igennem, fx en statusattest eller andet hvis man er det mindste i tvivl. Det samme gælder mht. overlægerne (typisk i forhold til de mere lægefaglige dokumenter).

- OBS! Statusattester hvor pt. er på sygedagpenge må gerne komme forbi en socialrådgiver!

Ved anmodning om aktindsigt vil sekretærerne modtage anmodning via fællespostkassen og videresende til behandlingsansvarlige læge. I enkelte tilfælde vil anmodningen gå via fællespostkassen til leder, som videresender til sekretærerne.

- Jf. sundhedsloven og forvaltningsloven skal anmodningen besvares indenfor 7 dage.
- Behandlingsansvarlige læge eller stedfortræder (en af de tilstedeværende overlæger) giver sekretariatet besked om at sende relevant materiale, hvis der foreligger samtykke.
- Lægen vurderer hvilket materiale der er relevant at sende. Typisk vil indledende vurdering/behandlingsplan eller epikrise være dækkende.
- Ved manglende samtykke orienteres der om dette.

Arbejde i akutmodtagelsen

- YL Læger ved CTP har vagter i akutmodtagelsen på PCB. Vælg en eller to dage (f.eks. torsdag-fredag eller mandag-tirsdag) som vagtdage, og bloker disse dage i din kalender-Når du har fået vagtskema af vagtplanlæggeren, kan du åbne de dage, du ikke har fået vagt eller skal afspadsere. Se også instruksen under P drevet, YL og skriv de dage på du foretrækker vagt. Typisk er vagtbelastningen 2 aftenat+1 dagvagt/måned. Yngre lægers overarbejde skal aftales med nærmeste leder og afspadseres indenfor normperioden. Overarbejde kan ekstraordinært, f.eks. ved sygdom eller andre særlige situationer, udbetales efter godkendelse af cheflæge. Al registrering vedr. vagter foregår ved vagtplanlæggerne. Der er særlige vilkår for sygemelding som du orienteres om til PCB introduktion.
- Alle læger udfylder registreringsark som sekretærerne sender til vagtplanlæggerne hver måned for at sikre korrekt registrering af vagter, sygdom etc.
- Speciallæger på CTP har SIF (speciallæge i front funktion) Typisk på hverdage og typisk 1/md. SIF funktion er forskudt tjeneste og medfører ikke reducere af patienttid. Den første SIF i måneden skal

altid afspadseres. Yngre læger skal afspadsere indenfor normperioden. Overlæger afspadserer på valgfrit tidspunkt. Ved mere end 1 SIF om måneden kan timerne udbetales eller afspadseres efter eget valg.

- Øvrig vejledning omkring arbejde i akutmodtagelsen får du introduktion til ved PCB. Der kan opstå situationer i vagterne, som medfører behov for efterfølgende opfølgning ved cheflæge.
- Der gælder overenskomstmæssige samme regler som andre steder med minimum 1 måneds varsel for vagtplanlægning. Der er derudover en ulempe liste for akutte vagter, hvor CTP Læger indgår.

De fleste speciallæger har forskudt tjeneste i akutmodtagelsen i form af SIF (speciallæge i front) Her afspadseres efterfølgende efter aftale.

Sygdom i lægegruppen

Vi har i lægegruppen valgt at vi ved akut sygdom/pålæg af vagter ombooker patienterne til andre læger. Hold derfor altid øje med din SP kalender, hvor sekretærerne flytter patienterne rundt ved sygdom. Vi prioriterer at patienterne bookes hos ledige læger, men der kan være enkelte gange man får en ekstra patient i et tidsrum blokeret til telefonsamtaler eller at en administrativ tid slettes. Derfor er det vigtigt, at du i SP kalenderen skriver hvad der reelt blokerer din dag. Eksempelvis møde, administrativ tid der ikke må slettes (hvis deadline er nødvendig) eller fraværende, hvis du ikke er tilstede på CTP.

Medicinrum og medicin udlevering

Patienter under behandling, kan få udleveret medicin uden vederlag. Sygeplejerskerne er ansvarlige for medicin rum, herunder kvalitetssikring og bestilling af varer. Der udleveres som udgangspunkt medicin svarende til vurderet forbrug. Medicin kan udleveres ved lægesamtaler eller for patienter i sygeplejerske pakker, af sygeplejersker.

Tilføjelse pr 01.05.25: Medicinudlevering udfases og afskaffes helt pr. 01.10.25. Se separat instruks for udfasning. I den mellemliggende periode kan der udleveres medicin til opstart af medicinsk behandling.

GPDR og journal håndtering

På CTP anvender vi fysiske journaler. I journalen er der sikret materiale til udlevering i forbindelse med psykoedukation. Der er endvidere rating skemaer og informationsmateriale. Der henvises til GPDR samt instruks om håndtering af journaler. Al dokumentation foregår i Sundhedsplatformen, men man kan med fordel notere samtals indhold i skemaer og på papir vedlagt journalen. Dette også med henblik på at sikre journalnotater er korte og præcise.

Supervision og støtte

Der er en række tiltag ved såvel PCB som specifikt ved CTP, hvor der kan findes støtte og supervision. Se under møder for de enkelte tiltag.

Som led i fortsat mulighed for supervision og sparring, har vi sideløbende med vores åben dør politik en mentorordning.

Alle yngre læger får tildelt en mentor som er overlæge. Man har altså en seniorlæge, man kan søge lidt mere vejledning hos – evt. booke tider hos til sparring eller lignende foruden den ad hoc sparring og vejledning, der altid vil finde sted hos alle andre seniorer og yngre læger.

Foruden dette vil alle YL få tildelt en YL mentor, hvor man kan søge råd/vejledning/sparring om forløb ved CTP/særlige interesser/speciale etc. hos hinanden og evt. planlægge møder ved behov. Særligt obs på fx kalender koordinering.

Efter og videreuddannelse

- Hvis du ønsker at tilmelde dig et kursus, skal du udfylde en kursusansøgning. *Kursus:* Link til kursusansøgning: <https://intranet.regionh.dk/rhp/Centre/Psykiatrisk-Center-Ballerup/personale/personale/Sider/Ans%C3%B8gning-om-eksternt-kursus.aspx>
- Den skal herefter underskrives af Trine og sendes til godkendelse hos Cheflægerne. Se kurser i regionH på kursusportalen: <https://kursusportalen.plan2learn.dk/>

Arbejds miljø

Vi har to lokale arbejdsmiljørepræsentanter. I kan altid finde navnene på nøglepersoner på P drevet. Der er derudover en AMR for lægegruppen samt TR for denne.

Øverste leder i arbejdsmiljøgruppen på CTP er ledende overlæge

Arbejds miljø gruppen holder løbende møder med henblik på koordinering.

Der er løbende trivselsmålinger, som gennemgås på Lean tavlen.

Der henvises i øvrigt til retningslinjer for Håndterinag af akutte og psykisk belastende situationer i CTP.

Møder for læger i CTP

Koordinationsmøde inkl tavlemøde (LEAN) og undervisning

Tidspunkt: onsdag klokken 08.00 – 08.50

Deltagere: alle ansatte i CTP

Sted: konferencelokalet

Fælles morgenbord: Morgenmadsliste hænger i køkkenet.

Ugens "dukse" fremgår af en liste på sekretariatet og tavle i køkkenet. Her sørger man for at køkkenet er rent og pænt, starter opvaskemaskine etc. Ansatte i CTP har derudover på skift en dag, hvor man køber morgenmad.

Form: K-møde: Lederne eller anden overlæge i deres fravær fungerer som mødeleder. Der laves en runde, hvor alle kan meddele stort og småt. Det kan have karakter af almindelig information, orientering, forslag, opklarende spørgsmål, drøftelser, etc. Referat skrives af en fast gruppe fra CTP der skiftes om tjansen og straks efter sender det til alle i CTP.

Tavlemøde: alle mødes om Forbedringstavlen hvor vi drøfter mål, nye forslag, igangværende arbejdsgruppers resultater og evaluerer på vedtagne procedurer.

Undervisning: 15 min. præsentation af et relevant emne, tema, projekt, bogkapitel eller lignende. Maria W er ansvarlig, alle kan skrive sig på.

Tværfaglig behandlingskonference

Tidspunkt: onsdag 08.50-9.55

Deltagere: læger, psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere i CTP

Sted: konferencelokalet

Formål: At planlægge forløb, evaluere og justere patientforløb.
At informere om og koordinere det tværfaglige samarbejde.
At bidrage med faglige refleksioner.

Form: Susanna er tovholder, i dennes fravær anden overlæge. Der indledes med runde og tiden prioriteres efter antal cases.
Vurderingsforløb gives max 5 minutter på konferencen. Der sigtes at opnå et miljø, hvor vi alle kan komme til orde og hvor vi kan gå mere i dybden med evt. svære cases og få tværfagligt input til videre behandling.
Faggruppe specifik case. På skift skal faggrupperne have forberedt 5 minutters oplæg der vurderes at have tværfaglig læringsmæssig værdi.
Se bilag for fremlæggelse ved behandlingskonference.

Alle-lægemøde

Tidspunkt: første onsdag i hver måned kl 12-13
Deltagere: alle læger ved CTP
Sted: Konferencelokalet
Form: Trine indkalder til mødet 1-2 uger før og beder i den forbindelse om punkter til dagsorden.
Ingen referat.

Yngre læge frokostmøde

Tidspunkt: sidste onsdag i hver måned kl 12-13.
Deltagere: yngre læger
Sted: Et YL kontor

Overlægemøde

Tidspunkt: 3. onsdag kl 12-13.
Deltagere: overlæger
Sted: Konferencelokalet

Supervision af yngre læger

Tidspunkt: hver onsdag fra 13-14, fraset onsdage med tværfaglig supervision.
Deltagere: yngre læger
Sted: overlæge kontor
Form: problemstillinger vedr. patienter kan diskuteres og yngre læger medbringer cases

Faglig fordybelse yngre læger

Tidspunkt: 2. onsdag i måneden fra 12-13.
Deltagere: yngre læger
Sted: yngre læge kontor
Form: YL underviser hinanden eller diskuterer klinisk relevante emner efter skema

Bedside supervision/kompetenceudvikling

Deltagere: alle yngre læger ved CTP
Sted: eget kontor/overlæge
Form: Dette tidsrum kan enten bruges på :

- Direkte supervision med en overlæge af en patient i udredning eller hvor der på anden vis er behov for en speciallægevurdering af patienten
- Kigge med hos en kollega fx en anden YL eller en speciallæge som har sin egen pt eller kollega fra anden faggruppe
- Faglig fordybelse i et emne, hvor der er behov for kompetenceudvikling – evt i par sammen med yngre læge mentor

Speciallægerne bookes med til en patientsamtale hos en yngre læge eller bookes i SP til anden aktivitet.

PTF7 samrating

Tidspunkt: Onsdag hver 4. måned kl 13-14 (se invitation i Outlook)
Deltagere: alle læger ved CTP
Sted: Lille konf.
Form: Vi ser en video med patientsamtale og rater sammen (SCAN, GAF og PTSD-interview)

Hamilton samrating

Tidspunkt: Onsdag hver 2. måned kl 13-14 (evt. 14.30) (samme dage som TRAFIK)
Deltagere: Hamilton team, yngre læger velkomne
Sted: Lille konf.
Form: Vi ser en video med patientsamtale og rater sammen (HAM-D og A)

TRAFIK (Transkulturel Film og Kogekunst)

Tidspunkt: 6 gange årligt fra 15-20
Deltagere: Alle ved CTP
Sted: konferencelokalet
Form: Fagligt oplæg i arbejdstiden fra kl. 15 – 16 eller længere ved behov. Herefter valgfri deltagelse i socialt arrangement med filmfremvisning og fælles middag (2xårligt)

Transkulturelt lægeforum

Tidspunkt: 6 gange årligt fra 15-16
Deltagere: læger ved PCB og andre interesserede læger samt lægestuderende i Danmark
Sted: konferencelokalet
Form: Oplæg og efterfølgende diskussion i plenum. Emnerne er klinisk relevante for læger med interesse for transkulturel psykiatri.
Obs. dette må meget gerne prioriteres.

Transkulturel journalclub

Tidspunkt: 6 gange årligt fra 15-17
Deltagere: læger, psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere og fysioterapeuter
Sted: konferencelokalet
Form: Videnskabelige artikler fra CTP forskningsprojekter eller andet relevant gennemgås og drøftes.

Tværfaglig supervision

Tidspunkt: Onsdage hver 6 uge fra 13-15. Datoer slås på på tavlen uden for konferencerummet.
Indkaldelse i Outlook.
Deltagere: For læger, socialrådgivere og sygeplejersker på CTP (psykologer har egen supervision).
Sted: konferencelokalet

Form: Supervision om hvad det gør ved os som behandlere at have med vores patientgruppe at gøre.

DEL 2 - BEHANDLINGSMANUAL

Visitation

Henvisning

Kun læger kan henvise til CTP. Typisk er det:

- Alment praktiserende læger
- Speciallæger i psykiatri
- Læger fra de psykiatriske centre
- Læger fra Indvandrermedicinsk klinik

Henvisningen sendes til Center for Visitation og diagnostik (CVD) og bør ideelt indeholde:

- Basale data inklusiv telefon, sprog og behov for tolk
- Tidligere psykiatrisk status inklusiv behandling
- Aktuell psykiatrisk status
- Transkulturelle faktorer som vanskeliggør behandling i andet regi
- Somatisk status
- Aktuell medicin
- Særlige sociale forhold af relevans
- Motivation

Henvisninger vurderes dagligt af en overlæge . På baggrund af henvisningen indkaldes patienten til en visitationssamtale ved CTP senest 4 uger efter at henvisningen er modtaget. Hvis det er oplagt at patienten falder udenfor målgruppen eller tidligere har fået lignende behandlingstilbud meddeles dette skriftligt til CVD gerne med forslag om alternative henvisningsmuligheder. Patienter der er gravide skal ses indenfor 14 dage.

Målgruppe og behandlingspakker

Målgruppen i CTP er voksne flygtninge eller familiesammenførte til flygtninge, med en traumatisk baggrund f.eks. fængsling med tortur, organiseret vold, længerevarende politisk forfølgelse eller krigs- og borgerkrigsoplevelser.

Henviste skal have symptomer forenelig med en eller flere traumerelaterede psykiatriske lidelser, typisk PTSD, angst og/eller depression. Disse mennesker har ofte flere, langvarige traumatiske oplevelser og tab bag sig. På behandlingstidspunktet lever patienterne i eksil/migrationstilværelse i et land, hvor sprog og kultur ofte opleves som værende meget fremmedartet, og de plages ofte af akutte bekymringer af social karakter, eksempelvis økonomi, job, boligsituation og ofte den kritiske situation i deres hjemlande.

Herudover medfører migration og flugttilværelsen en række uigenkaldelige tab, som kan komplicere sorgprocessen yderligere. Bl.a. tab af socialt netværk, tab af gratifikation, tab af uddannelses- og erhvervskompetencer, tab af modersmål som alment kommunikationsmiddel, tab af kulturelle identitet, tab af hidtidige tilknytning til eget land samt yderligere individuelle tab. Den samlede mængde af ovennævnte symptomer og faktorer medfører, at det ofte er en vanskelig udfordring at behandle traumatiserede flygtninge og indvandrere.

Til målgruppen hører desuden borgere af anden etnisk oprindelse end dansk med en psykisk lidelse der ikke nødvendigvis er traumerelateret, men hvor det vurderes, at patientens kulturelle baggrund har stor betydning for hvordan lidelsen udvikler sig, og for hvordan lidelsen forstås, udredes og behandles. Sammenlignet med en typisk flygtnings traumerelaterede psykiske lidelser, såsom posttraumatisk belastningsreaktion og/eller depression, er diagnoserne i denne gruppe af patienter ofte blandede, og gruppen er i høj grad heterogen.

Pakkerne er ikke diagnoseafhængige men tilbydes i henhold til patienternes behov.

Bemærk at flygtninge og familiesammenførte til flygtninge henvises under regionsfunktion. Der kan være faktorer der berettiger omvisitering til højt specialiseret funktion. Der henvises til RF/HSF procedure med henblik på vurdering af dette, der er en lægefaglig opgave.

For målgruppen der ikke er flygtninge eller familiesammenførte til flygtning, henvises til CTP under hovedfunktion. Det er en lægefaglig opgave, at vurdere om der vurderes at være betydelige kulturelle faktorer, der kan berettige behandling i vores regi, fremfor anden hovedfunktion.

PTF7

ALLE patienter screenes for PTF7 deltagerkriterier og tilbydes at indgå i PTF7, hvis de opfylder følgende:

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
• Voksne (18 år eller ældre). • Flygtninge eller familiesammenførte med flygtninge. • PTSD i henhold til ICD-10 forskningskriterier. • Psykisk traume pådraget uden for Danmark i anamnesen¹. • Underskrevet informeret samtykke.	• Svær psykotisk lidelse (defineret som patienter med ICD-10 diagnose F2x og F30.1-F31.9). Patienterne ekskluderes kun hvis de psykotiske oplevelser vurderes at være et led i en selvstændig psykotisk lidelse og ikke et led i en svær PTSD og/eller depression. • Afhængighedssyndrom af stoffer eller alkohol med aktivt misbrug (F1x.24-F1x.26).

¹ Traumerne vil være fængsling eller tilbageholdelse med tortur (i henhold til FN's tortur-definition) eller grov, umenneskelig og nedværdigende behandling eller straf. Der kan også være tale om organiseret vold, længerevarende politisk forfølgelse og chikane eller krigs- og borgerkrigsoplevelser.

Patienter, der ikke opfylder PTF7 deltagerkriterier, tilbydes anden relevant behandlingspakke, som beskrevet i det følgende.

Traumepakke (T-pakke)

Målgruppen for T-pakker er flygtninge eller familiesammenførte (> 18 år) med opholdstilladelse i Danmark eller voksne med psykisk lidelse, hvor kulturen spiller en væsentlig rolle for sygdomsbiillede eller behandling:

- Som vurderes at kunne profitere af tværfagligt behandlingsindsats med læge og psykolog behandling
- som er motiveret for behandling, vurderes at kunne møde stabilt og er indstillet på øvelser og forberedelse mellem fremmøde
- uden afhængighedssyndrom af alkohol eller stoffer
- som ikke opfylder kriterierne for en psykotisk lidelse (F2)
- som opfylder kriterierne for psykisk lidelse, typisk traumerelateret angst, depression eller PTSD som vurderes at have en sværhedsgrad, der berettiger behandling i psykiatrisk regi under specialfunktion.

OBS: Ved patienter der ikke er flygtninge eller familiesammenførte til flygtninge, hvor det vurderes at de skal indgå i psykoterapi, skal der bookes en vurderende samtale før opstart af behandling. For ikke at forsinke udredningsprocessen bookes denne indenfor 8 dage.

Se bilag om kulturelle faktorer samt behandlingstræerne.

Lægepakke (L-pakke)

Hvis patienten er målgruppe for CTP, men er så forpint og dårligt fungerende at han/hun tilhører den mest syge gruppe af patienter som primært har behov for medicinsk behandling kan man tilbyde en L-pakke. Det er typisk patienter som:

- kan have svært ved at overholde aftale om fremmøde og opfølgning mellem samtalerne
- kun kan forholde sig til få personer
- lider af psykose eller har et misbrug
- har en svær kronisk tilstand hvor meget anden behandling er forsøgt
- har behov for at få justeret deres medicin
- har behov for en helt basal støtte
- har brug for diagnostisk udredning/afklaring, evt. med henblik på videre henvisning til OPUS/FACT eller misbrugsregi
- ikke ønsker langvarigt behandlingsforløb eller større tværfaglig indsats
- som opfylder kriterierne for psykisk lidelse, typisk traumerelateret angst, depression eller PTSD som vurderes at have en sværhedsgrad, der berettiger behandling i psykiatrisk regi under specialfunktion.

Psykoterapipakke (P-pakke)

Til patienter som vurderes at være målgruppe for CTP, men har et behov for- og ønske om primær psykoterapeutisk forløb.

- Har ikke behov for indledende lægesamtaler med henblik på medicin justering og psykoedukation.
- Vurderes at kunne møde stabilt og være indstillet på øvelser mellem fremmøde
- uden afhængighedssyndrom af alkohol eller stoffer
- som ikke opfylder kriterierne for en psykotisk lidelse (F2)
- som opfylder kriterierne for psykisk lidelse, typisk traumerelateret angst, depression eller PTSD som vurderes at have en sværhedsgrad, der berettiger behandling i psykiatrisk regi under specialfunktion.

Støttende-pakke (S-pakke)

Til patienter som typisk har behov for en mere bred støtte af såvel sygeplejerske, læge og evt. socialrådgiver men hvor psykoterapi er mindre relevant. Målgruppe for S-pakken er patienten, der

- er motiveret for forandringer i sin tilstand og har brug for hjælp til at (gen)finde egne ressourcer
- har brug for at få hjælp til at stabilisere sin hverdag, herunder med øvelser til selvberoligelse
- har brug for støtte til at øge sit funktionsniveau
- er påbegyndt psykofarmakologisk behandling og har brug for opfølgning af denne i form af vurdering af virkning og bivirkninger
- Har større belastninger, typisk af social karakter, der vurderes at kunne reducere udbytte af psykiatrisk behandlingsindsats
- Har somatiske problemstillinger der fylder i sygdomsbillet og vurderes at kunne reducere udbytte af psykiatrisk behandlingsindsats
- Har kognitive vanskeligheder der vurderes at kunne reducere udbytte af psykiatrisk behandlingsindsats
- Lider af psykose eller har et mindre misbrug
- ikke umiddelbart vurderes stabile til at kunne indgå i psykoterapi
- som opfylder kriterierne for psykisk lidelse, typisk traumerelateret angst, depression eller PTSD som vurderes at have en sværhedsgrad, der berettiger behandling i psykiatrisk regi under specialfunktion

Øvrige tilbud

- Kostpakke- for de patienter som har brug for støtte til vægttab eller øgning. Sygeplejerskerne vurderer selv behov ved Kram samtalerne.
- Socialrådgiver samtaler ud over planlagte indledende samtale.

Indledende vurdering (AOP)

Det er en lægelig opgave at visitere patienterne til behandling i CTP, hvilket sker ved 1-3 visitationssamtaler á ca. 45-50 min times varighed. Lægen skal forinden have læst henvisningen til CTP samt have orienteret sig i patientens SP-journal.

Formålet med 1. indledende vurdering (1.vis) er primært at vurdere, om patienten:

- Fremmøder
- er målgruppe (se øvrig tekst)
- er motiveret for fremmøde og behandling
- har praktisk mulighed for at komme til behandlingen
- allerede har været eller aktuelt er i anden relevant behandling
- Opfylder kriterierne for deltagelse i evt.forskningsprojekter.
- Har en sværhedsgrad af symptomer, der berettiger behandling i psykiatrisk regi.

Se særskilt vejledning for arbejdsgange i SP.

Målgruppe

- voksne flygtninge eller familiesammenførte til flygtninge, med en traumatisk baggrund f.eks. fængsling med tortur, organiseret vold, længerevarende politisk forfølgelse eller krigs- og borgerkrigsoplevelser.
- Voksne borgere af anden etnisk oprindelse end dansk med en psykisk lidelse der ikke nødvendigvis er traumerelateret, men hvor det vurderes, at patientens kulturelle baggrund har stor betydning for hvordan lidelsen udvikler sig, og for hvordan lidelsen forstås, udredes og behandles. Sammenlignet med en typisk flygtnings traumerelaterede psykiske lidelser, såsom posttraumatisk belastningsreaktion og/eller depression, er diagnoserne i denne gruppe af patienter ofte blandede, og gruppen er i høj grad heterogen.

Motivation hos vores patienter i CTP

Vi har erfaring for, at patienterne udebliver eller aflyser deres behandling hvis de ikke er reelt motiveret for fremmøde. Af denne grund har vi valgt, at afdække motivationen for behandling særdeles grundigt ved det indledende samtaler.

- Kommer pt til deres første tid, har der været udeblivelser eller ændret tid?
- Plejer de at komme til deres aftaler (se SP)?
- Jo flere psykiatriske forløb pt har været igennem tidligere, jo dårligere er deres motivation ofte, særligt ved manglende effekt af tidligere forløb.
- Kan patienten udvise fleksibilitet i forhold til fremmøde? Kan pt selv komme til CTP? Hvis pt kun kan komme til CTP med pårørende viser der sig ofte, at være flere problemer med motivationen hen ad vejen. Hvis patienten ikke prioriterer fremmøde, men kun ønsker fremmøde i få tidsrum, vil det som regel være en indikator for lav motivation. Lang transporttid kan nogle gange, men ikke altid, bidrage til en dårlig motivation.

- Kender pt til CTP - Jo mere de kender til CTP i forvejen, jo bedre motivation kan man forvente.
- Er patienten kendt med misbrug eller har pågående misbrug? Dette kan medføre større udfordringer med fremmøde, hukommelse og dermed udbytte.
- Fylder sociale forhold? Ofte vil patienter være mindre motiveret for at indgå i behandling, hvis der er pågående stressorer, der vægter højere i prioritering af behandling.
- Hvem har henvist til CTP og har pt selv været en del af den proces? Har de det er de sandsynligvis også mere motiveret.
- Hvorfor pt blevet henvist til CTP? Bed dem evt. nævne de tre vigtigste årsager til, at de blev henvist. Jo mere fokus de har på psykiske faktorer som årsag til henvisningen, jo bedre motivation kan man forvente.
- Hvad ønsker de hjælp til? Kan de redegøre for ønske om hjælp til psykiatriske problemstillinger, er forventningerne bedre afstemt og dermed vurderes det at øge motivationen for fremmøde.
- Er pt klar til, at komme til samtaler hver uge og nogle gange to gange om ugen i 6-12 måneder?
- Spørg grundigt til arbejdsmæssige forhold og deres ønsker vedr. dette for fremtiden? Hvis pt. har et arbejde kan de godt være motiverede, men har ikke tiden eller overskuddet til ugentligt fremmøde. Hvis pt alene kommer med ønske om pension og lægefaglig afklaring, det som regel en indikator for manglende motivation for behandling.
- Specielt hvis pt gerne vil have pension skal vi være ekstra opmærksomme på, hvad deres agenda reelt er. Ikke sjældent får vi henvist pt som har forstået et forløb hos os som afklarende omkring manglende evne til at arbejde.
- Klinisk vurdering: Fremtræder pt. venlig, åben og imødekommende, uden paranoidt beredskab?

Ved indledende vurdering orienteres patienten om at, det er afgørende vigtigt for udfaldet, at man kommer til alle aftaler. Er der for mange afbud eller udeblivelser ser vi næsten altid et dårligt resultat.

Hvis pt ikke har råd til bus/tog billetter må vi påpege, at vi godt forstår det vanskelige i deres situation men at det i sidste ende er et spørgsmål om at prioritere. Man kan evt. godt nævne at et behandlingsforløb koster ca. 50.000 skattekrone så vi har en forventning om, at pt selv er klar til at bruge 100-200 kr. om måneden i transport. Hvis de ikke er det, hænger det ofte også sammen med en sparsom reel motivation. Der er udarbejdet ark om afbudspolitik gældende for forløb i CTP. Disse udleveres til patienten ved 1. lægesamtale.

Indledning ved 1. indledende vurdering

I det følgende henvises til procedure i SP, se særskilt vejledning for arbejdsgange i SP.

- Man præsenterer sig for patienten.
- Man sikrer sig at tolk og patient forstår hinanden.
- Man orienterer om tavshedspligt for såvel behandlere som tolke ved CTP.
- Man orienterer om, at vi tilstræber at anvende den samme tolk under hele forløbet dog vil vi i tolkens fravær (ferie, sygdom eller andet) finde en anden af vores tolke. Man orienterer om dispensation for tolkegebyr.
- Husk; vi anvender kun vores egne tolke, IKKE tolke som patienten f.eks. kender fra tidligere og ønsker at benytte sig af igen. Familiemedlemmer eller bekendte må ikke bruges som tolk.

- Man spørger om patienten kender noget til CTP og orienterer ganske kort om vores funktion. Udover behandling ved læge og psykolog anfører man, at CTP er en forskningsbaseret klinik, at vi arbejder målrettet for hele tiden at undersøge om den behandling vi tilbyder virker tilfredsstillende. Kort om indhold og varighed af behandling.
- Man ridser kort op, at patienten er blevet henvist af læge XX som skriver YY og danner sig det første indtryk af, om patienten selv er helt indforstået med henvisning og evt. behandling.
- Man beskriver formålet med samtalen, at man vil stille en række spørgsmål mht. at vurdere, om vi har et relevant behandlingstilbud til patienten ved CTP. Man anfører at der både vil blive stillet mundtlige og skriftlige spørgsmål og at det er afgørende vigtigt, at vi får et så detaljeret indtryk af patientens problemer som muligt, hvis vi skal kunne vurdere om vi kan hjælpe patienten.
- Man spørger hvilke forventninger og mål patienten har og hvad der bringer dem til behandling.

Afklaring ved 1. indledende vurdering

- Er patienten kandidat til evt. aktuelle forskningsaktiviteter.
- Man spørger grundigt ind til patientens egen motivation og forventninger, transport muligheder og tidsmæssige muligheder for at starte behandling. (se ovenfor)
- Man danner sig et grundigt indtryk af hvordan henvisningen oprindeligt kom i stand og hvilken rolle patienten selv havde heri.
- Man spørger til tidligere og nuværende psykiatrisk behandling særligt om patienten har været i behandling ved andre centre for traumatiserede flygtninge.
- Man danner sig et indtryk af diagnoser særligt om der er tale om psykose eller misbrug.
- Der foretages suicidalrisikovurdering.
- Der afdækkes V risk og forhåndstilkendegivelse af feks. Inddragelse af pårørende.
- Kulturelle faktorer af betydning for sygdomsbillede eller behandlingen afdækkes.
- Man indhenter skriftligt samtykke samt Eboks brev.
- Aktuell medicin gennemgås med patienten i SP præparat for præparat.
- Er man i tvivl om præparat og dosis undlades det at gøre noget og patienten bedes tage sin medicin med ved næste samtale. Bemærk om der er behov for medicingennemgang (se særskilt VIP instruks om dette)
- Man spørger til medikamentelle og øvrige allergier – dette noteres i SP. Hvis pt. er i antipsykotisk behandling, da husk UKU (se særskilt vejledning)
- Vurdering af om patienten opfylder kriterierne for at indgå i højt specialiseret funktion (se bilag om HF/HSF)
- Opfylder patienten kriterierier for tildeling af PAL (se bilag om PAL)
- Man planlægger 2. indledende vurdering, hvis dette er relevant (ellers se nedenfor om afslutning).
- Man overvejer om patienten kan være målgruppe for et forskningsprojekt ved CTP, der udleveres eventuelt deltagerinformation og der kan eventuelt bookes tid ved projektansvarlig til yderligere information.
- Såfremt patienten læser et af vores standardsprog, udleveres selv-ratings (se bilag 5 for ratingpakke) til udfyldelse hjemme eller på CTP inden de tager hjem. Informer patienten om, at ved

tvivl omkring et spørgsmål, skal de bare gå videre til næste spørgsmål og så gennemgås besvarelser ved næste samtale.

- Der indhentes derudover så mange informationer som muligt som beskrevet under 2. (og evt. 3.) indledende vurdering.

For PTF7 kandidater

- Såfremt patienten med stor sandsynlighed kan indgå i PTF7 (fx før diagnostiske interviews, men man har stor formodning om PTSD-diagnose), adspørger man patienten, om de er interesseret i at blive informeret om forsøget. Hvis patienten gerne vil dette, tydeliggøres det for patienten, at man nu går i gang med en informationssamtale. Her informerer man mundtligt om PTF7 og udleverer deltagerinformation og samtykke. Patienten har ret til at have bisider til stede ved informationen og har også ret til betænkningstid på minimum 24 timer. Patienten må dog godt underskrive allerede efter informationssamtalen.

(se side 56 for samlet beskrivelse af visitationsfasen for PTF7 patienter)

Efter 1. indledende vurdering:

- Indsamlede informationer nedfældes som en AOP i SP.
- Selvmordsrisikovurdering, V risk og forhåndstilkendegivelse skal udfyldes i SP ved 1.samtale.
- Der registreres ydelse i SP.
- Der registreres diagnose i SP. Ved traumatiserede flygtninge er PTSD diagnosen som oftest A-diagnose. Er der tale om F2 diagnoser er de A diagnoser. Ved tvivl om diagnose kan den siden ændres. Journalen lægges herefter i din egen mappe i arkivet med igangværende indledende vurderinger, eller til oprettelse i relevante bakke i sekretariatet.
- Det vurderes om patienten skal tildeles Patient ansvarlig læge (PAL) se procedure for PAL. Der konfereres ALTID med overlæge inden beslutningstagen.
- Vurderes om patienten skal overgå til højt specialiseret funktion (obs gælder kun traumatiserede flygtninge/familiesammenførte til flygtninge) og procedure herfor følges såfremt dette vurderes relevant.
- Ved tvivl om patient skal i behandling konfereres med overlæge.
- Udfylde basisinformation og andre anamnesticke oplysninger, som indgår i CRF'en i REDCap for relevante patienter.
- Skriftligt samtykke samt Eboks brev lægges til sekretærer.

Ved 2. (og evt. 3.) indledende vurdering.

- Ved behov for mere end 3 indledende vurderinger, skal der konfereres med overlæge.
- Man beder patienten om kort at beskrive sin baggrund. Man kan evt. blive nødt til at spørge mere konkret og tage udgangspunkt i de oplysninger, man allerede har fra henvisningen.
- Man spørger til traumeanamnese, men beder ikke patienten om at beskrive den tortur de evt. har været udsat for. Man noterer kun de torturformer, som patienten selv spontant fortæller om. Man forsøger at få overblik over årstal og tidsperioder for traumerne.
- Man forsøger at få indtryk af præmorbid funktionsniveau. Man spørger til tidligere psykiatrisk behandling.
- Man forsøger at få et indtryk af aktuelle funktionsniveau
- Man spørger kort til deres aktuelle sociale situation, som f.eks. familieliv, beskæftigelse og netværk bl.a. for at afklare, om der er forhold som forhindrer et behandlingsforløb ved CTP. Ellers afdækkes den sociale situation mere detaljeret ved socialrådgiversamtale.
- Misbrugsanamnese kortlægges.
- Somatiske problemstillinger kortlægges.
- Aktuelle psykiatriske symptomer afdækkes og der screenes for psykotiske og maniske symptomer.
- Man gennemgår udleveret ratings, spørger evt. ind til symptomerne ud fra disse.
- Patientens spørges til hvilke overordnede problemer de vil arbejde med under behandlingen.
- Man spørger om patienten kan fremmøde 1-2 gange ugentligt i en længere periode og hvilke forhold, der kan forhindre det.
- For patienter der ikke er i målgruppen for flytninge eller familiesammenførte, vil der være vurderende samtale hos psykolog forud får drøftelse på behandlingskonferencen og endelig beslutning om forløb. Se bilag.
- Der skal laves behandlingskonference notat med beslutning om behandlingstilbud efter konferencen.
- Man spørger ind til patientens oplevelse af kulturelle faktoreres påvirkning af sygdomsbilledet. Forslag til spørgsmål kan være;
 - *hvilke overordnede problemer, som fylder mest, og som han/hun helst vil have gjort noget ved, hvorfor tror du, at det her sker for dig? Hvad tror du, er årsagerne til dit (Problem)*
 - *hvilken betydning har din baggrund for dig og hvad lægger du særlig vægt på ved den kultur, du er opvokset med?*
 - *hvordan kan din baggrund spille en rolle i forhold til dit (Problem)?*
 - *hvilke former for hjælp, tror du, vil være bedst for dig lige nu i forhold til dit (Problem)?*
- Er du i tvivl om kulturelle faktorer hos målgruppen der er udenfor flytninge/familiesammenførte kan du med fordel anvende transkulturelle interview med henblik på yderligere vurdering af dette.
- Endelig stillingtagen til overvejelser om højtspecialiseret funktion og PAL.
- Såfremt der er mistanke om anden psykopatologi og for nærmere beskrivelse af udredning, henvises til bilag: Procedure for diagnostik og udredning på CTP.

For PTF7 kandidater

1. Hvis relevant screenes yderligere for PTF7 deltagerkriterier.
2. Tale om PTF7 deltagelse med patienten. Evt. underskrive samtykke hvis pt ønsker deltagelse (se hvorledes informationssamtalen skal foregå s. 59).

Ratings

- Er der ikke lavet selv-ratings sidste gang: Hvis patienten læser et af vores standardsprog, udleveres selv-ratings til udfyldelse hjemme eller på et ledigt kontor.
- Hvis ratings er udfyldt sidste gang, tjekker læge igennem, at alle items er udfyldt.
- Hvis patienten ikke læser vores standardsprog udfyldes ratings under samtalen med tolken.
- **ITQ og HSCL-25:** Selvrating for tilstedeværelse og grad af depression, angst og PTSD.
- **WHO-5:** Selvrating for funktionsniveau og livskvalitet.
- Man stiller screening spørgsmål og om nødvendigt gennemfører et struktureret diagnostisk interview med psykosedelen af **SCAN** for at vurdere evt. tilstedeværelse af psykose (**altid for PTF7**).
- For **PTF7** skal **PTSD interview** (ITI første del) laves og udfyldes.
- For **PTF7: RPI:** Selvrating for behandlingsparathed. **PMLD:** selvrating til postmigratoriske faktorer. **Lec-5:** Selvrating til traumehistorik

Se bilag for den samlede ratingpakke

Efter indledende samtaler:

- Lægen vurderer nu om patienten tilhører CTPs målgruppe og om patienten er motiveret for og egnet til behandling.
- Der tages stilling og noteres i indledende vurdering om hvilken pakke patienten er kandidat til. Hvis det vurderes at patienten skal videre til vurdering hos psykolog, skal lægen notere i den indledende vurdering hvilken pakke lægen anbefaler og baggrunden herfor.
- Er lægen i tvivl konsulteres en af overlægerne og er der fortsat tvivl tages patienten med til næste behandlingskonference.
- **Se videre under behandlingsforløb for hvad der skal udfærdiges efter visitation.**

Ved afslutning eller viderehenvisning efter indledende vurdering:

Der er flere muligheder ved afslutning fra CTP efter indledende vurdering

- Hvis patienten afsluttes uden fremmøde, henvises til særskilt epikrise, se SP manual.
- Ved afslutning af patienter efter visitation kan vi i epikrisen komme med en række anbefalinger til egen læge.

Disse muligheder har man selvfølgelig forinden talt med patienten om. Mange af de samme anbefalinger kan vi også komme med efter afsluttet behandling:

- Før patienten går kan man:
 - udlevere relevant psykoedukationsmateriale på patientens modersmål
 - foreslå patienten at undersøge netværksskabende muligheder i lokalområdet
- Forslag til egen læge:
 - Medicin anbefalinger - hyppigst sertralin og/eller mianserin
 - regelmæssige støttende samtaler f.eks. hver 4 uge evt. med råd om temaer som søvnhygiejne, kost og motionsvaner.
- Privat praksis
 - Psykiater. Ved en mere kompleks medicinering end egen læge kan forventes at håndtere hvor patienten ikke vurderes med behov for tværfaglig indsats
 - psykolog – ved en mere afgrænset problematik, hvor det ikke vurderes at patienten skal tilbydes forløb i specialfunktion i psykiatrisk regi f.eks. sorg- eller krisereaktion

- fysioterapeut ved smerteproblematik
- RHP
 - OPUS eller FACT (primært ved psykose)
 - ambulant pakketilbud (primært ved angst og affektive lidelser)
 - meget sjældent indlæggelse (svær forpinthed og suicidalfare)
- Private behandlingsmuligheder
 - Dignity (Østerbro) eller Oasis (Centrum)
 - kan foreslå til traumatiserede flygtninge som finder transporten til Ballerup vanskelig men som bor nær ved de to private traumeklinikker
 - ved behov for familieintervention har de to private organisationer et tilbud
- Kommunen
 - anbefale støtte-kontakt person, mentor ordning eller lign.
 - involvering fra kommunens familieafdeling
- Private sociale tiltag
 - Muhabet
 - Fakti (kvinder)
 - Dansk Røde Kors støtte person ordning
- Misbrugssystemet
 - Kommunale og regionale behandlingsklinikker for alkohol og stofmisbrug
 - Lænken

Viderehenvvisning til CVD

Lægen har mulighed for at viderehenvise direkte til andet relevant behandlingstilbud.

- Se procedure i SP manual.
- Eventuelt kan AOP bruges som henvisning.
- HUSK at sætte A og evt. B-diagnose på.
- Dette er proceduren uanset om det er psykiatrien eller somatikken patienten skal viderehenvises til. Husk dog at ved henvisning til somatikken skal henvisningsdiagnosen være en somatisk diagnose

Epikriser efter indledende vurdering

Når en pt. afsluttes efter en eller flere visitationssamtaler og således ikke har været i et egentligt behandlingsforløb, kan vi bruge en kopi af AOP i epikrisen som følger:

Epikrise

Dato:

Vedr.: navn + cpr

Ovennævnte pt. har været til visitationssamtale på Kompetencecenteret og der henvises til nedenstående vurdering:

AOP copy-pastes ind.

Journalføring

Indledende vurdering

Efter første visitationssamtale udfærdiger lægen en AOP i SP. AOP'en revideres løbende under visitationsfasen. Der laves endvidere et kort notat tilhørende behandlingskontakt for 2. (og evt.) 3. vis. Hvis der efter visitationsforløbet tilkommer nye, relevante oplysninger noteres de blot i den løbende revidering. Der henvises i øvrigt til SP manual.

Løbende koordinering med egen læge

Egen læge får besked om opstart af behandling for alle patienter ved CTP. Brev til egen læge sendes ved afslutning af indledende fase og beskriver kort forløb og forventninger til samarbejdet. Herudover sendes kopi af konferencenotater ved overleveringsmøder og midtvejsevalueringer. Herudover kan der løbende sendes information via SP om evt. behov for stillingtagen til somatiske problemstillinger.

Behandlingsplan

Alle patienter ved CTP får udarbejdet en behandlingsplan. Denne *kan* printes og gennemgås med patienten eller der kan henvises til **minsundhedsplatform.dk**. Behandlingsplanen indeholder alle de informationer som Region Hovedstaden kræver at patienterne skal informeres om.

Løbende journalføring

Lægesamtaler

Ved den løbende journalføring under lægesamtaler udfylder lægen et struktureret journalnotat i SP med psykiske, somatiske, sociale, medicinske og psykoedukative temaer for samtalen samt emner til næste samtale.

Samtalerne skal nummereres. Der kan med fordel noteres afholdte samtaler/ tilbudte øverst i notatet. Der henvises til SP manual.

Medicinsamtaler og akutte samtaler

Ved ikke planlagte samtaler, noteres på samme facon. Der henvises til smartphrases og SP manual

Konferencenotater

Ved drøftelser om patienten til konferencen, herunder V samtaler, noteres efterfølgende i SP. Se SP manual

Udeblivelser/afbud

Ved udeblivelser er det behandlerens ansvar at:

- Udeblivelse registreres i SP.
- Man kan med fordel notere kort i journalen, såfremt patienten er forsøgt kontaktet telefonisk.

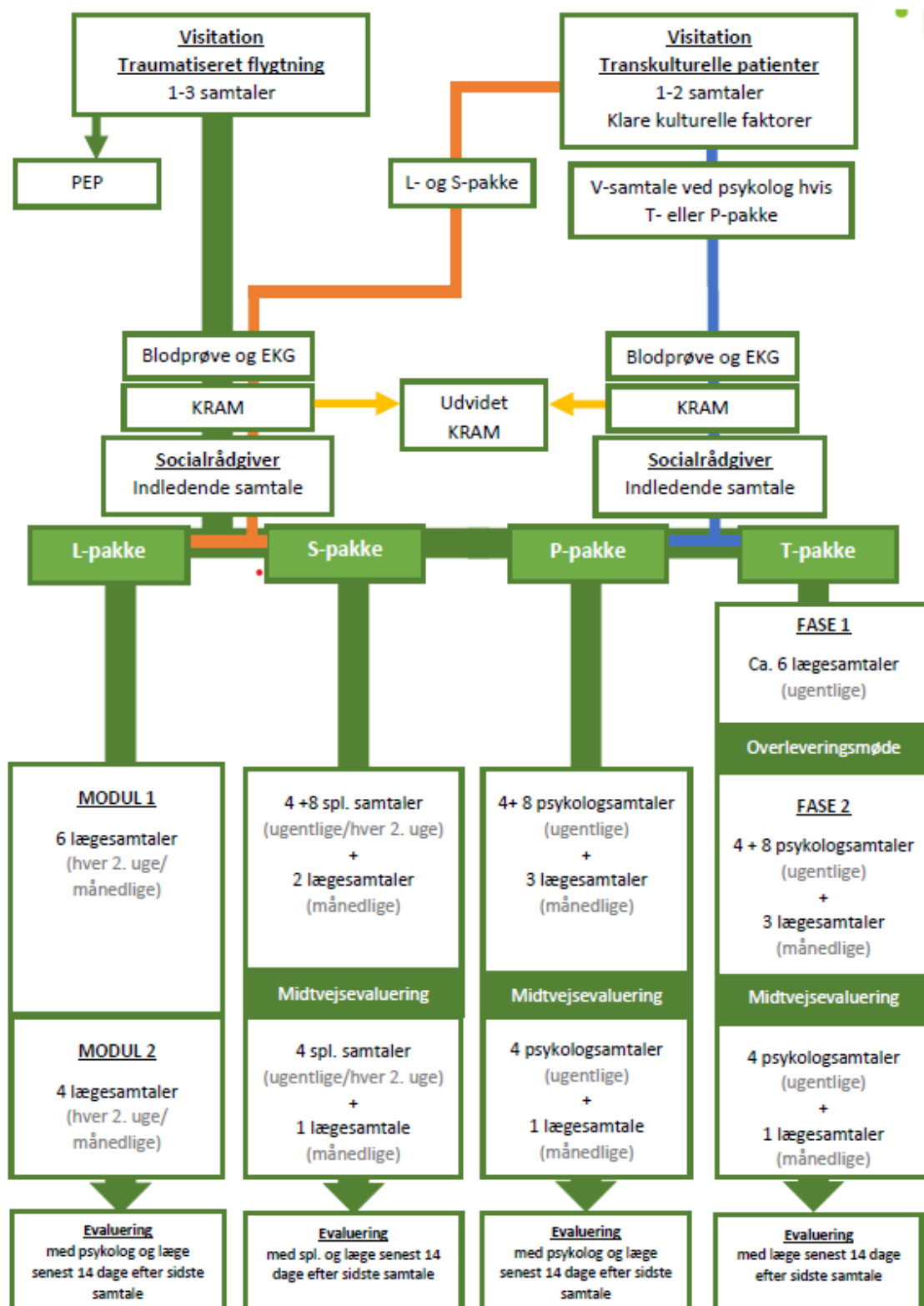
- Vurdere om der skal tilbydes yderligere samtaler og sikre disse er planlagt
- Ved aflysninger over telefonen til sekretariatet, er det sekretærernes opgave at registrere afbud og sikre ny samtale er booket.

REDCap

RedCap skal udfyldes efter hver samtale med PTF7 patienter. Se særskilt vejledning.

Behandlingsforløb

Der henvises til generel beskrivelse af behandlingsforløb og målgruppe samt figur.



Traumepakke

Ved et standard patientforløb har lægen ideelt 10-13 samtaler med patienten.

Varigheden af patientforløbene er 8-12 mdr og indeholder:

- 1-3 visitationssamtaler med en uges mellemrum
- 6 samtaler i Fase 1 med en uges interval
- Overleveringsmøde med anden behandler
- 4 samtaler i Fase 2 med en måneds interval (efter 4 samtaler hos psykolog)
- en afsluttende evalueringssamtale sammen med psykolog og socialrådgiver, hvis relevant.

Se endvidere huskeliste og oversigt over forløb

Ved opstart:

- Man orienterer om, at der er samtale med socialrådgiver og KRAM ved sygeplejerske samt forventet fremmøde til blodprøver+EKG.
- Tider til læge samt øvrigt bookes ved sekretæren, der medgiver mødekort ved behov og får orienteret tidspunkt for fremmøde til blodprøver og EKG.
- Patienten noteres på psykolog kapacitets listen med forventet opstartsuge (efter 6 samtaler hos læge)
- I særlige tilfælde kan det vurderes, at patienten med fordel kan opstartes hos psykolog før fase 1 er gennemført. Såfremt dette vurderes, noteres dette på kapacitetslisten.
- Tidlig opstart af psykoterapi gælder ikke for patienter, der indgår i forskningsprojekter.

Efter samtalen

- Der udfærdiges en AOP i SP
- Der udfærdiges brev til egen læge i SP.
- Der udfærdiges en behandlingsplan i SP.
- Socialrådgiver orienteres såfremt særlige sociale problemstillinger allerede har afsløret sig.
- Journalen inklusiv ovenstående dokumenter ligges til oprettelse i sekretariatet med orientering om pakketype.
- Der bestilles blodprøver og EKG i SP. Blodprøver og EKG tjekkes dagligt af en YL. Se bilag for vejledning og udleveret ark for rul.

Der foretages rating ved start og slut af behandling.

Fase 1

1. lægesamtale

Før den første lægesamtale i Fase 1 orienterer man sig i journalen vedr. sociale forhold og er der særlige problemstillinger drøftes disse med socialrådgiveren i CTP.

Man tjekker EKG, blodprøvesvar og KRAM, der skrives samlet konklusion i SP og patienten orienteres om evt. behov for, at kontakte egen læge.

Ved samtalen fokuseres på følgende emner:

- Folder om behandling udleveres til patienten.

- Plan for behandlingen og forventet fremmøde gennemgås med patienten.
- Familiesamtale præsenteres for patienten, samt mulighed for opslag i sundhed.dk
- Patienten orienteres om mulighed for videosamtaler.
- Man uddyber evt. patientens egne mål med behandlingen. Såfremt disse er urealistiske (f.eks. total helbredelse ved en mangeårig, kronisk lidelse) må man skånsomt realitetskorrigere patienten.
- Evt. psykoedukation om samtale- og medicinsk behandling.
- Medicin drøftes – ud fra medicinalgoritmen (se senere) lægges der en plan for opstart af medicin, evt. seponering/udtrapning af præparater og opstart
- Begrebet psykoedukation introduceres og de forskellige temaer præsenteres (se senere).
- Diverse psykiske, somatiske eller sociale problemstillinger kan blive bragt på bane af patienten. Lægen har primært en lyttende og støttende tilgang og må ud fra en konkret vurdering tage stilling til, hvor meget man skal gå ind i de fremførte problematikker.
- Såfremt pt ikke indgår i forsøg, kan man overveje om der er behov for alle 6 lægesamtaler før overgang til fase 2.
- Man lægger booking til de næste 6 samtaler, såfremt disse ikke er booket og noterer patienten på psykologkapacitetslisten til opstart ugen efter sidste samtale hos lægen, hvis dette ej er udført.

2.-5. lægesamtale

Emner man ikke nåede under visitation og ved den første lægesamtale kan tages op her.

Ved disse samtaler fokuseres endvidere på følgende emner:

- Hvordan har du haft det den forløbne uge?
- Være lyttende og støttende i forhold til de problemer patienten fremfører, men hele tiden forsøge at holde fokus på positive oplevelser, styrker og ressourcer hos patienten.
- Tilgangen er hele tiden, hvad patienten selv kan gøre for at løse sine problemer.
- Et nyttigt redskab kan i nogle tilfælde være at lave en dagsorden med patienten.
- Man kan bede patienten skrive ned mellem samtalerne hvilke emner de ønsker at tage op.
- Drøfte somatiske problemstillinger og vurdere om egen læge er tilstrækkelig involveret.
- Drøfte sociale problemstillinger og vurdere om sagsbehandler er involveret.
- En afspændings- eller vejtrækningsøvelse kan ofte med fordel introduceres til patienten.
- Medicinsk behandling – bivirkninger – justering – udlevering – medicinlister – etc. Ved ændringer i medicin, opdateres SP. Tilføjelse pr 01.05.25: Medicinudlevering udfases og afskaffes helt pr. 01.10.25. Se separat instruks for udfasning. I den mellemliggende periode kan der udleveres medicin til opstart af medicinsk behandling.
- Psykoedukation (se nærmere nedenfor)

Ved 4-6. lægesamtale psykoedukeres i overgang til psykolog.

Du kan eksempelvis forklare patienten forskellen mellem læge og psykolog samtaler ved at fremhæve den kognitive diamant med sammenhængen /samspelet mellem følelser, tanker, handlinger og kropslige reaktioner som grundprincip i den psykologiske behandling mens lægesamtaler i højere grad er mere direkte problem- og løsningsorienteret på såvel det sociale, somatiske som psykiske område. Du kan understrege, at fremmøde her er særligt vigtig, fordi man skal arbejde mere intensivt med de tanker og

følelser man får imellem behandlingerne og at hjemmearbejde er meget vigtigt, da det netop er ændring i det du plejer at gøre, der kan medføre at du får det bedre.

6. lægesamtale

Ved denne sidste samtale i Fase 1 berører man kun ganske kort visse af ovennævnte emner. Der bookes næste samtale, koordineret med tider hos psykolog så patienten har gennemført op til 4 samtaler hos denne.

Fase 2

7.-9. lægesamtale

Bygger på samme principper som 2.-5. lægesamtale.

Midtvejs i fase to drøftes patienten med psykologen ved en midtvejsevaluering. Det er psykologens ansvar at koordinere indbyrdes.

Forslag til dagsorden for midtvejsevaluering:

- Status og evt. problemstillinger drøftes
- Det vurderes om der er behov for social intervention
- Fælles retning for behandling fastlægges
- Det drøftes om patienten skal tilbydes forlængelse en måned med yderligere 4 samtaler hos psykolog.
- Dato for evalueringssamtalen fastlægges idet psykologen lægger booking til sekretærerne med sidste antal psykolog samtaler og evaluering, og det drøftes om socialrådgiver med fordel bør deltage
- Efter midtvejsevaluering laves der notat i SP, se smartphrase skabelon. Denne sendes til egen læge.

Sidste lægesamtale

Slutratings gennemføres og GAF udfyldes af lægen efterfølgende

Herudover vil det være relevant med en opsummering af forløbet, evt. med udgangspunkt i svarene fra rating.

Evalueringssamtale

For forskningsaktive patienter gælder særlige forhold, herunder udleveres tilfredshedsskema og der orienteres om opfølgende samtale og rating

Max to uger efter 10. lægesamtale/sidste psykolog samtale afholdes den afsluttende evalueringssamtale hvor patienten med læge og psykolog samt evt. socialrådgiver, tolk og pårørende deltager. Man drøfter sammen behandlingsforløbet, patient og behandlere evaluerer og det sammenholdes med ratings. Man taler fremtid, herunder fortsat medicinering, recepter og kontakt til egen læge og evt. andre behandlere. Man berører sociale forhold og aftaler.

Der udleveres HUSK ark "Afsluttende samtale".

Afslutningen af et behandlingsforløb er en vigtig begivenhed i patientens samlede behandlingsforløb. Afslutningen er samtidig begyndelsen på noget nyt og netop denne sammenhæng er genstand for evalueringssamtalen. I den gode evalueringssamtale indgår også perspektiver for fremtiden, man formår at fastholde og synliggøre de to dimensioner uden at blive stram og formel.

Den evaluerende dimension handler især om:

- Hvordan har patienten oplevet behandlingsforløbet? (skriv gerne patientens egne ord som citater under evaluering)
- Hvilke mål havde patienten og hvordan er det gået med at nå dem?
- Hvad er patientens egen vurdering af sin indsats og sine præstationer? Hvordan harmonerer dette med de involverede behandleres vurderinger?
- Hvilket funktionsniveau har patienten nået?
- Hvordan vurderer patienten behandlingsprocessen? Fremmende elementer og hæmmende elementer?

Den perspektiverende dimension handler især om:

- Hvilke mål og værdier skal formuleres for fremtiden – i lyset af erfaringerne fra det nu afsluttede behandlingsforløb?
- Hvordan vil patienten arbejde hen mod disse mål og værdier?
- Hvilken type af behandlingsmetoder skal der fortsat tænkes i?
- Hvad foretages for at forebygge tilbagefald? Her kan lægen resumere fremtidige planer for medicinering og psykologen resumerer øvelser og opmærksomhedspunkter fra terapien.

Hvordan oplevede patienten den kulturelle forståelse:

Var dine behandlere var opmærksomme på dine egne tanker omkring dine psykiske problemer?

Synes du at dine behandlere var opmærksomme på hvad der var vigtigt for dig i din behandling?

Var dine behandlere var opmærksomme på dine personlige værdier under din behandling?

Føler du at dine behandlere har respekteret eventuelle kulturelle forskelle mellem Jer?

Efter evalueringssamtalen sendes en epikrise til egenlæge i SP.

Obs at denne skal sendes inden for 24 t.

Diagnose i epikrise er den diagnose patienten er behandlet for.

Journalen og arkivmappen med navn, skal lægges til afslutning i sekretariatet.

Andre behandlingspakker

S-pakke

Til patienter som typisk har behov for en mere bred støtte af såvel sygeplejerske, læge og socialrådgiver men hvor psykoterapi er mindre relevant.

Behandlingsplan

Lægen udarbejder behandlingsplan i SP og sender brev til egen læge.
Patienten skrives på kapacitets listen.

Antal ydelser

- 16 sygeplejerske samtaler
- 1-3 lægesamtaler
- 0-3 socialrådgiver samtaler efter behov

Periode

Forløb med fremmøde hver uge/14 dage kombineret med lægesamtaler efter behov (lægges så vidt muligt i forlængelse af hver 4.-6. sygeplejerske samtale).

Kontaktperson

Sygeplejerske

Midtvejsevaluering

- Efter 8-12 samtaler hos sygeplejerske afholdes midtvejsevaluering med behandlingsansvarlige læge og sygeplejerske tilstede, socialrådgiver ved behov. Patienten deltager ikke. Se T pakke for detaljer. Der kan som i T pakke tilbydes yderligere 4 samtaler, såfremt dette vurderes relevant. Sygeplejerske sikrer booking af resten af forløbet inklusiv evalueringssamtalen med lægen og evt. socialrådgiver.

Formidling

Ved afslutning skriver behandlingsansvarlig læge epikrise og socialrådgiver orienterende brev til kommunen.

P-pakke

Til patienter, som typisk har et afgrænset behov for og ønske om psykoterapi og hvor man ikke har udtalt behov for medicinsk behandling eller social og sygeplejefaglig intervention. Husk notat i SP om beslutningen truffet på behandlingskonferencen og husk, at skrive på kapacitets listen.

Behandlingsplan

Umiddelbart efter orienterende lægesamtale udarbejder behandlingsansvarlig læge en behandlingsplan i SP.

Antal samtaler

- 16 psykoterapi samtaler ved psykolog
- 3 læge samtaler
- 0-3 socialrådgiver samtaler efter behov

Periode

4 måneders forløb med ugentlige psykoterapi samtaler.

Kontaktperson

Psykolog

Midtvejsevaluering

Efter ca. 8-12 samtaler afholdes midtvejsevaluering med behandlingsansvarlige læge og psykolog socialrådgiver deltager ved behov. Patienten deltager ikke. Der kan efter aftale ved midtvejsevalueringen forlænges med yderligere 4 samtaler.

Formidling

Ved afslutning skriver behandlingsansvarlig læge epikrise og socialrådgiver et orienterende brev til kommunen.

L-pakke

Til patienter som er meget dårlige, ofte psykotiske, fremmøde er tvivlsomt, kun kan forholde sig til få personer, har behov for justering af medicin og basal støtte, evt. snarlig viderehenvielse til f.eks. FACT.

Modul 1**Behandlingsplan**

Umiddelbart efter beslutning om L-pakke udarbejder behandlingsansvarlig læge en behandlingsplan i SP.

Antal ydelser

- 6 læge samtaler
- 0-3 socialrådgiver samtaler efter behov

Periode

3 måneders forløb med 2 læge samtaler om måneden. Hvis patienten afsluttes efter modul 1 er den sidste samtale en afsluttende evalueringssamtale.

Kontaktperson

Læge

Modul 2

Midtvejsevaluering

- Mellem modul 1 og 2 afholdes midtvejsevaluering med behandlingsansvarlige læge og socialrådgiver ved behov. Patienten deltager ikke.

Antal ydelser

- 3 læge samtaler
- 0-3 socialrådgiver samtaler efter behov

Periode

Supplerende 3 måneders forløb med læge samtale 1 gang om måneden.

Formidling

Ved afslutning skriver behandlingsansvarlig læge epikrise og socialrådgiver et orienterende brev til kommunen.

Øvrige lægesamtaler fokus og indhold

Orienterende lægesamtale

Hos de patienter, der ikke er målgruppen flygtninge eller familiesammenførte og som vurderes at kunne profitere af T eller P pakke, afholdes V samtale (vurderende samtale) ved psykolog før stillingtagen til forløb

Samtalen hos psykologen finder sted indenfor 8 dage og tages op på konferencen først kommende onsdag.

Er lægen ikke tilstede, aftales fremlæggelse ved anden læge. Det samme vil gælde for psykologerne.

Lægen er ansvarlig for at notere konference notat med angivelse af aftalt pakke.

Til den orienterende samtale orienteres patienten om planen. Såfremt de er enige aftales forløb og der skrives behandlingsplan og sendes brev til egen læge. Efterfølgende lægges journalen til oprettelse hos sekretærene og patienten noteres på kapacitetslisten med formodet opstart. Der bookes lægesamtaler som procedueren foreskriver efter T eller P pakke forløb. Der skal derudover sikres booking af Kram og socialrådgiver samt bestilles blodprøver og EKG.

Akutte samtaler

Akutte lægesamtaler kan være samtaler med udlevering af medicin, som ikke er planlagt eller akutte samtaler foranlediget af patient eller anden behandler.

Tilføjelse pr 01.05.25: Medicinudlevering udfases og afskaffes helt pr. 01.10.25. Se separat instruks for udfasning. I den mellemliggende periode kan der udleveres medicin til opstart af medicinsk behandling.

Samtalen kan planlægges akut via sekretær/anden behandler og være en selvstændig samtale eller samtalen kan foregå på KKP kontor, hvor vi grundet akut forværring i somatisk eller psykiatrisk tilstand deltager grundet behov for lægefaglig vurdering.

Ved akutte samtaler forsøges, foruden overlevering fra anden behandler, kort at notere sig i journalen, såfremt du ikke er BAL.

Fokus i disse samtaler er på den akutte problemstilling og skal holdes hertil. Der kan med fordel sikres at der er booket opfølgning ved BAL. Som andre samtaler gælder det at der skal registreres ydelse samt notat.

Medicinsamtale

Ved medicin udlevering kan smartphrase med fordel anvendes som notat. Der påmindes om bilag for medicinudlevering i forhold til registrering. Patienten vil ofte blive inviteret til kort samtale på kontoret, hvor primære fokus er bivirkninger og virkning samt hvordan patienten tager medicinen. Man orienterer sig kort i seneste lægenotater inden man tilser patienten. Er der behov for mere uddybende samtale, sikrer du dig at der er/bliver booket en tid hos BAL.

Tilføjelse pr 01.05.25: Medicinudlevering udfases og afskaffes helt pr. 01.10.25. Se separat instruks for udfasning. I den mellemliggende periode kan der udleveres medicin til opstart af medicinsk behandling.

Orienterende samtale

For patienter, som ikke er flygtninge eller familiesammenførte og hvor vi vurderer, der er kulturelle faktorer der berettiger behandling i vores regi og at behandling med psykoterapi hos psykolog er berettiget, skal der afholdes V samtale (vurderende samtale) hos psykologen. Denne skal planlægges senest 8 dage efter AOP. Efter behandlingskonferencen noteres plan for patienten, der ved orienterende samtale kan takke ja eller nej til planen. Der særsomt smartphrase til en kort orienterende samtale.

Der kan være patienter, for hvem de allerede er i forløb og hvor samtalen erstattes af lægesamtale.

Tolkning i CTP

Resumé

Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri (CTP) er forpligtet til at rekvirere tolk til patienter, som ikke behersker dansk.

Det er den enkelte behandler, der vurderer behovet for tolkning.

Tolken rekrutteres primært ved hjælp af tolkekoordinatoren.

Tolken rekvireres/ bookes af sekretærerne.

Ved første samtale gøres opmærksom på fritagelse for betaling for tolkning.

Formål

At sikre en optimal kommunikation med patienter og deres pårørende, således at man kan tilbyde en høj faglig kvalitet i behandlingen.

Ofte vil der således være bestilt tolk til den første visitationssamtale af sekretariatet. Bemærk at en tolkesamtale tager længere tid som en samtale, der foregår på dansk. Dette skal derfor tages i betragtning, når man bruger tolk.

Såfremt der ikke er bestilt tolk og det findes nødvendigt, skal CTPs sekretærer kontaktes med hensyn til bestilling af tolk. I tilfælde af deres fravær henvises som første valg til CTPs tolkeliste (forefindes i sekretariatet).

Såfremt det ikke er muligt for sekretariatet at rekvirere en tolk fra tolkelisten, rekvireres en tolk fra Tolkdanmark

Familiemedlemmer, særligt børn og patientens venner bør ikke benyttes som tolke.

Afbestilling af tolkning skal finde sted senest 24 timer inden tolkningstidspunktet, ellers betales fuldtakst.

Retningslinjer for den praktiske anvendelse af tolk

- Vær opmærksom på at bestille en tolk, der taler det rigtige sprog
- Hvis patienten ønsker at bruge en bestemt tolk, meddeles patienten, at vi kun bruger tolke fra vores egen liste. Såfremt særlige forhold gør sig gældende, kan denne regel undtagelsesvis omgås efter aftale med de tolkeansvarlige personer.
- Orienter tolken om indhold og varighed af samtalen.
- Sekretariatet søger for, at tolkene ved 1. samtale på CTP får udleveret retningslinjerne for tolkning.
- Tolkens plads er et sted, hvor tolken kan se og høre alle parter. Hvis der er flere behandlere til stede, er det mest hensigtsmæssigt, at tolken sidder ved siden af patienten. Giv tolk og patient tid til at udveksle nogle ord med hinanden inden samtalen
- En tolketime er på 50 minutter
- Præciser tolkens og din egen tavshedspligt
- Præciser overfor begge, at alt skal tolkes i samtalen, og at samtalen er mellem personale og patient
- Start med "small talk"
- Tal i korte sætninger
- Se på patienten – ikke på tolken
- Tal i 1. person – direkte tale
- Giv ikke for mange informationer ad gangen – og gentag det væsentlige
- Vær særlig opmærksom på anvendelsen af slang og humor, som er svært at oversætte
- Aftal ny tid, hvis der skal aftales ny tid i sekretariatet, skal det gøres inden for de 50 minutter
- Lad tolk og patient udveksle et par afsluttende bemærkninger
- Brug ikke tolken som stik-i-rend-dreng
- Gennemgå tolkeforløbet med tolken efter samtalen.
- Hvis der har været kommunikationsproblemer, misforståelser eller tvivlsspørgsmål om patientens reaktioner, spørg tolken, hvorvidt der er nogen kulturelle aspekter, man skal tage hensyn til
- For- og eftersamtalen samt udfyldelse af bilag skal foregå indenfor den tid, tolken er bestilt til
- Ved yderligere spørgsmål med hensyn til, hvordan tolkesamtalen skal foregå, kan overlæger kontaktes.

Betaling

Efter hver samtale underskriver behandleren tolkebilaget. Tolkeskemaet skal udfyldes, uanset om der benyttes en tolk fra CTPs tolkeliste eller fra Tolksdanmark.

Det er vigtigt at holde tolkesamtalen inden for 50 minutter. Der kan ind imellem afsluttes før tid, så tolken og patienten kan gå samlet til skranken i sekretariatet og booke fremtidige tider. Som udgangspunkt lægges der dog booking og tolken kontaktes af sekretærene.

Overskridelse af 60 minutter vil udløse en times ekstrabetaling til tolken.

Ansvar og opgavefordeling

Tolkekoordinatoren (Ida Ghai) er ansvarlig for at rekruttere nye tolke og aftale honorering.

Tolkebrugeren er ansvarlig for, at tolkesamtalen afvikles hensigtsmæssigt.

De tolkeansvarlige personer er ansvarlige for at orientere og uddanne personalet vedrørende anvendelsen af tolke.

Tolkene har det fulde ansvar for tolkningens korrekthed.

Se i øvrigt praktiske retningslinjer og retningslinjer for tolkning i CTP.

PTF7

Ansvarlig: Anna Bolette Lund Nielsen, anna.bolette.lund.nielsen.03@regionh.dk

Baggrund

Op til en tredjedel af de patienter, der modtager PTSD behandling, får ikke udbytte af den, og næsten lige så mange dropper ud af behandling. Tidligere forskning peger på, at motivation er afgørende for behandlingsudbyttet. Det er et forsøg som bliver udført på CTP og på Psykoterapeutisk Ambulatorie (PA).

Målet med PTF7 er at undersøge, om en tilføjelse af et motivationsfremmende modul bestående af 4 sessioner før standardbehandlingen øger behandlingsudbyttet. Derudover undersøges ligeledes effekten af en session med fælles beslutningstagen efter det motivationsfremmende modul, hvor patient og læge sammen vælger en af de fire standardiserede behandlingspakker.

Metode

I et randomiseret kontrolleret studie vil vi sammenligne CTP standardbehandling (sv.t. en T-pakke) med både en arm hvor patienterne får et Indledende PTSD Modul (IPM) bestående af 4 samtaler, hvor der fokuseres på motivation og patient engagement som tillæg til standardbehandlingen, og en arm hvor patienterne får samme IPM, og herefter en session med fælles beslutningstagen, hvor læge og patienten sammen skal vælge hvilken af vores fire standardiserede behandlinger de skal have (sv.t. L-, P-, S- eller T-pakke), eller om de skal afsluttes..

Alle patienter, der opfylder kriterier for deltagelse inviteres med i projektet. I alt vil ca. 260 patienter inkluderes i PTF7, og vi forventer, at dette kan gøres på 1,5-2 år.

For at måle effekten af behandlingen udfylder patienterne selv-ratings og behandlerne laver observatør-ratings. Vi laver desuden follow-up 6 måneder efter afslutning af behandlingen.

På tværs af CTP's og PA's populationer gennemfører patienterne også et kognitivt testbatteri i starten af behandlingen (Katherine er ansvarlig for dette).

Sideløbende med det randomiserede studie vil der blive lavet et kvalitativt studie bl.a. med patientinterviews (Henriette er ansvarlig for dette).

PTF7 ordbog

Der er mange forkortelser og internt sprogbrug, så her er en lille guide.

PTF7: PTF = Psykiatrisk Traumeforskning (stammer fra dengang CTP hed Psykiatrisk Traumeklinik). Alle randomiserede studier på CTP er navngivet "PTF", og 7-tallet refererer til, at det er det 7. i rækken på CTP.

RCT: Randomiseret kontrolleret forsøg.

- CRF:** Case Report Form. Er de (elektroniske) dokumenter med forskningsdata, som vi indsamler undervejs i studiet, og som I skal udfylde efter hver patientsamtale.
- REDCap:** Er selve softwareprogrammet, hvor CRF'en udfyldes (CRF og REDCap bruges lidt i flæng, hvilket forståeligt kan være forvirrende).
- TAU:** Treatment as usual / standardbehandling som svarer til en T-pakke (dette er kontrolgruppen i PTF7).
- IPM:** Indledende PTSD Modul. De fire indledende samtaler som interventionen består af.
- SDM:** Shared Decision Making. Fælles beslutningstagen på dansk, hvor patient og behandler sammen tager en beslutning. I PTF7 er beslutningen vedr. behandlingspakke.
- Completer:** Dem der har "fuldført" behandlingen (I kontrolgruppen og interventionsgruppe 1 minimum 5 læge- og 10 psykologsamtaler, for interventionsgruppe 1 minimum 3 ud af 4 IPM-sessioner, og for interventionsgruppe 2 minimum 3 ud af 4 IPM-sessioner samt SDM-sessionen. Afhængig af hvilken pakke der vælges i SDM da er kriterierne i T-pakke minimum 5 læge- og 10 psykologsamtaler, i P- og S-pakke hhv. 10 psykologsamtaler og 10 sygeplejerskesamtaler, og i L-pakke 4 lægesamtaler).

Patienter til PTF7

Hvem kan inkluderes i PTF7?

ALLE patienter, som opfylder deltagerkriterierne, inviteres til at deltage i PTF7. Det vil sige, at ALLE patienter screenes ved 1. indledende samtale for, om de er kandidater til PTF7. Det er vigtigt, at deltagerne i PTF7 afspejler den heterogene patientgruppe, vi behandler på CTP.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
• Voksne (18 år eller ældre). • Flygtninge eller familiesammenførte med flygtninge. • PTSD i henhold til ICD-10 forskningskriterier. • Psykisk traume pådraget uden for Danmark i anamnesen¹. • Underskrevet informeret samtykke.	• Svær psykotisk lidelse (defineret som patienter med ICD-10 diagnose F2x og F30.1-F31.9). Patienterne ekskluderes kun hvis de psykotiske oplevelser vurderes at være et led i en selvstændig psykotisk lidelse og ikke et led i en svær PTSD og/eller depression. • Afhængighedssyndrom af stoffer eller alkohol med aktivt misbrug (F1x.24-F1x.26).

¹ Traumerne vil være fængsling eller tilbageholdelse med tortur (i henhold til FN's tortur-definition) eller grov, umenneskelig og nedværdigende behandling eller straf. Der kan også være tale om organiseret vold, længerevarende politisk forfølgelse og chikane eller krigs- og borgerkrigsoplevelser.

Inklusionskriterier

Betyder at patienten SKAL opfylde SAMTLIGE kriterier.

Flygtninge eller familiesammenførte til flygtninge: Her er det vigtigt at migranter eller familiesammenførte til migranter sorteres fra.

PTSD iht. ICD-10: PTSD-diagnose stilles som "vi plejer" iht. ICD-10 kriterier. PTSD-interviewet (ICD-11 kriterier) laves for at sikre os og verificere diagnosen. Såfremt der er uoverensstemmelse mellem ICD-10 diagnose og PTSD-interviewet, konfereres med overlæge eller Anna Bolette.

Psykisk traume pådraget uden for Danmark i anamnesen: Stort set alle vores patienter har dette (fx krig), men vigtigt at sikre sig, at det er gældende for PTF7 patienter.

Eksklusionskriterier

Betyder at patienten IKKE må opfylde ét eneste kriterie.

Svær psykotisk lidelse (defineret som patienter med ICD-10 diagnose F2x og F30.1-F31.9). Patienterne ekskluderes kun hvis de psykotiske oplevelser vurderes at være et led i en selvstændig psykotisk lidelse og ikke et led i en svær PTSD og/eller depression: Her er det vigtigt at skelne mellem regelrette psykoselidelser og "psykose-lignende" eller psykotiske oplevelser fx ifm. flashbacks ved PTSD. Til screening bruges SCAN interview.

Afhængighedssyndrom af stoffer eller alkohol med aktivt misbrug (F1x.24-F1x.26): Her skal patienten have et decideret afhængighedssyndrom. Tidvis brug af fx hash eller alkohol medfører ikke eksklusion.

Motivation: Vi vurderer fortsat motivation og mulighed for fremmøde for PTF7 patienter. Konferer ALTID med en ovl., hvis du på denne baggrund overvejer ikke at tilbyde en PTF7-kandidat behandling, eller hvis du overvejer at tilbyde en anden pakke fx L-pakke.

Hvis patienten IKKE inkluderes i PTF7, så husk at udfylde årsagen i REDCap under visitation (vigtige forskningsdata):

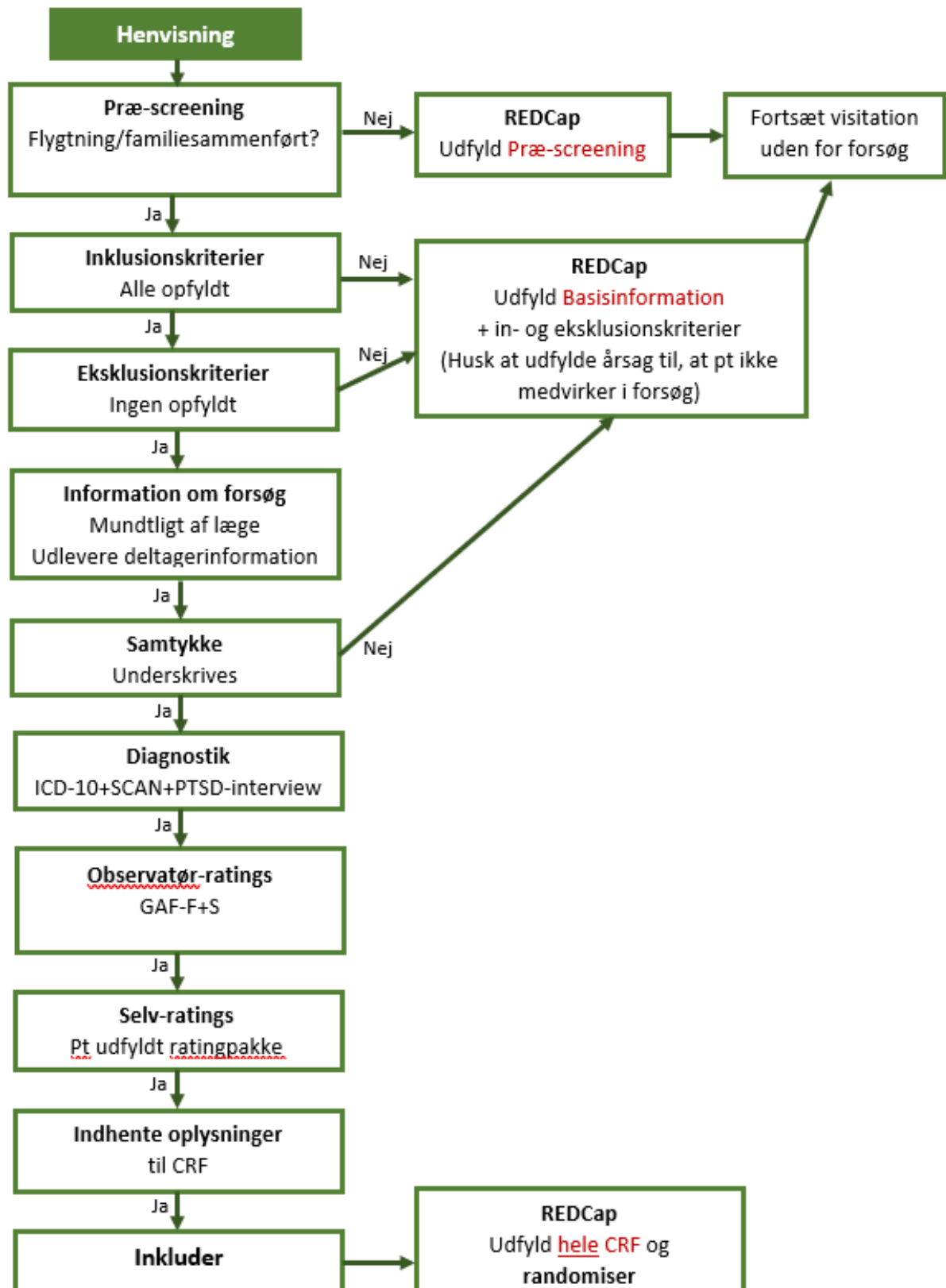
5.2 Årsagen til at patienten ikke inkluderes i forskningsprojektet

* must provide value

- ☐ Opfylder ikke inklusionskriterierne
- ☐ Opfylder eksklusionskriterierne
- ☐ Siger nej til at deltage i forskningsprojektet
- ☐ Starter ikke i behandling
- ☐ Andre grunde

Hvordan inkluderes patienter i PTF7?

Se flowchart for visitation næste side.



Screening af patienter til PTF7

Efter ALLE 1. indledende vurdering skal CRF udfyldes i REDCap for screening af PTF7 deltagerkriterier. Dette er opdelt i 3 niveauer:

1. Præ-screening: flygtning/familiesammenført
Udfyldes for ALLE patienter.
2. Basisinformation+deltagerkriterier
Udfyldes for patienter, der opfylder præ-screening, men som ikke inkluderes i PTF7 (fx patienter der ikke opfylder alle deltagerkriterier eller ikke ønsker at deltage).
Udfyldes for alle patienter, der inkluderes i PTF7
3. Fuld CRF for visitationen
Udfyldes for alle patienter, der inkluderes i PTF7.

Inspiration til at gribe PTF7 visitation an (dette er et supplement til almindelige indledende vurderinger, som beskrevet tidligere)

Ved 1. indledende vurdering

1. Hent det grønne chartek med visitationsjournalen i arkivrummet. Heri ligger visitationsmateriale til PTF7.
2. Optage anamnese/AOP som vanligt.
3. Screene patient for PTF7 deltagerkriterier (findes i lægemanualen side XX samt i visitationsjournalen).
4. Såfremt patienten med stor sandsynlighed kan indgå i PTF7 (fx før diagnostiske interviews, men du har stor formodning om PTSD-diagnose) spørger du om patienten vil høre mere om forsøget. Hvis dette er tilfældet tydeliggøre du, at du nu vil informere om forsøget og ikke længere er i gang med visitation. Patienten informeres om retten til en bisider. Herefter informerer du mundtligt om PTF7 og udleverer deltagerinformation og samtykke. Deltagerinformationen skal udleveres på et sprog som patienten forstår.
5. Såfremt patienten læser et af vores standardsprog, udleveres selv-ratings til udfyldelse hjemme eller på et ledigt kontor.
6. Udfylde præ-screening i REDCap samt evt. basisinformation og andre anamnesticke oplysninger, som indgår i CRF'en.

Ved 2. indledende vurdering

1. Anamnese/AOP fortsat.
2. Screene patient for PTF7 deltagerkriterier.
3. Tale om PTF7 deltagelse med patienten. Evt. underskrive samtykke.
4. Diagnostiske interviews påbegyndes (PTSD-interview, SCAN).

5. Såfremt patienten ikke har udfyldt selv-ratings hjemme eller sidste gang, kan dette gøres på et ledigt kontor. Læser patienten ikke et af vores standardsprog udfyldes ratings i sessionen ved hjælp af tolk.
6. Udfylder diverse oplysninger i CRF'en i REDCap.

Ved 3. indledende vurdering

1. Anamnese/AOP fortsat.
2. Diagnostiske interviews og ratings fortsat (PTSD-interview, SCAN)
3. Sikre samtykke hvis dette ikke allerede er givet.
4. Sikre selv-ratings.
5. Sikre at alle deltagerkriterier fortsat er opfyldt.
6. Gennemgå tjeklisten – har du husket det hele?
7. Udfylder diverse oplysninger i CRF'en i REDCap.

Ved behov for yderligere samtaler til indledende vurdering konfereres med overl. (husk at gøre det allerede 2. samtale, hvis du der kan se, at du ikke kan nå i mål på 3. samtale).

Samtykke og deltagerinformation

- Patienten har krav på betænkningstid på minimum 24 timer til at beslutte sig for, om de ønsker at deltage efter den mundtlige informationssamtale. Derfor udleverer man ofte den skriftlige deltagerinformation og fortæller, at patienten ved næste samtale kan tage endeligt stilling.
- Den mundtlige informationssamtale skal foregå i rolige omgivelser.
- De skal ligeledes informeres om at de må have en bisider med til informationssamtalen, såfremt de ønsker det.
- Såfremt patienten ikke ønsker betænkningstid, må de meget gerne underskrive samtykke med det samme.
- Husk at lægen også skal skrive under på samtykket om, at de har afgivet information om projektet.
- Hvis der ikke er deltagerinformation på patientens sprog tilgængeligt, kan patienten jf. loven ikke inkluderes i forsøget. Dog behøver man ikke "tvinge" patienten til at gennemlæse deltagerinformation (hverken med eller uden tolk), hvis patienten ikke ønsker det, men de skal altid have tilbuddet.
- En patient har altid ret til at trække samtykke tilbage og udgå af projektet.

Tips til hvordan man kan præsentere PTF7 for en patient:

- " Vores erfaring viser, at det kan være hårdt at være i PTSD-behandling, og nogle oplever ikke tilstrækkelig bedring. Utilstrækkelig udbytte eller tilbagefald til gamle mønstre efter endt behandling er dog ikke nødvendigvis udtryk for, at behandlingen ikke virker, men snarere kunne det være et udtryk for "blinde vinkler" som har været overset i behandlingen. "Blinde vinkler" kan være vigtige problemer, som man endnu ikke har erkendt og som holder en fast i eller får en til at vende tilbage til gamle og uhensigtsmæssige handlemønstre. Vi har derfor lavet et nyt behandlingsforløb,

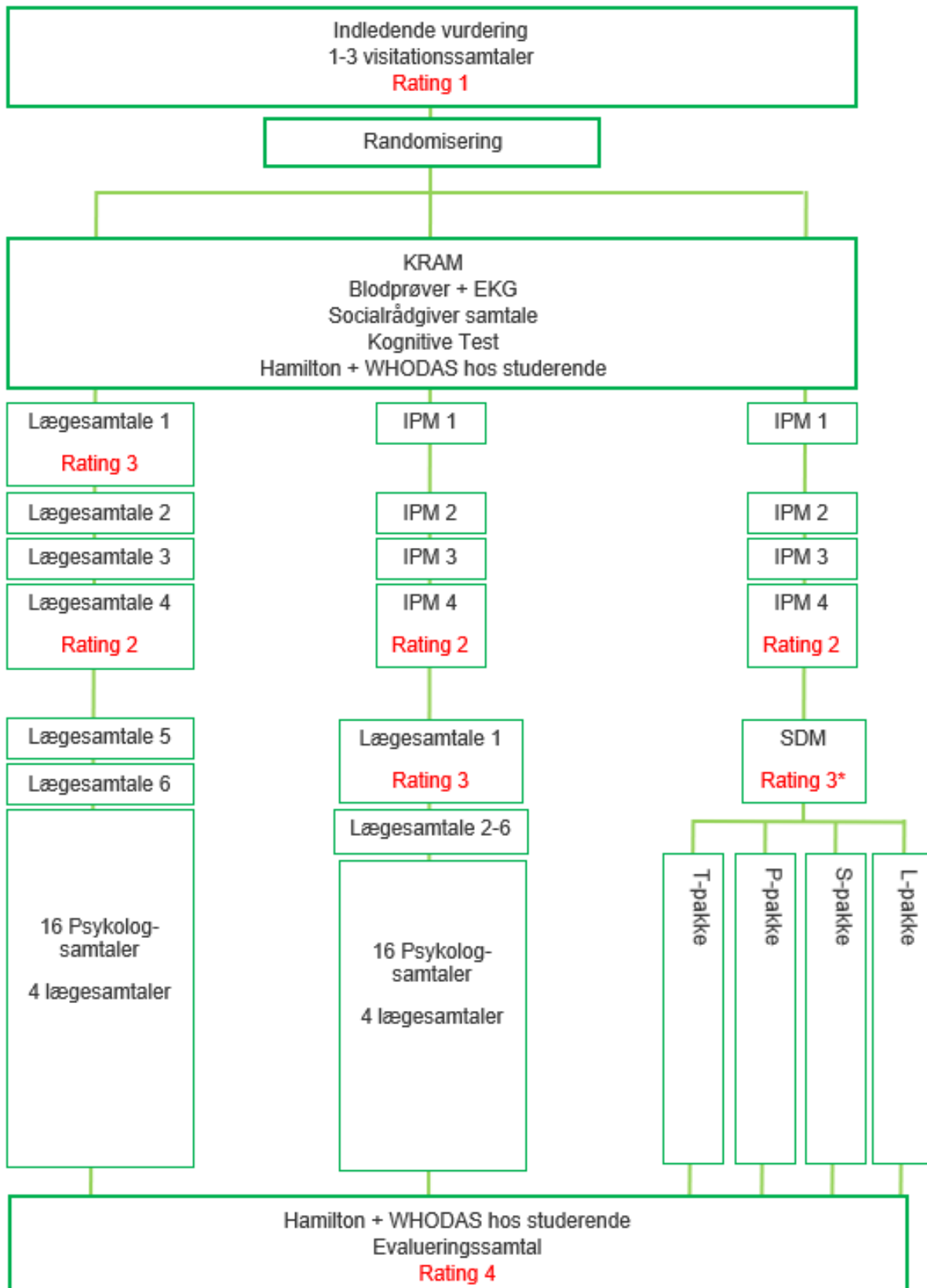
hvor du i starten får fire indledende sessioner, hvor vi sammen vil identificere nogle dine adfærdsmønstre som måske ikke er helt hensigtsmæssige. Derudover vil vi efter de fire sessioner have en session hvor du i fællesskab med mig skal tage beslutning om hvilken behandlingspakke, som passer bedst til dig.”

- Fordi det er en ny type forløb, vil det kun være to tredjedele af dem, der siger ja til at deltage, som vil modtage de fire sessioner, som jeg lige har beskrevet, og kun en tredjedel som vil få sessionen med fælles beslutning og videre behandlingspakke. Den sidste tredjedel vil modtage vores almindelige behandlingsforløb med læge og psykologsamtaler. Jeg kan ikke på forhånd vide, hvilket et af forløbene, du vil blive tilbudt, da det bliver afgjort ved lodtrækning.”
- ”For at vurdere hvor god virkningen er af de tre forskellige forløb, skal du bl.a. udfylde spørgeskemaer ved start, midtvejs og slutning af forløbet her.”
- Generelt med vores patientgruppe er det en god idé at undgå ord som ”forskning” og ”forsøg”, da det fx for arabisktalende patienter forstås som noget med testning af ny medicin – så hellere bruge andre formuleringer for at undgå misforståelser.
- Hvis en patient afslår at deltage i PTF7, så spørg ind til årsagen, så du sikrer dig, at patienten ikke har misforstået, hvad det indebærer at være med i et forskningsprojekt (jf. punktet ovenfor).

Oprette patient i PTF7

- Når alle obligatoriske elementer for inklusion er klaret og udfyldt i REDCap, kan patienten formelt inkluderes i PTF7.
- Dette gøres ved at trykke ”Randomiser” i REDCap i CRF for visitationen (nederst).
- Herefter bliver patienten via en algoritme placeret enten i interventiongruppe 1, 2- eller kontrolgruppen.
- Vigtigt at man både i bookingbeskeden og på visitationsjournalen markerer, hvilken gruppe patienten er randomiseret til, så sekretærerne ved dette, når de opretter journalen.
- Udfyld så meget baggrundsinformation om patienten som muligt i CRF’en i REDCap, da disse data er vigtige for vores analyser (man kan også gå tilbage og registrere dette ved de første lægesamtaler, men forsøg at få så meget med som muligt ved visitationen).
- Husk at gennemgå tjeklisten for, om du har husket det hele.
- Husk at udfylde booking for alt som patienten skal have i starten af forsøget
 - Hamilton + WHODAS hos studenterhold
 - Kognitiv testning
 - KRAM og 1. Soc.rdg. samtale
 - 4 IPM samtaler hvis de er randomiseret til én af de to interventionsgrupper
 - 6 lægesamtaler, hvis de er randomiseret til kontrolgruppen

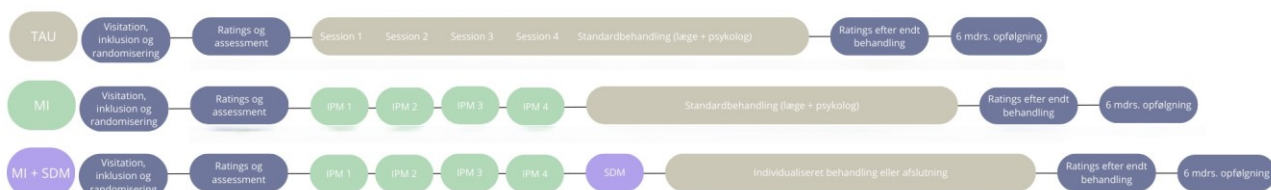
PTF7 behandlingen



Rating 1: ITQ, HSCL25, WHO-5, Lec-5, PMLD, RPI. Rating 2: RPI. Rating 3: PSYCHLOPS pre-treatment. Rating 3*: PSYCHLOPS pre-treatment og SDM-Q9. Rating 4: ITQ, HSCL25, WHO-5, PSYCHLOPS post-treatment

Patienterne bliver ligeligt fordelt i de 3 behandlingsgrupper:

1. **Kontrolgruppe:** Standardbehandling sv.t. en T-pakke.
2. **Interventionsgruppe 1:** Indledende PTSD modul med fire sessioner som tillæg til T-pakke.
3. Interventionsgruppe 2: Indledende PTSD modul med fire sessioner, én session med SDM, hvor der vælges mellem én af vores fires standardiserede behandlingspakker



PTF7 kontrolgruppe

Indhold som beskrevet under "T-pakke".

Derudover er der nogle ratings og observationsmål der skal udfyldes undervejs:

- I 1. og 4. lægesamtale skal der efter samtalerne i RedCap registreres prædiktatorindeks.
- I/efter første lægesamtale udleveres og udfyldes **Rating 3** som indeholder PSYCHLOPS pre-treatment.
- I/efter 4. lægesamtale udleveres og udfyldes **Rating 2**, som indeholder RPI
- Til sidst i behandlingen udleveres og udfyldes **Rating 4**, som indeholder ITQ, HSCL25, WHO-5, PSYCHLOPS post-treatment

Vær opmærksom på at man skal kopiere de problemer, som patienten selv har opivet i PSYCHLOPS pre-treatment til PSYCHLOPS post-treatment

PTF7 tillægsbehandling med Indledende PTSD-modul

For patienter i "Interventionsgruppe 1" består interventionen af fire sessioner med motiverende samtaler (IPM-sessioner), før de fortsætter i en T-pakke.

De fire sessioner bliver afholdt af enten en sygeplejerske, en psykolog eller en læge.

Når 3. session er blevet afholdt bliver der af IPM-behandleren booket 6 lægesamtaler ved BAL.

Efter 4. session udfyldes der i SP et overleveringsskema af IPM-behandleren, hvor patientens problemliste, "forhindringer på vejen" og behandlerens kliniske indtryk er sammenfattet.

I den efterfølgende T-pakke skal man som læge forholde sig til nogle ekstra ting

- Overleveringsskema skal man forholde sig til ila. de første tre lægesamtaler (se separat procedure for implementering af IPM-modulet)
- I/efter første lægesamtale udleveres og udfyldes **Rating 3** som indeholder PSYCHLOPS pre-treatment.
- Til sidst i behandlingen udleveres og udfyldes **Rating 4**, som indeholder ITQ, HSCL25, WHO-5, PSYCHLOPS post-treatment

Vær opmærksom på at man skal kopiere de problemer, som patienten selv har opivet i PSYCHLOPS pre-treatment til PSYCHLOPS post-treatment

PTF7 tillægsbehandling med Indledende PTSD-modul og SDM, efterfulgt af valgt pakke

For patienter i "Interventionsgruppe 2" består interventionen af fire sessioner med motiverende samtaler (IPM-sessioner) og herefter en session med Fælles Beslutningstagen (SDM), hvor man som læge sammen med patienten ved hjælp af Beslutningshjælperen tager stilling til hvilken af de fire standardiserede behandlinger (T-, P-, S- eller L-pakke) patienten skal have, eller om de skal afsluttes efter SDM-sessionen. De fire sessioner IPM sessioner bliver afholdt af enten en sygeplejerske, en psykolog eller en læge. Når 3. session er blevet afholdt bliver der af IPM-behandleren booket 1 SDM-session hos BAL. Efter 4. session udfyldes der i SP et overleveringsskema af IPM-behandleren, hvor patientens problemliste, "forhindringer på vejen" og behandlerens kliniske indtryk er sammenfattet.

Ved SDM-sessionen gennemføres den fælles beslutning (Se separat procedure for facilitering af SDM-sessionen). Når patienten og BAL er blevet enige om behandlingen skal man gennemføre nogle ting

- Der udleveres og udfyldes **Rating 3***, som indeholder PSYCHLOPS pre-treatment og SDM-Q-9
- Efter samtalen skriver man patienten på psykologkapacitetslisten, hvis der er valgt T- eller P-pakke, eller på sygeplejerske kapacitetslisten, hvis der er valgt S-pakke
- I RedCap skal der udfyldes SDM-Q-doc
- Man laver booking som svarer til den pakke som er blevet valgt i sessionen (se ovenfor for relevant pakke)
- Til sidst i behandlingen udleveres og udfyldes **Rating 4**, som indeholder ITQ, HSCL25, WHO-5, PSYCHLOPS post-treatment

Vær opmærksom på at man skal kopiere de problemer, som patienten selv har opivet i PSYCHLOPS pre-treatment til PSYCHLOPS post-treatment

Pakkeforlængelse

For den gruppe af patienter som ved inklusionen i forsøget blev randomiseret til Interventionsgruppe 2 er der mulighed for at få en pakkeforlængelse.

Dette kræver at patienten opfylder de i forvejen beskrevne krav til pakkeforlængelse (se procedure for pakkeforlængelse).

Der drøftes i behandlingsteamet hvorvidt patienten opfylder kravene til pakkeforlængelse og om patienten samlet er kandidat til pakkeforlængelse. Hvis der er enighed om dette i behandlerteamet præsenteres muligheden for patienten. Såfremt patienten er interesseret i og motiveret for en pakkeforlængelse, da præsenteres casen på den kliniske konference. Såfremt det vedtages informeres patienten om dette ved næstkommende tid.

Læges skriver konferencenotat om beslutningen og udfylder i RedCap for pakkeforlængelse.

Såfremt patienten får tilbudt pakkeforlængelse da skal der foretages ratings ved 16. samtale og slutrating ved 32. samtale.

Implementering i videre behandlingsforløb

Se separat procedure for implementering af interventionen i det videre behandlingsforløb.

Opfølgende samtale

6 måneder efter afsluttet forløb kontaktes patienten mhp. en opfølgende samtale ved en af CTPs lægestuderende. Det primære formål med denne opfølgning er ved hjælp af ratings at vurdere hvordan symptomer, funktionsniveau og livskvalitet opleves af patienten på dette tidspunkt.

Outcomes (ratings og interviews)

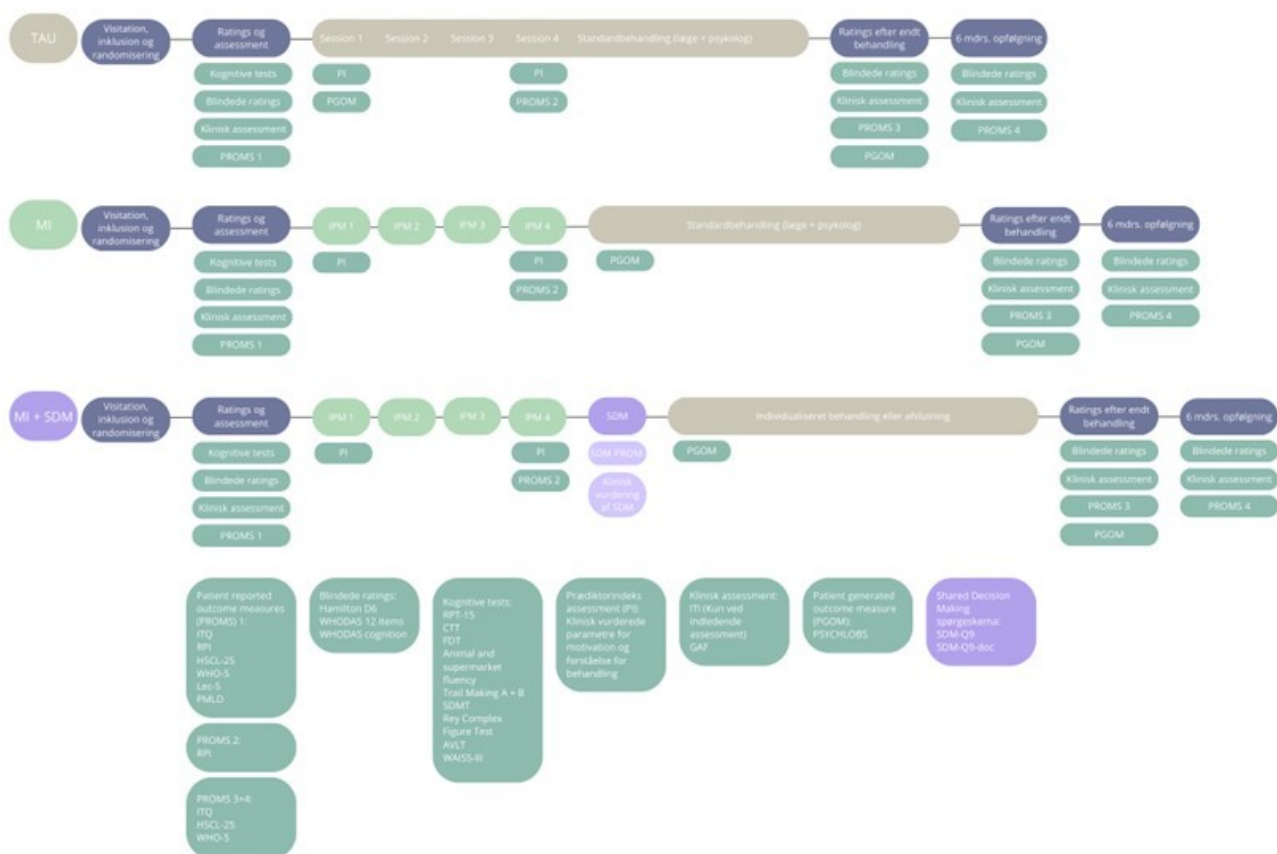
Til at måle effekten af behandlingen har vi et bredt udvalg af ratings og interviews. ITQ er det primære outcome og dermed ekstra vigtigt, at læger er opmærksomme på at indhente ITQ både ved start og slutning af behandlingen.

Oversigt over outcomes:

		Rating 1 / Start	IPM / 1. og 4. læge- samtale	SDM / 1. læge- samtale	Rating 4 / Slut	Område	Type
Primært outcome							
ITQ	International Trauma Questionnaire	X			X	Symptom	Self-rating
Sekundære outcomes							
HSCL-25	Hopkins Symptom Checklist	X			X	Symptom	Self-rating
WHO-5	WHO-5 Well-being index	X			X	Livskvalitet	Self-rating
LEC-5	Life Event Checklist for DSM-5	X					Self-rating
PMLD	Post-migration Living Difficulties Check List	X				Sociale belastninger	Self-rating
RPI	Readiness for psychotherapy	X	X			Motivation	Self-rating
SDM-Q-9	The 9-item Shared Decision Making questionnaire			X		Forståelse	Self-rating
PSYCHLOPS	Psychological Outcome Profiles questionnaire			X	X	Patientgenereret mål	Self-rating
GAF-F+S	The Globad Assessment of Function Scale	X			X		Observer
PI ¹	Prædiktor Index		2X			Motivation	
SDM-Q-doc	The 9-item Shared Decision Making doctor questionnaire			X		Forståelse	Observer
WHODAS 2.0 function and cognition ²	"The World Health Organization Disability Assessment Schedule" 12-item version for function and 6-item version for cognition	X			X	Funktion og kognition	Interview
HAM-D6 ²	Hamilton Depression Scale 6-item version	X			X	Symptom	Interview

¹Udføres af den behandler som laver IPM i interventionsgrupperne og af lægen i kontrolgruppen

²Udføres af studenterhold



Completer

Dem der har "fuldført" behandlingen

- I kontrolgruppen og interventionsgruppe 1 minimum 4 læge- og 8 psykologsamtaler
- I interventionsgruppe 1 minimum 3 ud af 4 IPM-sessioner og i den videre standard behandling minimum 4 læge- og 8 psykologsamtaler
- I interventionsgruppe 2 minimum 3 ud af 4 IPM-sessioner, SDM-sessionen, og:
 - I T-pakke minimum 4 læge- og 8 psykologsamtaler
 - I P-pakke minimum 8 psykosamtaler og 1 lægesamtale
 - I S-pakke minimum 8 sygeplejerskesamtaler og 1 lægesamtale.
 - I L-pakke minimum 4 lægesamtaler

Afslutte patient i PTF7

Afslutning før fuld pakke er gennemført

Patienter kan afsluttes i PTF7 før tid af flere årsager:

1. **Forskningsmæssige** (hvor patienten evt. fortsætter i behandling uden for forsøg):

7.1 Er forsøgspersonen udtrukket?		☒ Ja ☐ Nej	reset
* must provide value			
7.1.1 Angiv årsag til at patient er udtrukket fra forsøg		☐ Samtykke trukket tilbage ☐ Diagnosticeret med psykoselidelse F2x og F30.1-F31.9 eller afhængighedssyndrom F1x24-F1x.26 ☐ Fejlinkluderet ☐ Død	reset
* must provide value			

Hvis pt fx diagnosticeres med en psykoselidelse undervejs i forløbet, må man efter bedste skøn vurdere, om det var til stede ved inklusion = fejlinklusion, eller om det er debuteret efter inklusion (kryds i punkt 2 under årsag).

2. Patientinitieret

Hvis patienten ønsker at stoppe sin behandling før de har fået deres fulde tilbudte pakke, da godtages dette og patientens grund til afslutning registreres i RedCap.

3. Behandlingsmæssige fx udeblivelser/afbud.

Alle PTF7 patienter, hvor behandlere overvejer afslutning af behandlingen før tid (altså før fuld pakke er gennemført), skal drøftes det i behandlingsteamet og tages om med forsøgsansvarlig. Dette gælder kun afslutning af behandlingsmæssige årsager (fx ved udeblivelser/afbud eller ved manglende motivation/udbytte) og ikke, hvis patienten udtrækkes af forsøg af forskningsmæssige årsager (fx hvis pt er fejlinkluderet).

7.3 Er patient stoppet behandling før planlagt afslutning?		☒ Ja ☐ Nej	reset
7.3.1 Er afslutning før tid initieret af patienten eller behandleren?		☐ Patient ☐ Behandler	reset
7.3.2 Hvis patient stopper før planlagt afslutning, angiv årsag		☐ Ingen effekt af behandling ☐ Kulturelle forskelle ☐ For store transportomkostninger ☐ For mange andre forpligtelser ☐ For besværligt ☐ Familien ønskede at jeg holdt op ☐ Føler sig ikke respekteret ☐ Havde ikke kræfter til behandlingen ☐ Psykoterapien var uacceptabel ☐ Havde ikke kræfter til visitationen ☐ Havde det bedre ☐ Forlod landet ☐ Medicinen var uacceptabel ☐ Støttende pakke var uacceptabel ☐ Øvrig behandling uacceptabel ☐ Besvarer ikke henvendelser ☐ Andet ☐ kan ikke besvares	

Husk ALTID

- At lave slut-ratings, selvom patienten stopper behandling før planlagt.
- At udfylde CRF for **End of study** for alle patienter, som er inkluderet i PTF7 (både ved afslutning før tid og planlagt afslutning). Her registreres også årsag til afbrudt forløb

Planlagt afslutning

- Slut-ratings
- Afholde evalueringssamtale og udfylde tilfredshedsskema. Udfylde CRF for **Evaluering**.
- Booking af studerende til udførelse af Hamilton D-6 og WHODAS
- Udfylde CRF for **End of study**.

Ratings

Lægerne udleverer ratings til patienterne ved første visitationssamtale. Ratings er "selfratings", det vil sige patientens egen vurdering af sværhedsgrad og tilstedeværelse af symptom eller funktionspåvirkning.

Ved lægesamtalen orienteres kort om behov for at vi sammen kan vurdere udgangspunkt i symptom sværhedsgrad og hvordan det påvirker i dagligdagen. Der orienteres om, at der også ved afslutning skal være udfyldes samme skema, så vi sammen kan vurdere patientens oplevede evt. bedring.

Der introduceres til fremgangsmåde. At man udfylder ud fra hvordan tilstanden har været de seneste 7 dage. Kan patienten ikke huske tilbage, kan man aftale, at der udfyldes ud fra den seneste dag. Vigtigt er at det er et øjebliksbillede. Ratings findes på flere sprog. Aftal med patienten, hvad der giver bedst mening.

For patienter der har svært ved at læse, eller for hvem det aktuelle sprog ikke forefindes på ratings, kan man aftale, at de udfylder med hjælp fra pårørende. Enkelte vil man være nødsaget til at sikre udfyldelse ved hjælp af tolk, hvor der så kan anvendes tid fra samtalen. Har tolk og patient mulighed, kan man i sjældne tilfælde, sikre en ekstra tid til udfyldelse efter samtalen. Der er ofte et ledigt rum på CTP hvor man kan sidde i fred og ro og få oversat.

Man orienterer patienten om, at såfremt der er spørgsmål der ikke kan forstås, skal man undlade at svare og vi kan sammen uddybe til næste samtale. Patienten orienteres om, at krydserne skal være i boksene, ikke imellem og at man kun skal sætte ét kryds.

Den samlede score noteres i journalen og ratings lægges i journal.

Ratings giver et indtryk af den kliniske signifikans af symptomerne. Ratings er ikke et diagnostisk redskab.

Man kan med fordel anvende svarene i ratings med henblik på uddybelse af symptomet. Dette kan foregå ved at spørge til eksempler på anførte symptom eller hvad der ligger til grund for vurderingen af sværhedsgraden. Dette kan samlet støtte den endelige diagnose.

Psykoedukation

Generelle forhold

Der er vedlagt bilag med psykoedukation, som forventes gennemført i løbet af behandlingsforløbet. Der vil altid tilstræbes, at anvende de ark, der er relevante for patienten og i den rækkefølge, der er mest hensigtsmæssig ud fra det aktuelle patienten præsenterer.

Målet med psykoedukation er at øge patientens kendskab til sin sygdom / symptomer, til behandlingen og i særdeleshed bevidstgøre om egne muligheder for at arbejde for bedring. Psykoedukation sigter mod at gøre det lettere at acceptere, at leve med en kronisk lidelse. Patienten lærer at fokusere på livsstilsfaktors indflydelse, psykosociale ressourceområder og mestringsstrategier for dermed at opnå bedre livskvalitet og større selvoplevet funktionsniveau.

I CTP arbejdes psykoedukativt med fem overordnede temaer:

- **Sygdomsforståelse** – stress, angst og depression / hjernen / koncentration & hukommelse
- **Behandling** – samtaler / medicin / vandhane
- **Livsstil** – socialt / motion / søvn / kost
- **Afspænding** – tanke øvelser / vejrtræknings øvelser
- **Smerter** – generelt om smerter / nakke og ryg øvelser

Inden for disse fem temaer er der udarbejdet en lang række huskeark. Disse ark gennemgås af lægen og udleveres efterfølgende til patienten med opfordring om, at gemme det i behandlingsmappen. Lægen vurderer fra gang til gang, hvilke temaer der er mest naturlige og relevante at tage op med patienten. Ved journalføring afkrydses på metodeark, hvilke temaer der har været arbejdet med under konsultationen og om der blev udleveret huskeark. De giver en række konkrete informationer suppleret med forslag til, hvordan man med fordel kan ændre en række faktorer i sin dagligdag. Det er vigtigt at man under hele forløbet, drøfter med patienten hvad de i forvejen gør, hvad de tidligere har forsøgt og hvilke konstruktive forslag til forbedring de selv kan komme med.

I psykoedukationen kan man tage udgangspunkt i 9F-Modellen:

- 1) **Fokus** – hvilken problemstilling og hvilket tema skal man arbejde med ved dagens konsultation.
- 2) **Funktionsindskrænkning** – patienten bliver bedt om at forklare, i hvilken grad og på hvilken måde det givne problem hæmmer funktionen i dagligdagen.
- 3) **Forespørgsel** – lægen stiller en række åbne spørgsmål til patienten vedr. problemstillingen / temaet.
- 4) **Forestillinger** – patienten opfordres til at beskrive sine tanker om problemet / temaet.
- 5) **Frygt** – patienten bliver spurgt af lægen om der er særlige ting han/hun frygter.
- 6) **Fakta** – relevant faktuel viden på området skitseres.
- 7) **Formidling** – lægen drøfter med patienten hvordan denne viden kan have relevans for patienten.
- 8) **Forslag** – lægens konkrete forslag til handlinger.

- 9) **Forventninger** – lægen beder patienten redegøre for hans/hendes egne forventninger til sig selv efter dagens konsultation, hvordan kan han/hun ændre på sine handlemønstre så han/hun kommer til at fungere bedre i dagligdagen. Patienten bedes angive på en skala fra 0-10, hvor stor sandsynligheden er for, at han/hun kan formå at ændre adfærd.

Medicinsk behandling

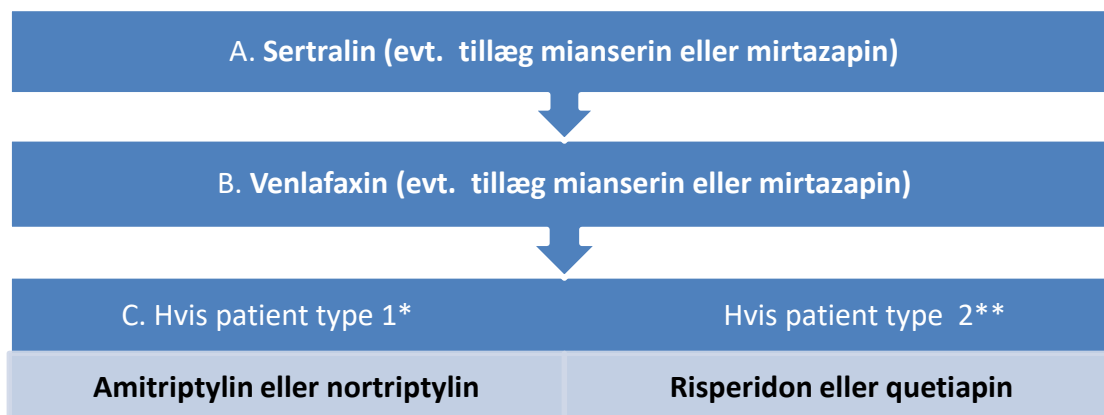
The International Society for Traumatic Stress Studies PTSD Prevention and Treatment Guidelines, som er baseret på den nyeste empiriske evidens, anbefaler sertralin, paroxetin, fluoxetin, venlafaxin og quetiapin som farmakologiske behandlinger af PTSD.

NICE (2018) anbefaler ligeledes SSRI'er eller venlafaxin som farmakologisk behandling af PTSD. Dette står i kontrast til de tidligere NICE (2005) retningslinjer, som anbefalede brugen af mirtazapin, amitriptylin, phenelzin og paroxetin.

MTV-rapporten "Behandling og rehabilitering af PTSD, herunder traumatiserede flygtninge" fra 2008 konkluderer, at SSRI, herunder sertralin, foreløbig er den bedst dokumenterede farmakologiske behandling af PTSD. Man konkluderer dog også, at det næppe er sufficent ved kronisk kompleks PTSD. Flere dual action præparater har vist sig lovende i forhold til behandling af denne gruppe, heriblandt venlafaxin som påvirker bl.a. amygdala, der menes at være ansvarlig for affektdysregulering hos patienter med kronisk kompleks PTSD.

Ud fra et overblik over nyeste forskning på området og en drøftelse i lægegruppen, er der blevet valgt nedenstående algoritme i forhold til den medicinske behandling af patienter i CTP.

Medicinalgoritme



Forklaringer til behandlingsalgoritmen

A. **Sertralin** (100-200 mg dagligt).

Som udgangspunkt startes med **sertralin** som førstevalg.

undtagelser:

- 1) hvis patient tidligere eller under nuværende behandlingsforløb har været behandlet med **sertralin** i sufficient dosis (100-200 mg) og i sufficient tidsrum (min 3 mdr.) uden effekt eller
- 2) hvis patient tidligere har haft voldsomt intolerable bivirkninger. Patienten bør i denne forbindelse psykoedukeres om at alle antidepressiva i nogen grad kan give bivirkninger i starten.

Hvis ét af ovennævnte punkter er opfyldt, skiftes til B.

B. **Venlafaxin** (225-375 mg dagligt).

Venlafaxin er andetvalg.

Undtagelser:

- 1) hvis patient tidligere eller under nuværende behandlingsforløb har været behandlet med **venlafaxin** i sufficient dosis (225-375 mg) og i sufficient tidsrum (min 3 mdr.) uden effekt eller
- 2) hvis patient tidligere har haft voldsomt intolerable bivirkninger. Patienten bør i denne forbindelse psykoedukeres om at alle antidepressiva i nogen grad kan give bivirkninger i starten.

Hvis ét af ovennævnte punkter er opfyldt, skiftes til C.

C. Valg af præparat afhænger af patientens kliniske præsentation:

* Patienttype 1: patienter hvor svær depression/suicidalitet præger det kliniske billede. her erstattes tidligere antidepressiva med nortriptylin eller amitriptylin (initialt 25-50 mg fordelt på en eller flere doser stigende op til 150 mg dgl. Normal vedligeholdelsesdosis 100-150 mg dgl. Husk plasmamonitorering.

**Patienttype 2: Patienter hvor angst/PTSD/psykotiske symptomer præger det kliniske billede. Her tillægges antipsykotika i form af risperidon (0,5-1 mg dgl. stigende over dage til vedligeholdelsesdosis 3-6 mg dgl. Den antipsykotiske effekt starter oftest først ved 3 mg. Det vil sjældent være behov for dosis over 1-2 mg dgl hvis der udelukkende ønskes angst- og urodæmpning). Quetiapin (25-50mg til nat), er også en mulighed, ved svær søvnproblematik, og hvis ingen effekt af mianserin/mirtazapin.

NB! I tilfælde af tvivl bør der tages en drøftelse af den konkrete sag på YL supervision (eller ad hoc med en af de overlæger.

Ved opstart af antipsykotika følges vejledning for monitorering af antipsykotika. Henvises til VIP vejledning "psykotiske tilstande hos voksne, børn og unge - medicinsk behandling (RADS)" angående monitorering af bivirkninger.

Husk - i S-pakker kan læge uddelegere monitorering til sygeplejerske. Hun gennemfører også lægens plan for optrapning af psykofarmaka og kontakter lægen for at konferere om/hvis der er behov for justeringer.

Medicinsk behandling af søvnforstyrrelser ved PTSD

Nedenstående kan indgå i behandling såfremt en patient rapporterer søvnforstyrrelser.

Før medicinsk behandling påbegyndes skal der optages en anamnese vedrørende søvn og vaner i forbindelse med søvn mhp. at afdække hvori søvnforstyrrelsen består – det er oplagt at bruge en søvndagbog som supplement til anamnese.

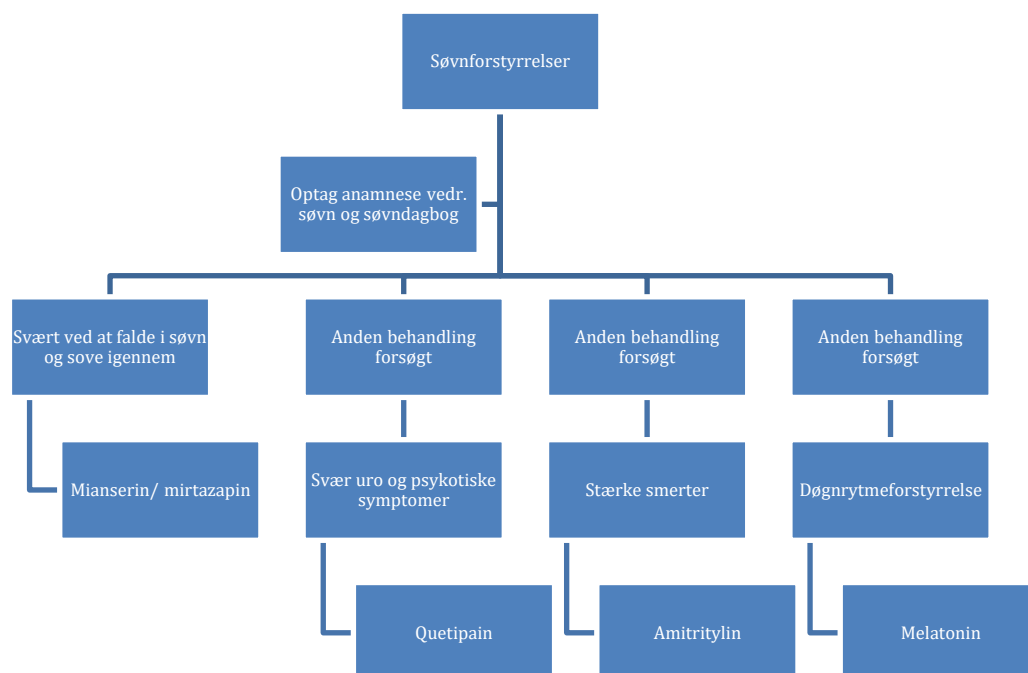
Det er vigtigt at understrege, at medicinsk behandling af søvnforstyrrelser ikke kan stå alene, men skal understøttes af psykoedukation vedrørende søvn.

Det anbefales initialt at forsøge behandling med sederende antidepressiva – mirtazapin eller mianserin.

Valg af et af disse to antidepressiva sker på baggrund af risiko for bivirkninger snarere end på bedre effekt sammenlignet med øvrige antidepressiva, antipsykotika og benzodiazepiner.

Det er vigtigt at huske at mianserin, mirtazapin, TCA, antihistaminer (og quetiapin) virker sederende via effekt på samme histaminreceptorer, men at de alle virker på andre receptorer i tillæg og at denne stimulering af øvrige receptorer bestemmer virkning samt i høj grad bivirkninger.

Tillæg af benzodiazepin og antipsykotika frarådes generelt grundet bivirkningsprofil. Antipsykotika (quetiapin) kan dog forsøges ved samtidige psykotiske symptomer eller svær uro.



Mianserin/mirtazapin

Mianserin og mirtazapin er begge "hæmmere af adrenerge receptorer (NaSSA)" og har begge i tillæg til den antidepressive og angstreducerende effekt, også en søvnfremmende effekt.

Mianserin og mirtazapin har lignende receptorprofiler og virker begge sederende via histaminreceptorer. Både mirtazapin og mianserin har tillige kvalmestillende effekt som kan udnyttes ved at opstarte præparaterne før opstart af et SSRI præparat, og kan på denne måde forbygge bivirkninger til SSRI som blandt andet kvalme og appetittab.

Mirtazapin har formentlig større appetit stimulerende effekt og derved større risiko for vægtøgning, sammenlignet med mianserin. Det er vigtigt at drøfte den appetitstimulerende effekt og risiko for vægtøgning med patienten ved opstart.

Mirtazapin gives i lav dosis (7,5-30 mg).

Mianserin gives i lav dosis (5-30 mg).

Det anbefales at patienten indtager medicinen ca 2-3 timer før sengetid da der er tale om en såkaldt indslumringseffekt, hvor patienten gradvist bliver mere og mere træt.

Yderligere optrapning vil give antidepressiv effekt, men den søvnfremmende effekt vil aftage ved højere dosis.

Tricycliske antidepressiva

Der er vist effekt ved anvendelse af nogle tricycliske antidepressiva til behandling af søvnløshed. TCA virker sederende via histaminreceptorer.

Amitriptylin og nortriptylin kan specielt anvendes ved svær depression, og såfremt patienten har svære smerter som ikke reduceres på gængs smertestillende behandling (anvendes som sekundært analgetika på smerteklinikker). Kan anvendes i lav dosis (10-25 mg og op til 50 mg). Og kan øges med 10-25 mg hver 5. dag, indtil en smertestillende effekt.

Quetiapin

Studier har vist søvnfremmende effekt af quetiapin hos patienter med skizofreni. Den sederende effekt opnås via histaminreceptorer.

Quetiapin kan anvendes som søvnfremmende i tilfælde, hvor der ikke er opnået den ønskede effekt ved brug af mianserin/mirtazapin, og hvor patienten har svær uro og psykotiske symptomer. Quetiapin kan medføre en række bivirkninger selv ved lav dosis, hvorfor der kræves særlig opmærksomhed på bivirkninger herunder vægtøgning. Det anbefales at monitorere bivirkninger tæt i hht. RADS retningslinjer. Quetiapin gives i lav dosis på 25-50 mg.

Antihistaminer

Promethazin (Phenergan ®) er godkendt til behandling af søvnløshed. Effekten af promethazin ved PTSD er dog ikke undersøgt. Ved øvrige patientgrupper er effekten lille til moderat.

Ved behandling med promethazin er det vigtigt med opmærksomhed på misbrugspotentiale, trafiksikkerhed (er markeret med advarselstrekant), udvikling af tolerans og interaktioner med psykofarmaka.

Promethazin gives i dosis på 25 mg.

Naturlægemidler

Der er ikke tilstrækkelig evidens for, at naturlægemidler som baldrian og kamille har en effekt på søvnforstyrrelser.

Melatonin

Melatonin er et naturligt søvnregulerende hormon, der er godkendt til korttidsbehandling af søvnløshed hos patienter over 55 år. Der er tvivlsom klinisk effekt ved behandling med melatonin og effekten af melatonin ved PTSD er ikke undersøgt.

Melatonin medfører ikke afhængighed og har få bivirkninger.

Melatonin kan forsøges ved søvnløshed betinget af døgnrytmeforstyrrelser samt hos ældre patienter, hvor der dog er risiko for faldtraumer.

Detaljeret gennemgang af lægemidler som typisk anvendes på CTP

Overordnede rammer for behandling med psykofarmaka findes i "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser 2024" i Retsinformation.

Sertralin

Sertralin er et antidepressiv af klassen selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI).

Indikationer

Moderate til svære depressioner. Posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD). Socialfobi. Panikangst. Obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) hos voksne samt børn og unge (6-17 år).

Sertralin er valgt, da fluoxetin, paroxetin og sertralin er de præparater som anbefales som 1. valgspræparater mod PTSD i henhold til evidensen på området. Fluoxetin og paroxetin har mange interaktioner.

Doseringsforslag

Initialt 25 mg daglig. Dosis kan øges med 25 mg om ugen. Øges til højeste tålelig dosis dog maksimalt 200 mg. En del patienter kan opstartes med 50 mg (hvis de skiftes fra andre antidepressiva). Se afsnit "Præparatskift". En del patienter vil ikke opnå maksimal døgndosis på grund af bivirkninger eller ønske om at tage mindre medicin. Dosis bør reduceres ved nedsat leverfunktion. I visse tilfælde kan optrapningen gå langsommere af hensyn til udtrapning af anden medicin eller evt. bivirkninger.

Clinical pearls

I forhold til dosis:

Særligt er erfaringen fra patienterne på CTP at de er sensitive over for bivirkninger til psykofarmaka generelt. For mange er fuld optrapning af sertralin til 200 mg ikke muligt (1).

I forhold til effekt/bivirkninger:

Terapeutisk virkning er ofte protraheret og ses ofte først efter 2-4 uger. Ses effekt ikke efter 6-8 uger må dosisøgning eller skift af præparat overvejes. Dette er i kontrast til bivirkningerne hvoraf de fleste aftager over tid. Ved bivirkninger: afvent at de aftager eller reducer dosis og afvent. Herefter kan forsøges langsom optrapning igen. (2)

Vær opmærksom på, at risikoen for selvmord kan være øget i opstartsfasen eller når der er begyndende bedring.

Mange patienter har kun et partielt respons, hvor nogle symptomer bedres mens andre persisterer (især insomni, træthed, og hukommelses- og koncentrationsproblemer ved depression) (2)

Nogle patienter vil opleve en forværring af deres psykiske symptomer i ugerne efter opstart eller dosisøgning. Dette er normale "psykiske bivirkninger" og de vil forsvinde over tid. Man kan med fordel informere patienten herom. (1)

Behandlingsalgoritme i forhold til mianserin:

Hvis patienten før behandlingsstart oplever insomni som væsentligt symptom (hvilket størstedelen af PTSD-patienter på CTP gør), kan man med fordel indlede behandlingen med små doser mianserin (10-30 mg). Mianserin nedsætter bivirkninger fra SSRI (rastløshed, insomni, kvalme) og kan medføre at patienten tolererer disse bedre (1,2)

Tidspunkt for indtag:

Initialt anbefales Sertralin at indtages om aftenen, evt. kombineret med Mianserin. Nogle patienter kan opleve øget energi/aktivering kort tid efter opstart, hvorefter medicinindtag bør ændres fra aften til morgen (2)

Graviditet

Kan om nødvendigt anvendes. Før eventuel behandling skal konfereres med overlæge.

Amning

Kan om nødvendigt anvendes. Før eventuel behandling skal konfereres med overlæge.

Kontraindikationer

Behandling med MAO-hæmmere (isocarboxazid, linezolid, rasagilin, selegilin). Behandling med en irreversibel MAO-hæmmer (fx isocarboxazid) inden for de sidste 14 dage eller en reversibel MAO-hæmmer (fx linezolid) inden for det sidste døgn. Det antibiotiske middel linezolid kan i enkeltstående tilfælde gives under tæt observation.

Kombinationerne kan give alvorlige og i nogle tilfælde fatale reaktioner. Risikoen er mindst ved antiparkinsonmidlet selegilin, mens risikoen for rasagilin ikke er undersøgt.

En evt. behandling med MAO-hæmmere må først indledes 2 uger efter seponering af sertralin. Samtidig behandling med pimozid.

Forsigtighedsregler

Blødningsforstyrrelser

Abnorm blødning kan forekomme ved behandling med SSRI. Forsigtighed ved nuværende eller tidligere blødningsforstyrrelser samt ved behandling, der kan øge blødningsrisikoen (fx NSAID-behandling).

Diabetes

Teoretisk risiko for påvirkning af den glykæmiske kontrol hos patienter med diabetes.

Glaukom

Et øget niveau af serotonin kan medføre mydriasis, der kan øge risikoen for udvikling af akut snærvinklet glaukom. Forsigtighed ved nuværende eller tidligere snærvinklet glaukom.

Mani/hypomani

Risiko for induktion af mani. Forsigtighed ved tidligere mani/hypomani.

Angst

Angsten kan forbigående intensiveres i starten af behandlingen. Der bør derfor startes med særligt lav dosis og langsom dosisøgning hos patienter med angst.

Risiko for forlænget QT-interval

Forsigtighed ved faktorer, der kan disponere til forlænget QT-interval: Elektrolytforstyrrelser (hypokaliæmi, hypomagnesiæmi), bradykardi, strukturel hjertesygdom, medfødt langt QT-syndrom, tidligere QT-forlængelse, samtidig behandling med diuretika, kvinder, ældre. Se afsnit om "Arytmi-risiko ved psykofarmaka".

Risiko for hyponatriæmi

Forsigtighed ved risikofaktorer for hyponatriæmi (fx ældre, levercirrose, SIADH). Seponering bør overvejes ved hyponatriæmi.

Risiko for knoglebrud

Hos patienter over 50 år er der set øget forekomst af knoglebrud ved behandling med SSRI. Undersøgelser tyder på, at SSRI kan mindske knoglemassen og dermed øge risikoen for knoglebrud. Mindskning af knoglemassen er imidlertid også iagttaget ved ubehandlet depression.

Skizofreni

De psykotiske symptomer kan forværres, hvis patienten ikke samtidig er i antipsykotisk behandling.

Suicidaltanker og -adfærd

Mulig øget risiko for suicidaltanker og -adfærd i starten af behandlingen, specielt hos unge under 25 år. Alle patienter følges tæt de første uger af behandlingen og ved dosisændringer, også for at sikre compliance.

Speciel forsigtighed ved angstsymptomer eller ved tidligere suicidaladfærd.

Parakliniske prøver

Før opstart vurderes den kardielle risikoprofil samt der tages EKG, ved positiv fund herunder $QT \geq 480$ ms konfereres med kardiolog. Herefter bør der tages EKG igen ved $\geq 50\%$ dosisøgning samt 1-2 uger efter opstart.

Se afsnit "Arytmi-risiko ved anvendelse af psykofarmaka".

Seponering og seponeringssymptomer ved behandling med sertralin

På grund af risiko for seponeringssymptomer bør seponering foretages gradvis.

Risikoen for disse symptomer er størst ved seponering af præparater med kort halveringstid (venlafaxin/paroxetin). Symptomerne opstår oftest 3-4 dage efter seponering varierende fra 1 døgn til 2 uger med en varighed fra få dage til flere uger. Seponeringssymptomer omfatter svimmelhed, ataksi, gastrointestinale symptomer, influenzalignende symptomer, insomni, mareridt, angst, agitation, grådlabilitet, irritabilitet, overaktivitet, koncentrations- og hukommelsesproblemer, nedsat stemningsleje, konfusion, depersonalisationssymptomer og kramper. Desuden kan ses fornemmelse af elektriske stød i ekstremiteterne.

Hvis seponeringssymptomerne er milde, behøver de ikke at blive behandlet. I sværere tilfælde overvejes at starte med det oprindelige antidepressive medikament i den dosis, som var effektiv i behandlingen, og så gradvist trappe ud.

Generelt anbefales aftrapning af antidepressiv medicin over mindst en 4-ugers periode. Sidste del af perioden bør der aftrappes med særligt små ændringer ad gangen, dette gælder især for stoffer med kort halveringstid.

I udgangspunktet kan der forsøges med en halvering af dosis med 1-2 ugers mellemrum (ved evt. seponeringssymptomer forlænges intervallet med mindst 1 uge).

Hvis udtrapning skulle ske hurtigere, kan aftrapningsplan se ud som nedenstående, men det er meget vigtigt at planen tilpasses den enkelte patient og løbende modificeres, afhængigt af patientens reaktion under de enkelte trin:

Halvér dosis og vent en til to uger.

Hvis dette ikke medfører problemer, halver dosis igen og vent yderligere en uge eller to (- alternativt bliver på samme dosis yderligere én uge).

Derefter går man ned på 12,5 mg (ved hjælp af tabletdeler fra apoteket).

Vent yderligere nogle uger og forsøg derefter seponering.

Er der ubehag ved forsøg på ophør med mindst mulige dosis, kan man nogle gange mindske symptomerne ved at tage denne dosis hver anden dag.

Hvis patienten har været lang tid i behandlingen med samme præparat, skal aftrapningen ske langsommere. Hos vores målgruppe trappes ned med en tredjedel af dosis i 1-2 uger og langsommere når man når lavere doser, f. eks. Sertralin 200 mg trappes ned for 50 mg med 1-2 ugers mellemrum, dog kan sidste 50 – 25 – 12,5 mg trappes ud efter flere uger.

Serotonergt syndrom

Dette er betegnelsen for en alvorlig komplikation til behandling med lægemidler der potentielt øger den serotonerge neurotransmission. Tilstanden beror på en hyperserotonerg tilstand i hjernestamme og rygmarv. Man antager, at navnlig en overstimulation af 5-HT-1a-receptorerne er afgørende. Under behandling med specifikke serotoningenoptagshæmmere og serotonin- og noradrenalinvirkende præparater kan dette toksiske syndrom optræde. Som regel udvikles syndromet som følge af lægemiddelinteraktion og listen over relevante interagerende lægemidler er lang. Tilstanden ses som følge

af kombinationsbehandling med MAO-hæmmere, SSRI, TCA, serotonin- og noradrenalin-virkende præparater, lithium med flere. Ses typisk i starten af behandlingen eller ved dosisøgning.

Klinisk billede: Hovedsymptomer er hypertermi over 38 grader og muskelspasmer, ledsaget af en række andre symptomer, hvoraf mindst 3 af disse er til stede ved fuldt udviklet serotonin syndrom: Ændring af mental status (konfusion, hypomani), agitation, hyper- eller hypotension, takykardi, diarre, øget svedtendens, kulderystelser, tremor, ukoordinerede bevægelser og hyperrefleksi.

Andre årsager til symptomerne som fx infektion, metaboliske forstyrrelser, abstinenser eller stofmisbrug skal udelukkes. Tilstanden udvikles hurtigt efter få timer efter tabletindtagelse. Dødeligt forløbende tilfælde er beskrevet.

Behandling: Seponering af al medicin samt symptomatisk behandling. Patienter med udtalte symptomer bør observeres på intensiv afdeling.

Bivirkninger

Registrerede bivirkninger		
Systemorganklasse	Potentielt alvorlige bivirkninger	Oftest ikke alvorlige bivirkninger
Meget almindelige (> 10 %)		
Mave-tarm-kanalen		Diarré, Kvalme, Mundtørhed
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet		Træthed
Nervesystemet	Svimmelhed	Hovedpine
Psyriske forstyrrelser		Døsighed, Søvnløshed
Det reproduktive system og mammae		Ejakulationsforstyrrelser*
Almindelige (1-10 %)		
Hjerte		Palpitationer
Øre og labyrint	Tinnitus	
Øjne	Synsforstyrrelser	
Mave-tarm-kanalen	Abdominalsmærter	Dyspepsi, Flatulens, Obstipation, Opkastning, Smagsforstyrrelser, Tænderskæren
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet	Øget risiko for traumer	Kraftesløshed, Temperaturstigning, Utilpashed
Infektioner og parasitære sygdomme		Infektion i øvre luftveje

Undersøgelser		Vægtøgning
Metabolisme og ernæring		Nedsat eller øget appetit
Knogler, led, muskler og bindevæv	Artralgi, Rygsmerter, Øget muskeltonus	Myalgi
Nervesystemet	Bevægeforstyrrelser (herunder ekstrapyramidale symptomer som hyperkinesi og dystoni), Paræstesier, Tremor	
Psykiske forstyrrelser	Agitation, Angst, Depersonalisering, Depression, Koncentrationsbesvær, Nervøsitet	Mareridt
Det reproduktive system og mammae	Erektile dysfunktion*	Menstruationsforstyrrelser, Nedsat libido
Luftveje, thorax og mediastinum		Gaben, Pharyngitis, Rhinitis, Smerter i thorax
Hud og subkutane væv		Hududslæt, Øget svedtendens
Vaskulære sygdomme		Hedeture
Ikke almindelige (0,1-1 %)		
Blod og lymfesystem	Blødningstendens	
Hjerte	Hjertepåvirkning	Takykardi
Øre og labyrint	Øresmerter	Otitis media
Det endokrine system	Hypothyroidisme	
Øjne		Pupildilatation
Mave-tarm-kanalen	Caries, Melæna, Sygdom i tungen	Gastroenteritis, Glossitis, Hæmorider, Synkebesvær, Øget spyttsekretion, Øsofagitis
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet		Kulderystelser
Immunsystemet	Allergiske reaktioner (sæsonbetinget), Ansigtødem, Hypersensitivitet, Periorbitalt ødem	Urticaria
Undersøgelser		Forhøjede levertransaminaser, Vægttab
Metabolisme og ernæring		Tørst
Knogler, led, muskler og bindevæv	Arthritis, Kramper, Muskelkramper, Muskelsvaghed	Artrose

Benigne, maligne og uspecifiserede neoplasmer	Neoplasmer	
Nervesystemet	Gangforstyrrelser, Hukommelsesbesvær, Hypæstesi, Koordinationsbesvær, Migræne	
Psykiske forstyrrelser	Aggressivitet, Apati, Eufori, Hallucinationer, Psykose, Suicidale tanker eller adfærd, Talebesvær, Tankeforstyrrelser	
Nyrer og urinveje	Hæmaturi, Inkontinens, Urinretention, Vandladningsbesvær	Hyppig vandladning, Nykturi, Polyuri
Det reproduktive system og mammae	Seksuelle forstyrrelser*, Vaginalblødning	Menoragi
Luftveje, thorax og mediastinum	Bronkospasme, Dyspnø	Epistaxis
Hud og subkutane væv	Alopezi, Dermatitis, Purpura	Hudkløe, Koldsved, Rødme, Tør hud
Vaskulære sygdomme	Hypertension, Perifere ødemer, Synkope	
Sjældne (0,01-0,1 %)		
Blod og lymfesystem	Leukopeni, Lymfadenopati, Trombocytopeni	
Hjerte	Bradykardi, Myokardieinfarkt, Torsades de pointes-takykardi**	
Det endokrine system	Hyperprolaktinæmi	Uhensigtsmæssig produktion af antidiuretisk hormon - SIADH
Øjne	Anisokori, Dobbeltsyn, Glaukom, Hyfæma, Synsfeltdefekt	Fotofobi, Tåreflåd
Mave-tarm-kanalen	Diverticulitis, Hernia, Pancreatitis, Stomatitis	Hikke, Orale ulcera
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet	Malignt neuroleptikasyndrom	
Lever og galdeveje	Leverpåvirkning (herunder hepatitis, icterus og leverinsufficiens)	
Immunsystemet	Anafylaktisk reaktion, Angioødem	
Traumer, forgiftninger og behandlingskomplikationer	Serotoninsyndrom***	

Undersøgelser	Forlænget QT-interval**	
Metabolisme og ernæring	Diabetes, Hyperglykæmi, Hyperkolesterolæmi, Hypoglykæmi, Hyponatriæmi (særligt hos ældre)	
Knogler, led, muskler og bindevæv	Rhabdomyolyse, Øget risiko for knoglebrud	
Nervesystemet	Akatisi, Dyskinesier, Hyperæstesi, Koma	
Psykiske forstyrrelser	Afhængighed af midlet, Dissociative symptomer, Suicidaltanker	Rastløshed, Søvnghænger
Nyrer og urinveje	Oliguri	
Det reproduktive system og mammae	Balanopostit, Gynækomasti, Priapisme, Vulvovaginitis	Galaktoré, Udflåd
Luftveje, thorax og mediastinum	Dysfoni, Eosinofil pneumoni, Interstitiel lungesygdom, Laryngospasme, Stridor	Hyperventilation
Hud og subkutane væv	Alvorlige hudreaktioner (herunder Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse), Bulløs dermatitis, Folliculitis, Fotosensibilitet	Hårforandringer, Ændret kropslugt
Vaskulære sygdomme	Cerebrovaskulære kramper, Perifer iskæmi	Vasodilatation
Ikke kendt hyppighed		
Øjne	Maculopati	
Mave-tarm-kanalen	Mikroskopisk colitis	
Nervesystemet	Trismus	
Graviditet, puerperium og den perinatale periode	Postpartum blødning****	

Promedicin.dk

Referencenøgle

(1) Klinisk erfaring CTP

(2) Stahl's Prescribers Guide

(3) Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser 2024

Venlafaxin

Venlafaxin er et SNRI (dual serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor) præparat.

Indikationer

Behandling af moderate til svære depressioner, socialfobi, generaliseret angst og panikangst.

Venlafaxin er valgt fordi nyere undersøgelser og kliniske cases indikerer at venlafaxin kan give en lige så god eller bedre effekt som sertralin hos målgruppen af patienter med kompleks, kronisk PTSD.

Doseringsforslag

Venlafaxin gives i form af depotkapsler* og optrappes over en periode med 37,5-75 mg/uge til maks. 375 mg/døgn. Som standard på CTP opstartes med 37,5 mg/uge. I visse tilfælde kan optrapningen gå langsommere af hensyn til udtrapning af anden medicin eller evt. bivirkninger. En del patienter vil ikke opnå maksimal døgndosis på grund af bivirkninger eller ønske om at tage mindre medicin. Ved sværere lever- eller nyreinsufficiens (GFR < 30 ml/min.), bør døgndosis reduceres med 50 % eller mere.

*bemærk da det er kapsler. Kapsel kan åbnes og opslæmmes i vand, deles, men ikke knuses/tygges.

Clinical pearls

I forhold til dosis:

I doser op til 225 mg virker venlafaxin primært ved at hæmme reuptake af serotonin. Først ved dosis på 225+ mg menes "dual-action" effekten at indtræde medførende hæmning af reuptake af noradrenalin også. Ved højere doser ses også en svag hæmning af reuptake af dopamin. Doser over 225 mg bør tilstræbes før man kan sikre sig at dual action effekten har været forsøgt. Den nødvendige dosis kan variere meget fra patient til patient (75-375 mg). (2)

I forhold til effekt/bivirkninger:

Terapeutisk virkning er ofte protraheret og ses ofte først efter 2-4 uger. Ses effekt ikke efter 6-8 uger må dosisøgning eller skift af præparat overvejes (2)

Mange patienter har kun et partielt respons hvor nogle symptomer bedres mens andre persisterer (især insomni, træthed, og koncentrationsproblemer ved depression) (2)

Tidspunkt for indtag:

Dosering af venlafaxin kan også fordeles ud på 2-3 doser om dagen for at opnå en mere jævn plasma-døgn-dosis og derved sænke potentielle bivirkninger. (1), (2).

Hvis medicinen skal indtages samlet (patientens præference eller med hensyn til compliance), anbefales indtagelse om aften. (1)

Graviditet

Kan om nødvendigt anvendes. Før eventuel behandling skal konfereres med overlæge.

Amning

Kan om nødvendigt anvendes. Før eventuel behandling skal konfereres med overlæge

Kontraindikationer/interaktioner

Behandling med MAO-hæmmere (isocarboxazid, linezolid, rasagilin, selegilin). Behandling med en irreversibel MAO-hæmmer (fx isocarboxazid) inden for de sidste 14 dage eller en reversibel MAO-hæmmer (fx linezolid) inden for det sidste døgn. Det antibiotiske middel linezolid kan i enkeltstående

tilfælde gives under tæt observation.

Kombinationerne kan give alvorlige og i nogle tilfælde fatale reaktioner. Risikoen er mindst ved antiparkinsonmidlet selegilin, mens risikoen for rasagilin ikke er undersøgt.

En evt. behandling med MAO-hæmmere må først indledes 7 dage efter seponering af venlafaxin.

For øvrige præparater tjek interaktionsdatabasen.dk

Forsigtighedsregler

Blødningsforstyrrelser

Abnorm blødning er forekommet ved behandling med SSRI og SNRI. Forsigtighed ved nuværende eller tidligere blødningsforstyrrelser samt ved behandling, der kan øge blødningsrisikoen (fx NSAID-behandling).

Børn og unge

Hos børn og unge er der i sjældne tilfælde set øget risiko for suicidal adfærd og aggressivitet.

Venlafaxin bør ikke anvendes til børn og unge under 18 år. Hvis behandling alligevel skønnes nødvendig, overvåges nøje for tegn på suicidal adfærd.

Manglende erfaring vedr. langtidsbehandling af børn. Kontrol af vækst, modning og kognitiv/adfærdsmæssig udvikling anbefales.

Diabetes

Teoretisk risiko for påvirkning af den glykæmiske kontrol hos patienter med diabetes.

Forhøjet kolesterol

Stigning i plasma-kolesterol er set under behandling med venlafaxin. Kontrol af plasma-kolesterol kan overvejes ved langvarig behandling.

Glaukom

Et øget niveau af serotonin og noradrenalin kan medføre mydriasis, der kan øge risikoen for udvikling af akut snærvinklet glaukom. Forsigtighed ved nuværende eller tidligere snærvinklet glaukom.

Hypertension

Blodtrykket skal måles før behandlingsstart og eksisterende hypertension skal være kontrolleret før behandlingen startes.

Efter behandlingsstart og dosisøgning skal blodtrykket følges regelmæssigt.

Dosisreduktion eller seponering bør overvejes ved vedvarende forhøjet blodtryk.

Kramper

SNRI kan anses som sikre i terapeutiske doser ved epilepsi.

Forsigtighed ved kramper i anamnesen. Behandlingen seponeres ved tegn på kramper.

Mani/hypomani

Risiko for induktion af mani. Forsigtighed ved tidligere mani/hypomani.

Behandling af bipolar depression med antidepressiva må almindeligvis kun foretages under samtidig dække af stemningsstabiliserende medicin.

Ved udvikling af mani anbefales behandlingen seponeret eller, hvis der kommer seponeringssymptomer, udtrappet, da disse kan bidrage til at forværre manien.

Mundtørhed

Mundtørhed forekommer. På grund af øget cariesrisiko tilrådes regelmæssig tandlægekontrol.

Risiko for forlænget QT-interval

- QT-forlængelse er forekommet.
- Forsigtighed ved faktorer, der kan disponere til forlænget QT-interval: Elektrolytforstyrrelser (hypokaliæmi, hypomagnesiæmi), bradykardi, strukturel hjertesygdom, medfødt langt QT-syndrom, tidligere QT-forlængelse, samtidig behandling med diuretika, kvinder, ældre.
- Ved risikofaktorer overvejes kontakt til kardiolog.
- Hjertekontrol (monitorering for symptomer på arytmier og EKG) anbefales efter 1-2 ugers behandling samt ved dosisøgning på 50 % eller mere.
- Elektrolytforstyrrelser bør korrigeres inden behandlingsstart.

Risiko for hyponatriæmi

Forsigtighed ved risikofaktorer for hyponatriæmi (fx ældre, levercirrose, SIADH). Seponering bør overvejes ved hyponatriæmi.

Suicidaltanker og -adfærd

Sjældne tilfælde af øget risiko for suicidaltanker og -adfærd i starten af behandlingen, specielt hos unge under 25 år.

Alle patienter følges tæt de første uger af behandlingen og ved dosisændringer, også for at sikre compliance.

Speciel forsigtighed ved angstsymptomer eller ved tidligere suicidaladfærd.

Parakliniske prøver

Før opstart vurderes den kardielle risikoprofil samt der tages EKG, ved positiv fund herunder $QT \geq 480$ ms konfereres med kardiolog. Herefter bør der tages EKG igen ved $\geq 50\%$ dosisøgning samt 1-2 uger efter opstart.

Ved mistanke om manglende compliance kan tages plasma-venlafaxin-blodprøve.

Se afsnit "Arytmi-risiko ved anvendelse af psykofarmaka".

Kontrol af blodtryk anbefales, inden og efter opstart, og efter dosisøgning på $\geq 50\%$.

Seponering og seponeringssymptomer ved SNRI behandling

Generelt anbefales aftrapning af antidepressiv medicin over mindst en 4-ugers periode. Sidste del af perioden bør der aftrappes med særligt små ændringer ad gangen, dette gælder især for stoffer med kort halveringstid. Hvis der er brug for hurtig aftrapning kan der forsøges med en halvering af dosis med 1-2 ugers mellemrum (ved evt. symptomer forlænges intervallet med mindst 1 uge). Oftest – trappe ned for 75 mg med 1-2 ugers mellemrum, dog skal sidste 75 mg aftrappes langsomt med 37,5 mg i 2-3 uger hvis pt havde fået venlafaxin i lang tid. Det er en mulighed at åbne kapsel, og dele indhold (men ikke knuse).

På grund af risiko for seponeringssymptomer bør seponering efter mere end 6 ugers anvendelse foretages gradvis.

Behandlingsophør med venlafaxin (specielt hvis behandlingen ophører brat) medfører almindeligvis seponeringssymptomer: avimmelhed, føleforstyrrelser (inkl. paræstesi), søvnforstyrrelser (inkl. insomni og voldsomme drømme), agitation eller angst, kvalme og/eller opkastning, rysten, hovedpine og influenzasyndrom er de mest almindelige, indberettede reaktioner. Generelt er disse tilfælde milde til moderate og er selvbegrænsende, men hos nogle patienter kan de dog være alvorlige og/eller vare længere tid. Der tilrådes derfor gradvis ophør med aftrapning af dosis, når behandling med venlafaxin ikke længere er nødvendig.

Serotonergt syndrom

Dette er betegnelsen for en alvorlig komplikation til behandling med lægemidler der potenserer den serotonerge neurotransmission. Tilstanden beror på en hyperserotonerg tilstand i hjernestamme og rygmarv. Man antager, at navnlig en overstimulation af 5-HT-1a-receptorerne er afgørende. Under behandling med specifikke serotoningenoptagshæmmere og serotonin- og noradrenalinvirkende præparater kan dette toksiske syndrom optræde. Som regel udvikles syndromet som følge af lægemiddelinteraktion og listen over relevante interagerende lægemidler er lang. Tilstanden ses som følge af kombinationsbehandling med MAO-hæmmere, SSRI, TCA, serotonin- og noradrenalinvirkende præparater, lithium med flere. Ses typisk i starten af behandlingen eller ved dosisøgning.

Klinisk billede: Hovedsymptomer er hypertermi over 38 grader og muskelspasmer, ledsaget af en række andre symptomer, hvoraf mindst 3 af disse er til stede ved fuldt udviklet serotoninisyndrom:
Ændring af mental status (konfusion, hypomani), agitation, hyper- eller hypotension, takykardi, diarre, øget svedtendens, kulderystelser, tremor, ukoordinerede bevægelser og hyperrefleksi.

Andre årsager til symptomerne som fx infektion, metaboliske forstyrrelser, abstinenser eller stofmisbrug skal udelukkes. Tilstanden udvikles hurtigt efter få timer efter tabletindtagelse. Dødeligt forløbende tilfælde er beskrevet.

Behandling: Seponering af al medicin samt symptomatisk behandling. Patienter med udtalte symptomer bør observeres på intensiv afdeling.

Bivirkninger

Registrerede bivirkninger		
Systemorganklasse	Potentielt alvorlige bivirkninger	Oftest ikke alvorlige bivirkninger
Meget almindelige (> 10 %)		
Mave-tarm-kanalen		Kvalme, Mundtørhed, Obstipation
Nervesystemet	Sedation, Svimmelhed	Hovedpine

Psykiske forstyrrelser		Søvnløshed
Hud og subkutane væv		Øget svedtendens (herunder nattesved)
Almindelige (1-10 %)		
Hjerte		Palpitationer, Takykardi
Øre og labyrint	Tinnitus	
Øjne	Akkommodationsbesvær, Synsforstyrrelser	Pupildilatation
Mave-tarm-kanalen		Diarré, Opkastning, Smagsforstyrrelser
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet		Kraftesløshed, Kuldegysninger, Træthed
Undersøgelser		Vægttab, Vægtøgning
Metabolisme og ernæring	Hyperkolesterolæmi	Nedsat appetit
Knogler, led, muskler og bindevæv	Øget muskeltonus	
Nervesystemet	Akatisi, Paræstesier, Tremor	
Psykiske forstyrrelser	Agitation, Depersonalisering, Konfusion, Nervøsitet	Abnorme drømme
Nyrer og urinveje	Urinretention, Vandladningsbesvær	Hyppig vandladning
Det reproduktive system og mammae	Anorgasme*, Erektile dysfunktion*, Metroragi	Ejakulationsforstyrrelser*, Menoragi, Nedsat libido*
Luftveje, thorax og mediastinum	Dyspnø	Gaben
Hud og subkutane væv		Hudkløe, Hududslæt
Vaskulære sygdomme	Hypertension	Hedetur
Ikke almindelige (0,1-1 %)		
Mave-tarm-kanalen	Gastro-intestinal blødning	Tænderskæren
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet	Balanceforstyrrelser	
Lever og galdeveje	Leverpåvirkning	
Immunsystemet	Angioødem	Urticaria
Nervesystemet	Dyskinesier, Koordinationsbesvær, Myokloni	

Psyriske forstyrrelser	Apati, Derealisation, Hallucinationer, Hypomani, Mani	Abnorm orgasme
Nyrer og urinveje	Inkontinens	
Hud og subkutane væv	Alopeci, Fotosensibilitet, Purpura	
Vaskulære sygdomme	Hypotension, Ortostatisk hypotension, Synkope	
Sjældne (0,01-0,1 %)		
Blod og lymfesystem	Agranulocytose, Aplastisk anæmi, Pancytopeni	
Hjerte	Torsades de pointes-takykardi***, Ventrikelflimren, Ventrikulær takykardi	
Det endokrine system		Uhensigtsmæssig produktion af antidiuretisk hormon - SIADH
Øjne	Glaukom	
Mave-tarm-kanalen	Pancreatitis	
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet	Malignt neuroleptikasyndrom	
Lever og galdeveje	Hepatitis	
Immunsystemet	Anafylaktisk reaktion, Stevens-Johnsons syndrom	
Traumer, forgiftninger og behandlingskomplikationer	Serotoninsyndrom**	
Undersøgelser	Forlænget QT-interval***	
Metabolisme og ernæring	Hyponatriæmi	
Knogler, led, muskler og bindevæv	Rhabdomyolyse	
Nervesystemet	Dystoni	
Psyriske forstyrrelser	Delirium	
Luftveje, thorax og mediastinum	Eosinofil pneumoni, Interstitiel lungesygdom	
Hud og subkutane væv	Erythema multiforme, Toksisk epidermal nekrolyse (TEN)	
Meget sjældne (< 0,01 %)		

Blod og lymfesystem	Blødning (fra slimhinder), Blødningstendens, Trombocytopeni	
Det endokrine system	Hyperprolaktinæmi	
Nervesystemet	Tardive dyskinesier	
Ikke kendt hyppighed		
Hjerte	Stress kardiomyopati	
Graviditet, puerperium og den perinatale periode	Postpartum blødning****	
Psykiske forstyrrelser	Aggressivitet, Suicidale tanker eller adfærd	

Promedicin.dk

Referencenøgle

- (1) Klinisk erfaring på CTP
(2) Stahl's Prescribers Guide

Mianserin

Mianserin tilhører gruppen af Adrenerge receptorhæmmere (NaSSA*).

*Noradrenergic and specific serotonergic antidepressants

Indikation

Moderat til svær depression, særligt med søvnbesvær.

Mianserin har en betydelig sederende og anxiolytisk effekt og er derfor velegnet til behandling af søvnproblemer ved PTSD og depression. Desuden er der, i modsætning til traditionelle hypnotika, minimal risiko for toleransudvikling og stoffet er ikke afhængighedsskabende.

Doseringsforslag

Initialt 10 mg til nat. Maximalt 30 mg til nat.

Ældre og følsomme individer: 5-10mg til nat. (1)

Kan også anvendes 5-10 mg efter behov til nat, såfremt patienten ikke ønsker at anvende medicin dagligt, og ønsker udelukkende et sederende præparat (1).

Se også venligst "clinical pearls".

Clinical pearls

I forhold til dosis:

Ved bedring i indsovning og nedsat hyppighed af opvågninger men efterfølgende træthed i hverdagen kan dosis reduceres til 5 mg og/eller patienten kan tage mianserin tidligere på aftenen (1).

Ved bedring i indsovning men fortsat hyppige opvågning og træthed i dagtiden kan dosis forsøges øget til 20 mg. Ideen med dette er at øge sedationen så patienten sover natten igennem, og forhåbentligt oplever mindre træthed (1).

I de doser vi oftest bruger på CTP (5-30 mg) ses oftest ikke en antidepressiv effekt men primært en sederende effekt (1). For antidepressiv effekt evt. stigende til 60-90 mg (max dosis 90mg) (2).

I forhold til effekt/bivirkninger:

Mianserin forventes at have terapeutisk effekt på søvn straks. Bivirkninger er ofte forbigående og der kan ofte med fordel ventes før præparatet seponeres/andet farmaka forsøges (1,2).

Lav forekomst af seksuelle bivirkninger (2).

Behandlingsalgoritme i forhold til SSRI:

Hvis patienten også skal have SSRI kan man med fordel indlede behandlingen med mianserin. Mianserin nedsætter bivirkninger fra SSRI (rastløshed, insomni, kvalme) og kan medføre at patienten tolererer disse bedre (1,2).

Mianserin vs. mirtazapin:

Mianserin har en kortere plasmahalveringstid end mirtazapin. (Mianserin 12-29 timers og Mirtazapin 20-40 timers) (2). Når mianserin tages til natten medvirker dette ift. mirtazapin væsentligt mindre grad af antihistaminerge bivirkninger i dagtiden (sløvhed og øget appetit) og erfaringen fra CTP er at vægtøgning er meget mindre hyppigt (1).

Tidspunkt for dosering:

½ time før planlagt indsovning.

Graviditet

Bør ikke anvendes, utilstrækkelige data. Konfereres med overlæge.

Amning

Kan om nødvendigt anvendes. Konfereres med overlæge.

Kontraindikationer

Mani.

Behandling med MAO-hæmmere (isocarboxazid, rasagilin, selegilin). Behandling med en irreversibel MAO-hæmmer (fx isocarboxazid) inden for de sidste 14 dage eller en reversibel MAO-hæmmer (fx linezolid) inden for det sidste døgn.

Kombinationen kan give alvorlige og i nogle tilfælde fatale reaktioner.

Forsigtighedsregler

Diabetes

Ændring i glucosetolerancen hos patienter med diabetes er beskrevet [\(5877\)](#) [\(5878\)](#). Kontrol af blodsukker hos personer med diabetes.

Risiko for suicidaltanker og -adfærd

Mulig øget risiko for suicidal tanker og -adfærd i starten af behandlingen, særligt hos unge under 25 år. Alle patienter følges tæt de første uger af behandlingen og ved dosisændringer. Speciel forsigtighed ved angstsymptomer eller ved tidligere suicidaladfærd.

Risiko for kramper

Forsigtighed ved dårligt reguleret epilepsi og nedsat krampetærskel. Krampeanfald er set i sjældne tilfælde ved behandling med mianserin. Forekommer de, bør behandlingen seponeres.

Psykosser

Eksisterende psykotiske symptomer kan forværres. Miansering bør seponeres, hvis psykotiske symptomer forværres.

Andre forsigtighedsregler

Behandlingen bør seponeres, under hensyntagen til udvikling af evt. seponeringssymptomer, ved:

- Knoglemarvsdepression
- Icterus
- Symptomer på mani.

Intraoperative Floppy Iris Syndrome (IFIS) er observeret hos visse patienter ved operation for grå stær, hvis de behandles eller tidligere er blevet behandlet med tamsulosin. Der er set enkelte tilfælde af IFIS med andre alfa1-blokkere og en klasseeffekt kan ikke udelukkes.

Parakliniske prøver

Før opstart vurderes den kardielle risikoprofil samt der tages EKG, ved positiv fund herunder $QT \geq 480$ ms konfereres med kardiolog. Herefter bør der tages EKG igen ved 50% dosisøgning samt 1-2 uger efter opstart.

Se afsnit "Arytmi-risiko ved anvendelse af psykofarmaka".

Bivirkninger

Registrerede bivirkninger		
Systemorganklasse	Potentielt alvorlige bivirkninger	Oftest ikke alvorlige bivirkninger
Meget almindelige (> 10 %)		
Nervesystemet	Sedation*	
Almindelige (1-10 %)		
Undersøgelser		Forhøjede leverenzzymer, Vægtøgning
Vaskulære sygdomme	Ødemer	
Ikke almindelige (0,1-1 %)		

Knogler, led, muskler og bindevæv	Artralgi	Myalgi
Hud og subkutane væv		Hududslæt
Vaskulære sygdomme	Hypotension	
Sjældne (0,01-0,1 %)		
Blod og lymfesystem	Knoglemarvsdepression (granulocytopeni, agranulocytose)	
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet	Malignt neuroleptikasyndrom**	
Lever og galdeveje		Icterus
Knogler, led, muskler og bindevæv	Kramper	
Nervesystemet	Dyskinesier, Svimmelhed	
Psykiske forstyrrelser	Hypomani	
Det reproduktive system og mammae	Gynækomasti	
Meget sjældne (< 0,01 %)		
Hjerte	Bradykardi***	
Ikke kendt hyppighed		
Psykiske forstyrrelser	Suicidaladfærd	

Pro.medicin.dk

Referencenøgle

(1) Klinisk erfaring CTP

(2) Stahl's Prescribers Guide

Mirtazapin

Mirtazapin tilhører gruppen af Adrenerge receptorhæmmere (NaSSA*).

*Noradrenergic and specific serotonergic antidepressants

Indikation

Moderate til svære depressioner.

Mirtazapin har en betydelig sederende og anxiolytisk effekt og er derfor velegnet til behandling af søvnproblemer ved PTSD og depression. Desuden er der, i modsætning til traditionelle hypnotika, minimal risiko for toleransudvikling og stoffet er ikke afhængighedsskabende.

Doseringsforslag

Initialt 7,5-15 mg daglig. Maximalt 45 mg til natten.

Clinical pearls

Kan også anvendes til at bedre søvn med lavere doser (7,5-15mg) ofte i kombination med andet antidepressivum (f.eks. sertralin eller venlafaxin) (1). Nedsætter også bivirkninger fra SSRI og venlafaxin (kvalme, insomni, angst, diarre). (2)

Kan anvendes som augmentation strategi til behandling af svær depression, i kombination med SSRI eller venlafaxin (synergistik effekt). (2)

Se venligst også " Mianserin".

Obs: vægtøgning meget almindelig bivirkning. Lav forekomst af seksuelle bivirkninger. (2)

Parakliniske prøver

Før opstart vurderes den kardielle risikoprofil samt der tages EKG, ved positiv fund herunder $QT \geq 480ms$ konfereres med kardiolog. Herefter bør der tages EKG igen ved 50% dosisøgning samt 1-2 uger efter opstart.

Se afsnit "Arytmi-risiko ved anvendelse af psykofarmaka".

Vægten skal kontrolleres, og eventuelt plasmaglukose og plasmalipider.

Graviditet

Kan om nødvendigt anvendes. Konfereres altid med overlæge.

Amning

Kan om nødvendigt anvendes. Konfereres altid med overlæge.

Kontraindikationer

Samtidig brug af MAO-hæmmere (isocarboxazid, rasagilin, selegilin) samt behandling med en irreversibel MAO-hæmmer (fx isocarboxazid) inden for de sidste 14 dage eller en reversibel MAO-hæmmer (fx linezolid) inden for det sidste døgn bør normalt undgås.

Smeltetabletterne indeholder aspartam, der i organismen omdannes til fenylalanin. Må derfor ikke anvendes til patienter med fenylketonuri (Føllings sygdom).

Forsigtighedsregler

Diabetes

Teoretisk risiko for påvirkning af den glykæmiske kontrol hos patienter med diabetes.

Epilepsi og kramper

Mirtazapin kan anses som sikker i terapeutiske doser ved epilepsi .

Hypotension

Risiko for hypotension under behandlingen. Opmærksomhed ved eksisterende hypotension og tilstande, der kan forværres af hypotension, fx angina pectoris eller nyligt myokardieinfarkt, eller disponere for hypotension (fx dehydrering).

Icterus

Behandlingen seponeres, under hensynstagen til evt. udvikling af seponeringssymptomer, ved tegn på icterus.

Knoglemarvsdepression

Bl.a. granulocytopeni og agranulocytose, er set under behandlingen. Ved feber eller andre symptomer på infektion bør behandlingen stoppes og blodbilledet undersøges.

Mani/hypomani

- Risiko for induktion af mani. Forsigtighed ved tidligere mani/hypomani.
- Behandling af bipolar depression med antidepressiva må almindeligvis kun foretages under samtidig dække af stemningsstabiliserende medicin. Ved udvikling af mani anbefales behandlingen seponeret eller, hvis der kommer seponeringssymptomer, udtrappet, da disse kan bidrage til at forværre manien.

Risiko for antikolinerg belastning

Mirtazapin er et middel med lille til moderat antikolinerg effekt. Opmærksomhed på den antikolinerge belastning ved kombination med andre antikolinerge midler.

Tilstande der påvirkes af den antikolinergiske effekt

En række tilstande kan potentielt forværres pga. den antikolinerge effekt, bl.a.:

- Autonom neuropati (fx svær obstipation, risiko for ileus)
- GI-obstruktion
- Snævervinklet glaukom
- Hjertesvigt
- Myastenia gravis
- Prostatahyperplasi
- Tyrotoksikose
- Vandladningsbesvær.

Risiko for forlænget QT-interval

QT-forlængelse er forekommet - dog oftest i forbindelse med eksisterende risikofaktorer. Opmærksomhed ved faktorer, der kan disponere for forlænget QT-interval, fx:

- Elektrolytforstyrrelser (hypokaliæmi og hypomagnesiæmi)
- Bradykardi, palpitationer
- Uafklarede brystmerter
- Strukturel hjertesygdom
- Hypothyroidisme
- Samtidig behandling med diuretika
- Langt QT-syndrom
- Uforklarede besvimelsestilfælde.

Risiko for hyponatriæmi

Hyponatriæmi er forekommet. Forsigtighed ved risikofaktorer for hyponatriæmi (fx ældre, levercirrose, SIADH).

Risiko for udvikling af alvorlige hudreaktioner

Der er forekommet alvorlige og livstruende hudreaktioner som fx Stevens-Johnsons syndrom og toksisk epidermal nekrolyse ved behandling med mirtazapin. Ved symptomer på alvorlige hudreaktioner bør behandlingen seponeres.

Skizofreni

De psykotiske symptomer kan forværres, hvis patienten ikke samtidig er i antipsykotisk behandling.

Suicidaltanker og -adfærd

- Mulig øget risiko for suicidal tanker og -adfærd i starten af behandlingen, særligt hos unge under 25 år. Alle patienter følges tæt de første uger af behandlingen og ved dosisændringer. Speciel forsigtighed ved angstsymptomer eller ved tidligere suicidal adfærd.
- Hos børn og unge under 18 år er både set øget risiko for suicidal adfærd og aggressivitet.

Bivirkninger

Registrerede bivirkninger		
Systemorganklasse	Potentielt alvorlige bivirkninger	Oftest ikke alvorlige bivirkninger
Meget almindelige (> 10 %)		
Mave-tarm-kanalen		Mundtørhed
Undersøgelser		Vægtøgning
Metabolisme og ernæring		Øget appetit
Nervesystemet	Sedation*	Hovedpine
Psyriske forstyrrelser	Somnolens*	
Almindelige (1-10 %)		
Mave-tarm-kanalen		Diarré, Obstipation, Opkastning
Knogler, led, muskler og bindevæv	Artralgi, Rygsmerter	Myalgi
Nervesystemet	Hukommelsesbesvær, Svimmelhed, Tremor	
Psyriske forstyrrelser	Angst, Konfusion	Abnorme drømme, Døsighed
Hud og subkutane væv		Hududslæt
Vaskulære sygdomme	Ortostatisk hypotension, Perifere ødemer	
Ikke almindelige (0,1-1 %)		
Mave-tarm-kanalen		Oral hypæstesi

Nervesystemet	Motorisk uro, Paræstesier	Restless legs syndrome
Psyriske forstyrrelser	Agitation, Hallucinationer, Mani	Mareridt
Vaskulære sygdomme	Hypotension, Synkope	
Sjældne (0,01-0,1 %)		
Mave-tarm-kanalen	Pancreatitis	
Undersøgelser		Forhøjede levertransaminaser
Nervesystemet	Myokloni	
Psyriske forstyrrelser	Aggressivitet	
Ikke kendt hyppighed		
Blod og lymfesystem	Eosinofili, Knoglemarvsdepression	
Det endokrine system	Hyperprolaktinæmi	Uhensigtsmæssig produktion af antidiuretisk hormon - SIADH
Mave-tarm-kanalen		Mundhulegener, Øget spyttsekretion
Immunsystemet	Stevens-Johnsons syndrom	
Traumer, forgiftninger og behandlingskomplikationer	Serotoninsyndrom**	
Undersøgelser	Forlænget QT-interval***	Forhøjet plasma-kreatinkinase
Metabolisme og ernæring	Hyponatriæmi	
Knogler, led, muskler og bindevæv	Kramper, Rhabdomyolyse	
Nervesystemet	Oral paræstesi	
Psyriske forstyrrelser	Dysartri, Suicidale tanker eller adfærd	Søvngænger
Nyrer og urinveje	Urinretention	
Det reproduktive system og mammae	Priapisme	
Hud og subkutane væv	Bulløs dermatitis, Erythema multiforme, Lægemiddelreaktion med eosinofili og systemiske symptomer - DRESS, Toksisk epidermal nekrolyse (TEN)	
Vaskulære sygdomme	Ødemer	

Pro.medicin.dk

Referencenøgle

(1) Klinisk erfaring CTP

(2) Stahl's Prescribers Guide

Amitriptylin

Amitriptylin er et tricyklisk antidepressivum. (TCA)

Indikation

- Moderat til svær depression.
- Neuropatiske smerter
- Profylaktisk behandling af migræne og spændingshovedpine

Det kan vælges til patienter hvor svær depression/suicidalitet præger det kliniske billede eller hvor behandling med sertralin eller venlafaxin ikke er acceptabel grundet bivirkninger, eller grundet mangel på positiv effekt.

Det kan også anvendes til at mindske PTSD og angstsymptomer.

Doseringsforslag

Søvnforbedrende dosis: Initialt 10 mg før sengetid, ved god effekt kan øges op til 25 mg (1).

Antidepressiv virkning: 50 mg til aften, evt. stigende med 25 mg hver 2. dag til maks. dosis 150 mg dgl.

Anvendes en gang dagligt, om aftenen (for at mindske bivirkninger). (1)

Clinical pearls

I forhold til effekt/bivirkninger:

Dosis på 10-25 mg kan virke sederende og hjælpe på søvnen (1).

Den antidepressive virkning er ofte protraheret og ses ofte først efter 2-4 uger. Ses effekt ikke efter 6-8 uger må dosisøgning eller skift af præparat overvejes (2).

“Amitriptylin til de agiterede patienter”. Amitriptylin kan have en inhiberende effekt hvilket kan være ønskværdigt i en depressionstilstand præget af svær psykomotorisk uro (1).

Grundet virkning på neuropatiske smerter ved selv lave doser, kan præparatet med fordel overvejes hos de patienter, der i forvejen er i behandling med amitriptylin grundet smerteanamnese, for at stræbe mod monoterapi eller hos de patienter som lider af kroniske smerter eller/og hovedpine. Ved samtidig anvendelse af høje doser sertralin, bør amitriptylin dog kun gives i lave doser (10-20mg) for at undgå serotonerge bivirkninger (1).

Parakliniske prøver

EKG bør foretages før behandlingen, efter 1-2 ugers behandling samt ved dosisøgning på ≥ 50 %. Se afsnittet om Arytmi-risiko ved psykofarmaka. (3).

Plasmamonitorering:

Der bør foretages plasmakonzentrationsmålinger ved start af behandlingen, ved dosisændringer, ved bivirkninger, og ved manglende effekt. Ved vedligeholdelsesbehandling skal der foretages mindst årlige plasmakonzentrationsbestemmelse og ellers ved opståen af bivirkninger eller mistanke om interaktioner. Plasmakonzentrationsmålinger skal tages når der er opnået steady-state (mindst én uge efter sidste dosisjustering), og mindst 12 timers efter sidste indtagelse. (3)

Graviditet

Må kun anvendes under visse forudsætninger. Konfereres med overlæge.

Amning

Kan om nødvendigt anvendes. Konfereres med overlæge.

Kontraindikationer

MAO-hæmmere

Behandling med MAO-hæmmere (isocarboxazid, linezolid, rasagilin, selegilin) og behandling med en irreversibel MAO-hæmmer (fx isocarboxazid) inden for de sidste 14 dage eller en reversibel MAO-hæmmer (fx linezolid) inden for det sidste døgn er kontraindiceret. Kombinationerne kan give alvorlige og i nogle tilfælde fatale reaktioner.

Det antibiotiske middel linezolid kan i enkeltstående tilfælde gives under tæt observation, ligesom tillæg af isocarboxazid til behandling med Amitriptylin kan forsøges ved terapiresistent depression (specialistbehandling - se i øvrigt Irreversible, non-selektive MAO-hæmmere) (5507) (5508) (5509).

Hjertelidelser

Hjerteinsufficiens, forstyrrelser af hjerterytmen eller AV-blok. Må ikke anvendes før 6 måneder efter akut myokardieinfarkt.

Forsigtighedsregler

Opmærksomhed på den mulige risiko for overdosering i suicidalt øjemed. Udleverer eventuelt få tabletter ad gangen, hvis øget suicidal risiko.

Mundtørhed og cariesrisiko

Den antikolinerge effekt medfører mundtørhed med øget risiko for udvikling af caries. Regelmæssig tandlægekontrol tilrådes, fx hver 3. måned.

Diabetes

Risiko for påvirkning af den glykæmiske kontrol hos patienter med diabetes.

Hyperthyroidisme

Øget risiko for arytmier. Patienten følges nøje.

Hypomani eller mani

Risiko for induktion af mani. Forsigtighed ved tidligere mani/hypomani. Behandling af bipolar depression med antidepressiva må almindeligvis kun foretages under samtidig dække af stemningsstabiliserende medicin. Ved udvikling af mani anbefales behandlingen seponeret eller, hvis der kommer seponeringssymptomer, udtrappet, da disse kan bidrage til at forværre manien.

Kardiovaskulær lidelse

Overdødelighed er set ved behandling med TCA hos patienter med hjertelidelser, især af arteriosklerotisk art. Kardielle ledningsforstyrrelser kan forværres.

Kramper

Amitriptylin kan sænke krampetærsklen. Mulig risiko for forværring af anfaldstendens hos patienter med epilepsi eller udvikling af kramper hos patienter med nedsat krampetærskel. Behandlingen seponeres, hvis dette viser sig at udgøre et klinisk problem.

Risiko for forlænget QT-interval

QT-forlængelse er forekommet. Patienten bør monitoreres for symptomer på arytmier og EKG bør foretages før behandlingen, efter 1-2 ugers behandling samt ved dosisøgning på 50 % eller mere.

Forsigtighed ved faktorer, der kan disponere for forlænget QT-interval, bl.a.:

- Elektrolytforstyrrelser
- Bradykardi, palpitationer
- Uafklarede brystmerter
- Strukturel hjertesygdom
- Hypothyroidisme
- Samtidig behandling med diuretika
- Langt QT-syndrom
- Uforklarede besvimelsestilfælde
- Kvinder
- Ældre

Ved risikofaktorer overvejes kontakt til kardiolog.

Risiko for udvikling af alvorlige hudreaktioner

Der er forekommet alvorlige og livstruende hudreaktioner som Lægemiddelreaktion med eosinofili og systemiske symptomer (DRESS) ved behandling med amitriptylin. Ved symptomer på alvorlige hudreaktioner bør behandlingen seponeres.

Risiko for overdosering

Opmærksomhed på den mulige risiko for overdosering i suicidalt øjemed.

Skizofreni

De psykotiske symptomer kan forværres, især hvis amitriptylin er eneste behandling. Ubehandlet skizofreni er en relativ kontraindikation på grund af risiko for provokation respektivt eksacerbation af symptomer.

Suicidaltanker og -adfærd

Mulig øget risiko for suicidaltanker og -adfærd i starten af behandlingen, specielt hos unge under 25 år. Alle patienter følges tæt de første uger af behandlingen og ved dosisændringer. Speciel forsigtighed ved angstsymptomer eller ved tidligere suicidaladfærd.

Ældre

Forsigtighed pga. overdødelighed hos ældre ved behandling med TCA samt øget følsomhed for ortostatisk hypotension og evt. antikolinerge bivirkninger.

Risiko for antikolinerg belastning

Amitriptylin er et middel med en meget stærk antikolinerg effekt. Opmærksomhed på den antikolinerge belastning - særligt hos ældre og ved kombination med andre antikolinerge midler.

Tilstande der påvirkes af den antikolinergiske effekt

En række tilstande kan forværres pga. den antikolinerge effekt, bl.a.:

- Autonom neuropati (fx svær obstipation, risiko for ileus)
- GI-obstruktion
- Snævervinklet glaukom
- Hjertesvigt
- Myastenia gravis
- Prostatahyperplasi
- Tyrotoksikose
- Vandladningsbesvær.

Bivirkninger

Registrerede bivirkninger		
Systemorganklasse	Potentielt alvorlige bivirkninger	Oftest ikke alvorlige bivirkninger
Meget almindelige (> 10 %)		
Hjerte		Palpitationer, Takykardi
Øjne	Akkommodationsbesvær	
Mave-tarm-kanalen		Kvalme, Mundtørhed, Obstipation
Undersøgelser		Vægtøgning
Nervesystemet	Sedation, Svimmelhed, Tremor	Hovedpine
Psykiske forstyrrelser	Aggressivitet, Dysartri	Døsighed
Luftveje, thorax og mediastinum		Nasal tilstopning
Hud og subkutane væv		Øget svedtendens
Vaskulære sygdomme	Ortostatisk hypotension	
Almindelige (1-10 %)		
Hjerte	AV-blok, Grenblok	
Øjne		Pupildilatation
Mave-tarm-kanalen		Smagsforstyrrelser
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet		Træthed
Undersøgelser	EKG-forandringer (herunder forlænget QT-interval* og øget bredde af QRS-komplekset)	
Metabolisme og ernæring	Hyponatriæmi	Tørst

Nervesystemet	Ataksi, Paræstesier	
Psykiske forstyrrelser	Agitation, Koncentrationsbesvær, Konfusion	
Nyrer og urinveje	Vandladningsbesvær	
Det reproduktive system og mammae	Erektile dysfunktion	Nedsat libido
Ikke almindelige (0,1-1 %)		
Hjerte	Forværring af hjertheinsufficiens	
Øre og labyrint	Tinnitus	
Øjne	Forhøjet intraokulært tryk**	
Mave-tarm-kanalen	Tungeødem	Diarré, Opkastning
Lever og galdeveje	Leverpåvirkning	
Immunsystemet	Ansigtødem	Urticaria
Knogler, led, muskler og bindevæv	Kramper	
Psykiske forstyrrelser	Angst, Hypomani, Mani	Mareridt, Søvnløshed
Nyrer og urinveje	Urinretention	
Det reproduktive system og mammae		Galaktori
Hud og subkutane væv		Hududslæt
Vaskulære sygdomme	Hypertension, Kredsløbskollaps	
Sjældne (0,01-0,1 %)		
Blod og lymfesystem	Agranulocytose, Eosinofili, Knoglemarvsdepression, Leukopeni, Trombocytopeni	
Hjerte	Arytmier	
Mave-tarm-kanalen	Paralytisk ileus	Forstørrede spytkirtler
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet		Temperaturstigning
Lever og galdeveje		Icterus
Undersøgelser		Forhøjede leverenzymmer, Vægttab
Metabolisme og ernæring		Nedsat appetit
Psykiske forstyrrelser	Delirium (hos ældre), Hallucinationer (ved skizofreni), Suicidale tanker eller adfærd	
Det reproduktive system og mammae	Gynækomasti	
Hud og subkutane væv	Alopece, Fotosensibilitet	
Meget sjældne (< 0,01 %)		
Hjerte	Kardiomyopati, Torsades de pointes-takykardi	
Øjne	Akut glaukom**	
Nervesystemet	Akatis, Neuropati	

Luftveje, thorax og mediastinum	Allergisk alveolitis	
Ikke kendt hyppighed		
Øjne		Øjentørhed
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet	Hypertermi	
Lever og galdeveje	Hepatitis	
Traumer, forgiftninger og behandlingskomplikationer	Serotoninsyndrom***	
Metabolisme og ernæring	Hyper- eller hypoglykæmi	
Nervesystemet	Ekstrapyramidale gener	
Psyriske forstyrrelser	Psyrose	

Promedicin.dk

Referencenøgle

- (1) Klinisk erfaring CTP
- (2) Stahl's Prescribers Guide
- (3) Promedicin.dk

Nortriptylin

Nortriptylin er et tricyklisk antidepressivum.

Indikation

Moderat til svær depression (3)
Neuropatiske / kroniske smerter (2)

Dosering

Voksne

Initialt 25 mg til aften, stigende med 25 mg hver 3-4. dag til normalt højst 150 mg dgl (1).
Anvendes en gang dagligt, om aftenen. Anvendelse foretrækkes en gang dagligt, for at mindske bivirkninger. (1)

Ældre

Ældre er defineret som ≥65 år
Initialt 10 mg dgl., gradvis stigende til 75 mg dgl.

Clinical pearls

Ikke første valgs præparat, grundet bivirkningsprofil. (1,2)
Det kan vælges til patienter hvor svær depression/suicidalitet præger det kliniske billede, eller hvor behandling med sertralin eller venlafaxin ikke er acceptabel grundet bivirkninger eller grundet mangel på positiv effekt.
Kan også anvendes til lindring af PTSD og angstsymptomer (selvom der ikke er formel indikation). (1)

Hvis der opleves udtalt sedation ved amitriptylin, kan der skiftes til nortriptylin, som er mindre sederende. Se tabel "Antidepressivas vigtigste bivirkningsprofiler" i særskilt afsnit.

Kontraindikationer

MAO-hæmmere

Samtidig behandling med MAO-hæmmere (isocarboxazid, linezolid, rasagilin, selegilin) er kontraindiceret. Det samme gælder behandling med en irreversibel MAO-hæmmer (fx isocarboxazid) inden for de sidste 14 dage eller en reversibel MAO-hæmmer (fx linezolid) inden for det sidste døgn. Kombinationerne kan give alvorlige og i nogle tilfælde fatale reaktioner.

Det antibiotiske middel linezolid kan i enkeltstående tilfælde gives under tæt observation, ligesom tillæg af isocarboxazid til behandling med nortriptylin kan forsøges ved terapiresistent depression (specialistbehandling - se i øvrigt Irreversible, non-selektive MAO-hæmmere)

Behandling med nortriptylin er kontraindiceret ved hjertheinsufficiens, AV-blok, kardielle ledningsforstyrrelser samt i mindst 6 måneder efter akut myokardieinfarkt.

Forsigtighedsregler

Opmærksomhed på den mulige risiko for overdosering i suicidalt øjemed. Udleverer eventuelt få tabletter ad gangen, hvis øget suicidal risiko.

Mundtørhed og cariesrisiko

Den antikolinerge effekt medfører mundtørhed med øget risiko for udvikling af caries. Regelmæssig tandlægekontrol tilrådes, fx hver 3. måned.

Diabetes

Risiko for påvirkning af den glykæmiske kontrol hos patienter med diabetes.

Hyperthyroidisme

Øget risiko for arytmier. Patienten følges nøje.

Hypomani eller mani

Risiko for induktion af mani. Forsigtighed ved tidligere mani/hypomani. Behandling af bipolar depression med antidepressiva må almindeligvis kun foretages under samtidig dække af stemningsstabiliserende medicin. Ved udvikling af mani anbefales behandlingen seponeret eller, hvis der kommer seponeringssymptomer, udtrappet, da disse kan bidrage til at forværre manien.

Kardiovaskulær lidelse

Overdødelighed er set ved behandling med TCA hos patienter med hjertelidelser, især af arteriosklerotisk art. Kardielle ledningsforstyrrelser kan forværres.

Kramper

Nortriptylin kan sænke krampetærsklen. Mulig risiko for forværring af anfaldstendens hos patienter med epilepsi eller udvikling af kramper hos patienter med nedsat krampetærskel. Behandlingen seponeres, hvis dette viser sig at udgøre et klinisk problem.

Risiko for forlænget QT-interval

QT-forlængelse er forekommet. Patienten bør monitoreres for symptomer på arytmier og EKG bør foretages før behandlingen, efter 1-2 ugers behandling samt ved dosisøgning på 50 % eller mere.

Forsigtighed ved faktorer, der kan disponere for forlænget QT-interval, bl.a.:

- Elektrolytforstyrrelser
- Bradykardi, palpitationer
- Uafklarede brystmerter
- Strukturel hjertesygdom
- Hypothyroidisme
- Samtidig behandling med diuretika
- Langt QT-syndrom
- Uforklarede besvimelsestilfælde
- Kvinder
- Ældre

Ved risikofaktorer overvejes kontakt til kardiolog

Risiko for overdosering

Opmærksomhed på den mulige risiko for overdosering i suicidalt øjemed.

Skizofreni

De psykotiske symptomer kan forværres, især hvis nortriptylin er eneste behandling. Ubehandlet skizofreni er en relativ kontraindikation på grund af risiko for provokation respektivt eksacerbation af symptomer.

Suicidaltanker og -adfærd

Mulig øget risiko for suicidaltanker og -adfærd i starten af behandlingen, specielt hos unge under 25 år. Alle patienter følges tæt de første uger af behandlingen og ved dosisændringer. Speciel forsigtighed ved angstsymptomer eller ved tidligere suicidaladfærd.

Ældre

Forsigtighed pga. overdødelighed hos ældre ved behandling med TCA samt øget følsomhed for ortostatisk hypotension og evt. antikolinerge bivirkninger.

Risiko for antikolinerg belastning

Nortriptylin er et middel med en meget stærk antikolinerg effekt. Opmærksomhed på den antikolinerge belastning - særligt hos ældre og ved kombination med andre antikolinerge midler.

Tilstande der påvirkes af den antikolinergiske effekt

En række tilstande kan forværres pga. den antikolinerge effekt, bl.a.:

- Autonom neuropati

- GI-obstruktion (fx svær obstipation, risiko for ileus)
- Snævervinklet glaukom
- Hjertesvigt
- Myastenia gravis
- Prostatahyperplasi
- Vandladningsbesvær.

Parakliniske prøver

EKG bør foretages før behandlingen, efter 1-2 ugers behandling samt ved dosisøgning på $\geq 50\%$ (3). Se afsnittet om Arytmi-risiko ved psykofarmaka.

Plasmamonitorering

Der bør foretages plasmakoncentrationsmålinger ved start af behandlingen, ved dosisændringer, ved bivirkninger, og ved manglende effekt. Ved vedligeholdelsesbehandling skal der foretages mindst årlige plasmakoncentrationsbestemmelse og ellers ved opståen af bivirkninger eller mistanke om interaktioner. Plasmakoncentrationsmålinger skal tages når der er opnået steady-state (mindst én uge efter sidste dosisjustering), og mindst 12 timers efter sidste indtagelse. (3)

Graviditet

Kan om nødvendigt anvendes. Konfereres altid med overlæge.

Amning

Kan om nødvendigt anvendes. Konfereres altid med overlæge

Bivirkninger

Registrerede bivirkninger		
Systemorganklasse	Potentielt alvorlige bivirkninger	Oftest ikke alvorlige bivirkninger
Meget almindelige (> 10 %)		
Hjerte		Palpitationer, Takykardi
Øjne	Akkommodationsbesvær	
Mave-tarm-kanalen		Kvalme, Mundtørhed, Obstipation
Undersøgelser		Vægtøgning
Nervesystemet	Svimmelhed, Tremor	Hovedpine
Psyriske forstyrrelser		Døsighed
Hud og subkutane væv		Øget svedtendens
Vaskulære sygdomme	Ortostatisk hypotension	
Almindelige (1-10 %)		
Hjerte	AV-blok, Grenblok	

Øjne		Pupildilatation
Mave-tarm-kanalen		Smagsforstyrrelser
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet		Træthed
Undersøgelser	EKG-forandringer (herunder forlænget QT-interval* og øget bredde af QRS-komplekset)	
Nervesystemet	Ataksi, Paræstesier	
Psyriske forstyrrelser	Koncentrationsbesvær, Konfusion	
Det reproduktive system og mammae	Erektile dysfunktion	Nedsat libido
Ikke almindelige (0,1-1 %)		
Øre og labyrint	Tinnitus	
Øjne	Forhøjet intraokulært tryk**	
Mave-tarm-kanalen	Tungeødem	Diarré, Opkastning
Immunsystemet	Ansigtødem	Urticaria
Knogler, led, muskler og bindevæv	Kramper	
Psyriske forstyrrelser	Angst, Mani	Mareridt, Søvnløshed
Nyrer og urinveje	Urinretention	
Vaskulære sygdomme	Hypertension	
Sjældne (0,01-0,1 %)		
Blod og lymfesystem	Agranulocytose, Eosinofili, Knoglemarvsdepression, Trombocytopeni	
Hjerte	Arytmier	
Mave-tarm-kanalen	Paralytisk ileus	
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet		Feber
Lever og galdeveje	Leverpåvirkning	Icterus
Undersøgelser		Vægttab
Psyriske forstyrrelser	Delirium***, Hallucinationer***	
Det reproduktive system og mammae	Gynækomasti	
Hud og subkutane væv	Alopeci, Fotosensibilitet	
Ikke kendt hyppighed		
Det endokrine system	Schwartz-Bartters syndrom	
Traumer, forgiftninger og behandlingskomplikationer	Serotoninsyndrom****	
Psyriske forstyrrelser	Suicidaladfærd	

Promedicin.dk

Referencenøgle

- (1) Klinisk erfaring CTP
- (2) Stahl's Prescribers Guide
- (3) Promedicin.dk

Risperidon

Risperidon er et benzisoxazolderivat og et såkaldt 2. generations antipsykotikum med ringe sedativ effekt.

Indikation

- Skizofreni og andre psykotiske tilstande.
- Maniske faser i forbindelse med bipolar affektiv sindslidelse.

Risperidon er en af de førstevalgspræparater blandt antipsykotika som anbefales ved 1. behandlingsforsøg. (3)

Ved en mindre gruppe af patienterne i behandling ved CTP forekommer psykotiske symptomer. Ofte har antipsykotisk medicin ingen effekt overfor disse symptomer og det må i første omgang tilrådes udelukkende at fokusere på behandling med antidepressiv medicin. Hvis dette er forsøgt over 2-3 måneder og patienten uændret er forpint af psykotiske symptomer kan lægen vælge at tillægge risperidon. (1)

Doseringsforslag

- Psykotiske symptomer i forbindelse med PTSD eller svær depression: Initialt 0.25-0,5 mg dgl. Det vil sjældent være behov for dosis over 2mg dgl. (1). Gives typisk til nat.
- Psykoselidelser: Initialt 0.5-1 mg dgl. stigende over dage, til normal vedligeholdelsesdosis 4-6 mg dgl. (1, 2). Gives typisk til nat.

Clinical pearls

I forhold til effekt/bivirkning:

Psykotiske og maniske symptomer kan bedres allerede efter en uges behandling. Det anbefales at vente 4-6 uger for at bestemme stoffets effektivitet men den kliniske virkelighed viser at det for nogle patienter kan tage 16-20 uger før en god respons ses. (2)

Reducerer ofte positive symptomer men eliminerer dem sjældent. (2)

Kan bedre negative, kognitive, aggressive og affektive symptomer ved skizofreni. (2)

Såfremt antipsykotika ikke virker, skal dårlig compliance, sideløbende misbrug eller hurtig metabolisering (fast metaboliser) overvejes, før der skiftes til andet præparat (1,2)

Mange bivirkninger foretager sig med tiden. Ved bivirkninger kan en afventende holdning tages initialt.

Risperidon vs. andre antipsykotika:

Risperidon er mindre sederende end olanzapin/quetiapin

Graviditet

Må kun anvendes under visse forudsætninger. Skal konfereres med overlæge.

Amning

Kan om nødvendigt anvendes. Skal konfereres med overlæge.

Kontraindikationer

Komatøse tilstande.

Forsigtighedsregler

Demens

Behandling med antipsykotika medfører overdødelighed hos ældre med demens, og der er set en højere frekvens af cerebrovaskulære hændelser.

Forlænget QT-interval

QT-forlængelse er forekommet. Patienten bør monitoreres for symptomer på arytmier og EKG bør foretages før behandlingen og efterfølgende. Forsigtighed ved risikofaktorer for forlænget QT-interval: Elektrolytforstyrrelser (hypokaliæmi, hypomagnesiæmi), bradykardi, strukturel hjertesygdom, medfødt langt QT-syndrom, tidligere QT-forlængelse, samtidig behandling med diuretika, kvinder, ældre. Ved risikofaktorer overvejes kontakt til kardiolog.

Grå stær

Ved operation for grå stær kan der være mulig risiko for Intraoperative Floppy Iris Syndrome (IFIS).

Hyperglykæmi

På grund af risiko for svær hyperglykæmi bør patienten løbende vurderes. Det gælder især patienter med diabetes, prædiabetes eller diabetesdisposition, hvor HbA1c bør kontrolleres med passende mellemrum (2867).

Kardiovaskulære lidelser

Opmærksomhed på tilstande, der øger risikoen for udvikling af ortostatisk hypotension (fx hjertesvigt, myokardieinfarkt eller ledningsforstyrrelser). Hvis der opstår ortostatisk hypotension, bør dosisreduktion overvejes.

Leukopeni/neutropeni

Ved leukopeni/neutropeni kontrolleres patienten. Behandlingen seponeres ved neutrofile leukocytter $< 1 \times 10^9/L$.

Risiko for malignt neuroleptika syndrom

Ved behandling med antipsykotika kan i meget sjældne tilfælde ses malignt neuroleptika syndrom. I alvorlige tilfælde kan tilstanden være fatal, se Antipsykotika - bivirkninger.

Mulige risikofaktorer for malignt neuroleptikasyndrom identificeret i epidemiologiske undersøgelser og case-studier (3895) (5987):

- Agitation
- Alkoholindtag
- Dehydrering

- Fejlernæring
- Fysisk udmattelse
- Jernmangel
- Psykoaktive stoffer
- Strukturelle- eller funktionelle hjernelidelser (fx encephalitis, tumorer, delirium eller demens)
- Thyrotoksikose
- Trauma

Malignt neuroleptika syndrom er blevet associeret med de fleste dopaminagonister, men risikoen er sandsynligvis højere for 1. generations antipsykotika sammenlignet med 2. generations antipsykotika. Risikoen synes desuden at øges ved parenteral administration, dosisøgning/behandlingsopstart og høj totaldosis.

Prolaktinstigning

Stigning i prolaktin kan ses ved brug af antipsykotika og særligt ved bl.a. risperidon.

Forsigtighed ved anvendelse til kvinder i behandling for brystcancer, da den kliniske betydning af prolaktinstigning ved prolaktinafhængige tumorer er ukendt.

Ved tegn på prolaktin-relaterede bivirkninger anbefales kontrol af plasma-prolaktin.

Risiko for kramper

Kramper er en registreret bivirkning.

Forsigtighed ved tidligere tilfælde af kramper, sygdom forbundet med kramper eller ved nedsat krampetærskel.

Unge

Børn og unge bør regelmæssigt vurderes for mulige effekter på vækst og seksuel modning (pga. risiko for langvarig hyperprolaktinæmi) samt for ekstrapyramidale symptomer.

Venøs tromboemboli

Venøs tromboemboli (VTE) kan ses ved behandling med antipsykotika. Ekstra opmærksomhed bør udvises ved risikofaktorer for VTE.

Vægtøgning

Vægtøgning er set ved behandling med risperidon. BMI og taljeomfang bør måles og følges. Råd om regelmæssig fysisk aktivitet og kostvejledning kan evt. modvirke vægtøgning og reducere risikoen for følgesygdomme.

Se Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser fra Sundhedsstyrelsen .

Ældre

Forsigtighed til ældre - bl.a. pga. øget risiko for ortostatisk hypotension.

Risiko for antikolinerg belastning

Risperidon er et middel med lille til moderat antikolinerg effekt. Opmærksomhed på den antikolinerge belastning ved kombination med andre antikolinerge midler.

Parakliniske prøver

Henvises til VIP vejledning "psykotiske tilstande hos voksne, børn og unge - medicinsk behandling (RADS)" angående monitorering af bivirkninger.

Risiko for forlænget QT-interval :

Patienten bør monitoreres for symptomer på arytmier og EKG bør foretages før behandlingen, efter 1-2 ugers behandling samt ved dosisøgning på $\geq 50\%$. Se venligst afsnittet om Arytmi-risiko ved antidepressiva. (3)

Bivirkninger

Registrerede bivirkninger		
Systemorganklasse	Potentielt alvorlige bivirkninger	Oftest ikke alvorlige bivirkninger
Meget almindelige (> 10 %)		
Nervesystemet	Parkinsonisme, Sedation (ses ofte hos børn og unge)	Hovedpine
Psykiske forstyrrelser		Søvnløshed
Almindelige (1-10 %)		
Hjerte		Takykardi
Øre og labyrint	Øreinfektion	
Det endokrine system	Hyperprolaktinæmi	
Øjne	Conjunctivitis, Sløret syn	
Mave-tarm-kanalen	Abdominalsmerter, Tandsmerter	Diarré, Dyspepsi, Kvalme, Mundtørhed, Obstipation, Opkastning
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet	Smerter	Kraftesløshed, Temperaturstigning, Træthed
Infektioner og parasitære sygdomme		Infektion i øvre luftveje, Influenzalignende symptomer
Undersøgelser		Vægtøgning
Metabolisme og ernæring		Nedsat eller øget appetit
Knogler, led, muskler og bindevæv	Artralgi, Muskelkramper, Rygsmerter	Myalgi
Nervesystemet	Akatisi, Dyskinesier, Dystoni, Svimmelhed, Tremor	
Psykiske forstyrrelser	Agitation, Angst, Depression	Søvnforstyrrelser

Nyrer og urinveje	Inkontinens, Urinvejsinfektion	
Det reproduktive system og mammae		Brystsmerter
Luftveje, thorax og mediastinum	Dyspnø, Pneumoni	Epistaxis, Hoste, Nasal tilstopning, Sinuitis, Smerter i øvre luftveje
Hud og subkutane væv	Erytem	Hududslæt
Vaskulære sygdomme	Hypertension, Ødemer	
Ikke almindelige (0,1-1 %)		
Blod og lymfesystem	Anæmi, Eosinofili, Leukopeni, Neutropeni, Trombocytopeni	
Hjerte	Atrieflimren, AV-blok, Bradykardi, Kardielle ledningsforstyrrelser	Palpitationer
Øre og labyrint	Tinnitus, Øresmerter	
Øjne	Okulær hyperæmi, Øjeninfektion	Fotofobi, Tåreflåd, Øjentørhed
Mave-tarm-kanalen	Fækal inkontinens, Fækalom	Flatulens, Gastroenteritis, Smagsforstyrrelser, Synkebesvær
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet	Balanceforstyrrelser	Kuldegysninger, Utilpashed
Immunsystemet	Ansigtsødem, Hypersensitivitet	Urticaria
Infektioner og parasitære sygdomme		Onykomykose
Undersøgelser	EKG-forandringer, Forlænget QT-interval*, Nedsat hæmatokritværdi	Forhøjede leverenzzymer, Forhøjet plasma-kreatinkinase, Vægttab
Metabolisme og ernæring	Diabetes, Hyperglykæmi, Hyperkolesterolæmi	Tørst
Knogler, led, muskler og bindevæv	Kramper, Ledstivhed, Muskelsvaghed	Hævede led, Nakkesmerter
Nervesystemet	Bevidsthedstab, Gangforstyrrelser, Hypæstesi, Koordinationsbesvær, Paræstesier, Tardive dyskinesier	
Psyriske forstyrrelser	Hyperaktivitet, Koncentrationsbesvær, Konfusion, Mani, Nervøsitet, Talebesvær	Mareridt

Nyrer og urinveje	Cystitis, Urinretention	Dysuri, Hyppig vandladning
Det reproduktive system og mammae	Amenoré, Erektile dysfunktion, Gynækomasti, Seksuelle forstyrrelser	Ejakulationsforstyrrelser, Galaktoré, Mastalgi, Menstruationsforstyrrelser, Nedsat libido, Ubehag i brysterne, Udflåd
Luftveje, thorax og mediastinum	Aspirationspneumoni, Luftvejsobstruktion, Stridor	Oppression, Pharyngitis
Hud og subkutane væv	Alopece, Cellulitis, Dermatitis, Eksem	Acne, Hudkløe, Hudlæsion, Hyperkeratoser, Misfarvning af huden, Seborré, Tør hud
Vaskulære sygdomme	Cerebrovaskulære tilfælde, Hypotension, Ortostatisk hypotension, Synkope	Flushing
Sjældne (0,01-0,1 %)		
Blod og lymfesystem	Agranulocytose	
Hjerte	Arytmier	
Det endokrine system		Uhensigtsmæssig produktion af antidiuretisk hormon - SIADH
Øjne	Glaukom**, Nystagmus	Øjenlågsirritation
Mave-tarm-kanalen	Pancreatitis, Tarmobstruktion, Tungeødem	Cheilitis
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet	Malignt neuroleptikasyndrom***	Perifer kuldefornemmelse, Temperaturfald
Lever og galdeveje		Icterus
Immunsystemet	Anafylaktisk reaktion	
Infektioner og parasitære sygdomme	Infektioner	
Traumer, forgiftninger og behandlingskomplikationer	Intraoperative Floppy Iris Syndrome (IFIS)	
Undersøgelser	Glucosuri	
Metabolisme og ernæring	Coma diabeticum, Hyperinsulinæmi, Hypertriglyceridæmi, Hypoglykæmi, Vandintoksikation	
Knogler, led, muskler og bindevæv	Rhabdomyolyse	
Nervesystemet	Katatoni, Okulogyration	Hovedtitubation

Psykiske forstyrrelser	Følelsesforfladigelse	Søvngænger, Søvnrelateret spiseforstyrrelse
Det reproduktive system og mammae	Anorgasme, Oligomenoré, Priapisme	Mammahypertrofi
Luftveje, thorax og mediastinum	Søvnapnø	Hyperventilation
Hud og subkutane væv		Skæl
Vaskulære sygdomme	Dyb venetrombose, Lungeemboli	
Meget sjældne (< 0,01 %)		
Mave-tarm-kanalen	Ileus	
Immunsystemet	Angioødem	
Metabolisme og ernæring	Ketoacidose	
Ikke kendt hyppighed		
Immunsystemet	Stevens-Johnsons syndrom	
Hud og subkutane væv	Toksisk epidermal nekrolyse (TEN)	

Promedicin.dk

Referencenøgle

(1) Klinisk erfaring CTP

(2) Stahl's Prescribers Guide

(3) VIP vejledning "psykotiske tilstande hos voksne, børn og unge - medicinsk behandling (RADS)"

Quetiapin

Quetiapin er et 2. generations antipsykotikum med nogen sedativ effekt.

Quetiapin er en af de førstevalgspræparater blandt antipsykotika som anbefales ved 1. behandlingsforsøg.
(3)

Indikation

Tabletter og depottabletter

- Skizofreni og andre psykotiske tilstande
- Behandling af moderat til svær manisk episode samt moderat til svær depressiv episode ved bipolar lidelse.
- Forebyggelse af manisk eller depressiv episode ved bipolar lidelse, hvor quetiapin tidligere har haft effekt.

Depottabletter

- Som supplerende behandling af depressive episoder ved unipolar depression, hvor monoterapi med et antidepressiva ikke har været tilstrækkeligt.

I mindre doser (uden antipsykotisk effekt) anvendes quetiapin på CTP som søvnforbedrende præparat, hvis anden behandling med mianserin og amitriptylin ikke har haft effekt. (1)

Doseringsforslag

Søvnforbedrende effekt

Initialt 25 mg stigende til max 200 mg. Gives til nat. (1)

Antipsykotisk effekt:

Tabletter. Dosis fordeles på 2 daglige doser. 1. dag: 50 mg, 2. dag: 100 mg, 3. dag: 200 mg og 4. dag: 300 mg. Derefter titreres dosis afhængig af effekt. Den normale vedligeholdelsesdosis er 300-750 mg fordelt på 2 doser.

Depottabletter. Voksne. Dosis tages 1 gang daglig mindst 1 time før et måltid. 1. dag: 300 mg, 2. dag: 600 mg. Den normale vedligeholdelsesdosis er 400-800 mg 1 gang dgl.

Supplerende behandling ved unipolar depression

Depottabletter. Dosis tages almindeligvis ved sengetid. 1. dag: 50 mg, 2. dag: 50 mg, 3. dag: 150 mg og 4. dag: 150 mg. Hvis nødvendigt kan dosis øges til 300 mg dgl.

Kan også anvendes i små doser (12,5-100mg dgl), ved agitation, uro, selvmordstanker, selvskadende adfærd, eventuelt p.n., eller fast i en periode. (1).

Clinical pearls

I forhold til effekt/bivirkning:

Psykotiske og maniske symptomer kan bedres allerede efter en uges behandling. Det anbefales at vente 4-6 uger for at bestemme stoffets effektivitet men den kliniske virkelighed viser at det for nogle patienter kan tage 16-20 uger før en god respons ses. (2)

Reducerer ofte positive symptomer men eliminerer dem sjældent (2)

Kan bedre negative, kognitive, aggressive og affektive symptomer ved skizofreni (2)

Såfremt antipsykotika ikke virker, skal dårlig compliance, sideløbende misbrug eller hurtig metabolisering (fast metaboliser) overvejes før der skiftes til andet præparat (1,2)

Mange bivirkninger fortager sig med tiden. Ved bivirkninger kan en afventende holdning tages initialt.

Graviditet

Kan om nødvendigt anvendes. Konfereres med overlæge.

Amning

Kan om nødvendigt anvendes. Konfereres med overlæge

Kontraindikationer

Samtidig administration af CYP3A4-hæmmere (fx HIV-proteasehæmmere, azoler, erythromycin, clarithromycin, nefazodon).

Forsigtighedsregler

Brystcancer

Quetiapin kan forårsage prolaktinstigning. Forsigtighed ved anvendelse til kvinder i behandling for brystcancer. Den kliniske betydning af prolaktinstigning ved prolaktinafhængige tumorer er ukendt.

Demens

Behandling med antipsykotika medfører overdødelighed hos ældre med demens, og der er set en højere frekvens af cerebrovaskulære hændelser.

Forlænget QT-interval

QT-forlængelse er forekommet. Patienten bør monitoreres for symptomer på arytmier og EKG bør foretages før behandlingen og efterfølgende. Forsigtighed ved risikofaktorer for forlænget QT-interval: Elektrolytforstyrrelser (hypokaliæmi, hypomagnesiæmi), bradykardi, strukturel hjertesygdom, medfødt langt QT-syndrom, tidligere QT-forlængelse, samtidig behandling med diuretika eller midler med risiko for QT-forlængelse, kvinder, ældre. Ved risikofaktorer overvejes kontakt til kardiolog.

Hyperglykæmi

På grund af risiko for svær hyperglykæmi bør patienten løbende vurderes. Det gælder især patienter med diabetes, prædiabetes eller diabetesdisposition, hvor HbA1c bør kontrolleres med passende mellemrum.

Kardiovaskulære lidelser

Generel forsigtighed pga. risiko for hypotension. Der er set kardiomyopati og myokarditis hos personer i behandling med quetiapin. Seponering bør overvejes ved tegn på kardiomyopati eller myokarditis.

Kramper

Tilfælde af kramper er set ved behandling med quetiapin. Forsigtighed ved tidligere tilfælde af kramper, sygdom forbundet med kramper eller nedsat krampetærskel.

Kutane bivirkninger

Alvorlige kutane bivirkninger (bl.a. Stevens-Johnson syndrom og toksisk epidermal nekrolyse) er forekommet under behandling med quetiapin. De fleste tilfælde er set inden for 4 uger efter behandlingsstart, nogle inden for 6 uger. Ved tegn på kutane reaktioner skal behandlingen seponeres.

Misbrugsrisiko

Misbrug er forekommet. Forsigtighed ved tidligere afhængighed af lægemidler.

Risiko for malignt neuroleptika syndrom

Ved behandling med antipsykotika kan i meget sjældne tilfælde ses malignt neuroleptika syndrom. I alvorlige tilfælde kan tilstanden være fatal, se Antipsykotika - bivirkninger.

Mulige risikofaktorer for malignt neuroleptikasyndrom identificeret i epidemiologiske undersøgelser og case-studier :

- Agitation
- Alkoholindtag
- Dehydrering
- Fejlernæring
- Fysisk udmattelse
- Jernmangel
- Psykoaktive stoffer
- Strukturelle- eller funktionelle hjernelidelser (fx encephalitis, tumorer, delirium eller demens)
- Thyrotoksikose
- Trauma

Malignt neuroleptika syndrom er blevet associeret med de fleste dopaminantagonister, men risikoen er sandsynligvis højere for 1. generations antipsykotika sammenlignet med 2. generations antipsykotika. Risikoen synes desuden at øges ved parenteral administration, dosisøgning/behandlingsopstart og høj totaldosis.

Parkinsons sygdom

Der er vist øget risiko for dødsfald under behandling mod depression med quetiapin hos patienter med Parkinsons sygdom i alderen > 65 år. Kliniske undersøgelser har desuden rapporteret om forværring af Parkinson symptomatologi ved brug af quetiapin.

Risiko for antikolinerg belastning

Quetiapin har stærk antikolinerg effekt.

En række tilstande kan forværres pga. den antikolinerge effekt af den aktive metabolit norquetiapin, bl.a. autonom neuropati, GI-obstruktion, snærvinklet glaukom, hjertesvigt, myastenia gravis, prostatahyperplasi, tyrotoksikose og vandladningsbesvær.

Opmærksomhed på den antikolinerge belastning ved kombination med andre antikolinerge midler. Se desuden Antikolinerge lægemidler, Sundhedsstyrelsen, juni 2019.

Risiko for neutropeni

Opmærksomhed på infektionssymptomer og andre tegn på neutropeni. Behandlingen skal seponeres ved et neutrofiltal < 1,0 x 10⁹/l.

Risikofaktorer for venøs tromboemboli (VTE)

Venøs tromboemboli (VTE) kan ses ved behandling med antipsykotika. Ekstra opmærksomhed bør udvises ved risikofaktorer for VTE.

Suicidal adfærd

Ved behandling af depressive episoder kan der, særligt i starten af behandlingen, ses øget risiko for suicidal adfærd. Hos unge under 25 år er der generelt set en øget risiko for suicidal adfærd. Øget forekomst af suicidal adfærd er også set ved samtidig behandling med antidepressiva. Særlig forsigtighed ved tidligere suicidal adfærd.

Søvnapnø

Søvnapnø er forekommet under behandlingen. Eksisterende søvnapnø kan muligvis forværres. Forsigtighed ved øget risiko for søvnapnø (fx samtidig brug af CNS-deprimerende midler eller overvægt).

Vægtøgning

Vægtøgning forekommer ofte ved behandling med quetiapin. BMI og taljeomfang bør måles og følges. Råd om regelmæssig fysisk aktivitet og kostvejledning kan evt. modvirke vægtøgning og reducere risikoen for følgesygdomme.

Se Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser fra Sundhedsstyrelsen

Ældre

Generel forsigtighed til ældre - bl.a. pga. øget risiko for ortostatisk hypotension.

Parakliniske prøver

Henvises til VIP vejledning "psykotiske tilstande hos voksne, børn og unge - medicinsk behandling (RADS)" angående monitorering af bivirkninger.

Risiko for forlænget QT-interval:

Patienten bør monitoreres for symptomer på arytmier og EKG bør foretages før behandlingen, efter 1-2 ugers behandling samt ved dosisøgning på $\geq 50\%$. Der bør tages EKG efter 1-2 uger selv på en dosis på 25 mg. Se afsnittet om Arytmi-risiko ved psykofarmaka.

Bivirkninger

Registrerede bivirkninger		
Systemorganklasse	Potentielt alvorlige bivirkninger	Oftest ikke alvorlige bivirkninger
Meget almindelige (> 10 %)		
Blod og lymfesystem	Anæmi	
Mave-tarm-kanalen		Mundtørhed
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet	Abstinenser*	
Undersøgelser		Nedsat HDL, Vægtøgning
Metabolisme og ernæring	Hyperkolesterolæmi, Hypertriglyceridæmi	
Nervesystemet	Ekstrapyramidale gener**, Svimmelhed	Hovedpine
Psykiske forstyrrelser		Døsighed
Almindelige (1-10 %)		
Blod og lymfesystem	Eosinofili, Leukopeni, Neutropeni (seponeres ved $< 1,0 \times 10^9/l.$)	
Hjerte		Palpitationer, Takykardi

Det endokrine system	Hyperprolaktinæmi, Thyroideapåvirkning	
Øjne	Sløret syn****	
Mave-tarm-kanalen		Dyspepsi, Obstipation, Opkastning
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet		Kraftesløshed, Temperaturstigning
Undersøgelser		Forhøjede levertransaminaser
Metabolisme og ernæring	Hyperglykæmi	Øget appetit
Psykiske forstyrrelser	Dysartri, Suicidale tanker eller adfærd	Abnorme drømme, Irritabilitet
Luftveje, thorax og mediastinum	Dyspnø	
Vaskulære sygdomme	Ortostatisk hypotension, Perifere ødemer	
Ikke almindelige (0,1-1 %)		
Blod og lymfesystem	Trombocytopeni	
Hjerte	Bradykardi	
Det endokrine system	Hypothyroidisme	
Mave-tarm-kanalen		Synkebesvær
Immunsystemet	Hypersensitivitet (herunder allergiske hudreaktioner)	
Undersøgelser	Forlænget QT-interval***	
Metabolisme og ernæring	Diabetes, Forværring af diabetes, Hyponatriæmi	
Knogler, led, muskler og bindevæv	Kramper	
Nervesystemet	Tardive dyskinesier	Restless legs syndrome
Psykiske forstyrrelser	Konfusion	
Nyrer og urinveje	Urinretention	
Det reproduktive system og mammae	Seksuelle forstyrrelser	
Luftveje, thorax og mediastinum		Rhinitis
Vaskulære sygdomme	Synkope	
Sjældne (0,01-0,1 %)		
Blod og lymfesystem	Agranulocytose	
Mave-tarm-kanalen	Ileus, Pancreatitis, Tarmobstruktion	
Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet	Hypotermi, Malignt neuroleptikasyndrom*****	

Lever og galdeveje	Hepatitis	Icterus
Undersøgelser		Forhøjet plasma-kreatinkinase
Metabolisme og ernæring	Metabolisk syndrom	
Psyriske forstyrrelser		Søvngænger
Det reproduktive system og mammae	Priapisme	Galaktoré, Mammahypertrofi, Menstruationsforstyrrelser
Vaskulære sygdomme	Dyb venetrombose	
Meget sjældne (< 0,01 %)		
Det endokrine system		Uhensigtsmæssig produktion af antidiuretisk hormon - SIADH
Immunsystemet	Anafylaktisk reaktion, Angioødem, Stevens-Johnsons syndrom	
Knogler, led, muskler og bindevæv	Rhabdomyolyse	
Ikke kendt hyppighed		
Hjerte	Kardiomyopati, Myocarditis	
Hud og subkutane væv	Akut generaliseret eksantematøs pustulose (AGEP), Erythema multiforme, Lægemiddelreaktion med eosinofili og systemiske symptomer - DRESS, Toksisk epidermal nekrolyse (TEN)	
Vaskulære sygdomme	Cerebrovaskulære tilfælde, Kutan vasculitis	

Promedicin.dk

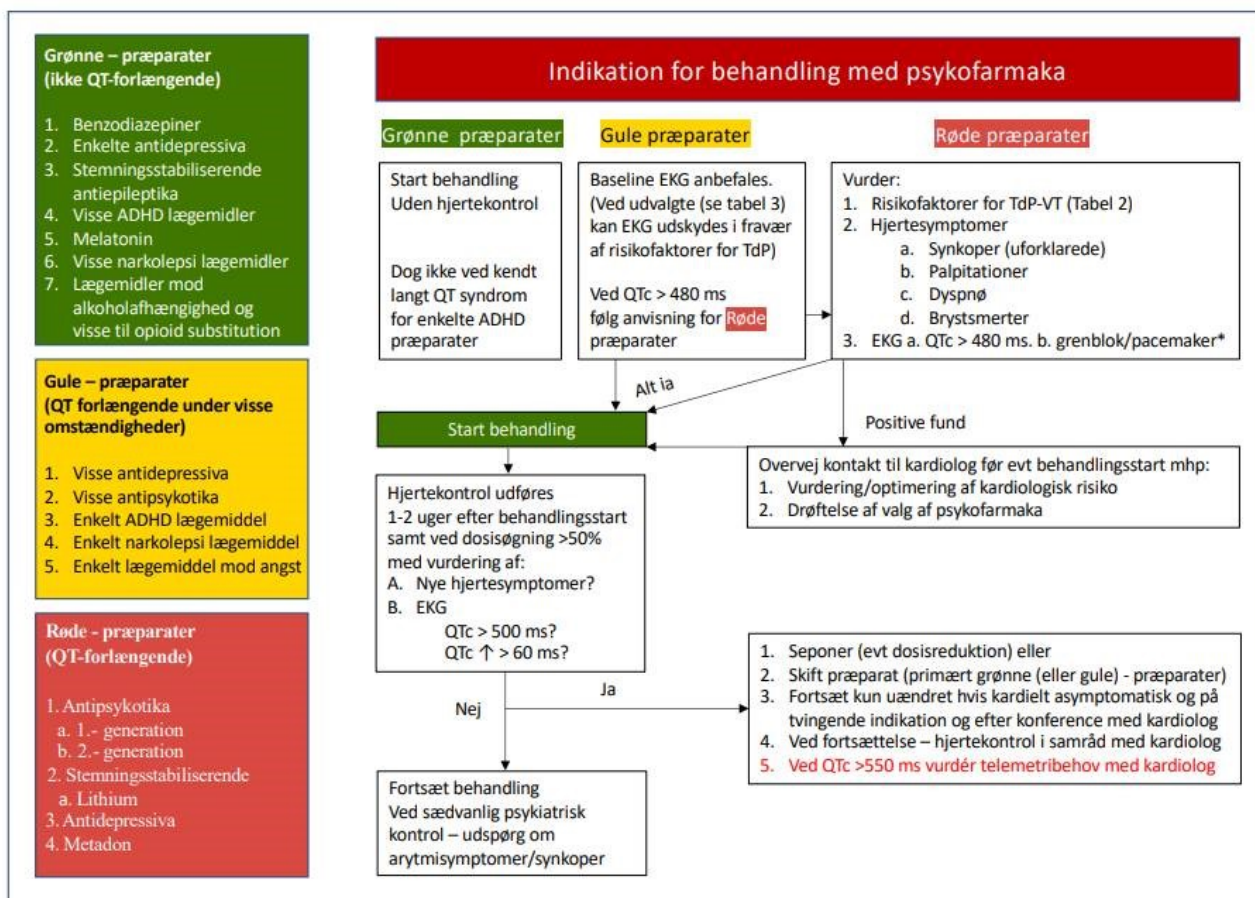
Referencenøgle

- (1) Klinisk erfaring CTP
- (2) Stahl's Prescribers Guide

Arytmi-risiko ved psykofarmaka

Vejledning "Arytmi-risiko ved anvendelse af psykofarmaka, Version 2, februar 2023", er blevet udgivet af Dansk Cardiologisk Selskab og Dansk Psykiatrisk Selskab. Der er sket en væsentlig skærpelse vedrørende monitorering for mange psykofarmaka, i forhold til tidligere rapport (fra 2011).

Rapporten bruger nu farvekodning med grønne, gule og røde præparater, hvor den grønne kategori er forbeholdt præparater, der ikke er associeret med QT forlængelse, den gule kategori indeholder præparater med risiko for let QT forlængende effekt og røde præparater med risiko for enten markant QT forlængende effekt eller association med arytmi-relateret død.



Flere præparater er nu gule præparater (bl.a., sertralin, mianserin, mirtazapin, risperidon). Det betyder, at der anbefales baseline EKG, plus 1-2 uger efter behandlingsstart samt ved dosisøgning $\geq 50\%$.

Baseline EKG kan dog udskydes udvalgte præparater (bl.a. sertralin, mianserin, mirtazapin) i fravær af risikofaktorer for Torsades de pointes:

- Alder ≥ 65 år
- Hjertesygdom: Hjertesvigt, tidligere myokardieinfarkt samt prækksisterende forlænget QT-interval (QTc > 480 ms)
- Familieanamnese med arytmi sygdom
- Hjertesymptomer (synkoper, palpitationer, dyspnø eller brystsmerter)
- Bradykardi
- Elektrolytforstyrrelser, specielt for lavt plasma-kalium < 3,5 mM
- Behandling med to eller flere QT forlængende lægemidler, herunder også somatiske lægemidler
- Nedsat levermetabolisme (pga. nedsat leverfunktion eller lægemiddelinteraktion)
- Høj dosis og anvendelse af lægemidler med interaktion, der øger
- koncentrationen af QT forlængende lægemidler
- Anoreksia nervosa

Røde præparater:

- Citalopram
- Escitalopram
- Venlafaxin
- Tricykliske antidepressiva (som nortriptylin og amitriptylin)
- Quetiapin

Der er nu kun to grønne antidepressiva: vortioxetin og agomelatin (som ikke kræver EKG kontrol).

Fuld liste med grønne, gule og røde præparater findes på side 15 af rapporten:

https://www.cardio.dk/media/com_reditem/files/customfield/item/7916/e1a16ae4a918331f8cd08dbb6cb5ed5402c79aba.pdf

Lægemiddelgrupper inkl. anbefaling fra rapportgruppen	SPC Kan forårsage QT-forlængelse?	Credible Meds kort 2022 Risiko for TdP?	Anden kardiovaskulær risiko?	EKG kan udskydes før ostart? (hos voksne)
2. generations antipsykotika				
Amisulprid	JA	Drug has a Risk of TdP Under Certain Conditions		
Aripiprazol	NEJ	Drug has a Possible Risk of TdP		JA
Asenapin	MÅSKE	Drug has a Possible Risk of TdP		
Brexipiprazol	MÅSKE	Not classified (low evidence)		
Cariprazin	JA	Not classified (low evidence)		
Clozapin	JA	Drug has a Possible Risk of TdP	* anden kardiovaskulær risiko	
Lurasidon	MÅSKE	Drug has a Possible Risk of TdP		
Olanzapin	NEJ	Drug has a Risk of TdP Under Certain Conditions		JA
Paliperidon	JA	Drug has a Possible Risk of TdP		JA
Quetiapin	JA	Drug has a Risk of TdP Under Certain Conditions		
Risperidon	JA	Drug has a Risk of TdP Under Certain Conditions		
Sertindol	JA	Drug has a Possible Risk of TdP		
Ziprazidon	JA	Drug has a Risk of TdP Under Certain Conditions		
Antidepressiva				
Agomelatin	NEJ	No record		
Bupropion	MÅSKE	Not classified (low evidence)		JA
Citalopram	JA	Drug has a Known Risk of TdP		
Duloxetin	NEJ	Not classified (low evidence)		JA
Escitalopram	JA	Drug has a Known Risk of TdP		
Fluoxetin	JA	Drug has a Risk of TdP Under Certain Conditions		
Fluvoxamin	JA	Drug has a Risk of TdP Under Certain Conditions		
Mianserin	NEJ	Drug has a Possible Risk of TdP		JA
Mirtazapin	MÅSKE	Drug has a Possible Risk of TdP		JA
Paroxetin	NEJ	Drug has a Risk of TdP Under Certain Conditions		
Reboxetin	NEJ	No record		JA
Sertralin	JA	Drug has a Risk of TdP Under Certain Conditions		JA
Venlafaxin	MÅSKE	Drug has a Possible Risk of TdP	*** anden kardiovaskulær risiko	
Vortioxetin	NEJ	Not classified (low evidence)		
Tricykliske antidepressiva og MAO-hæmmere				
Amitriptylin	JA	Drug has a Risk of TdP Under Certain Conditions	** anden kardiovaskulær risiko	
Clomipramin	JA	Drug has a Risk of TdP Under Certain Conditions	** anden kardiovaskulær risiko	
Dosulepin	NEJ	Not classified (low evidence)	** anden kardiovaskulær risiko	
Doxepin	NEJ	Drug has a Risk of TdP Under Certain Conditions	** anden kardiovaskulær risiko	
Imipramin	JA	Drug has a Possible Risk of TdP	** anden kardiovaskulær risiko	
Isocarboxazid	NEJ	No record	** anden kardiovaskulær risiko	
Moclobemid	MÅSKE	No record	** anden kardiovaskulær risiko	
Nortriptylin	JA	Drug has a Possible Risk of TdP	** anden kardiovaskulær risiko	

Præparatskift

Ved præparatskift foreslås at benytte nedenstående link som vejledning til skift af antidepressiva:

<https://wiki.psychiatrienet.nl/wiki/SwitchAntidepressants>

Og til skift af antipsykotika:

<https://www.psychiatrienet.nl/switchtabel/show?id=SwitchAntipsychotics>

Følgende tabel kan også bruges: (Kilde: <https://psykiatrienisyddanmark.dk/fagpersoner/radgivning-om-psykofarmaka/artikler-om-psykofarmaka-og-kliniske-retningslinjer/antidepressiva/skift-mellem-antidepressiva>)

Skift til →	Sertralin*	Citalopram	Escitalopram	Fluoxetin ^o	Paroxetin ^o	Venlafaxin	Duloxetin	Reboxetin	Mirtazapin	Mianserin	Nortriptylin	Amitriptylin	Clomipramin #	Imipramin	Vorioxetin	Agomelatin
Sertralin*		Direkte skift - krydstitering ved høje doser sertralin*	Direkte skift - krydstitering ved høje doser sertralin*	Direkte skift - forsigtig krydstitering ved høje doser sertralin*	Direkte skift - forsigtig krydstitering ved høje doser sertralin*	Direkte skift - forsigtig krydstitering ved høje doser sertralin*	Direkte skift - forsigtig krydstitering ved høje doser sertralin*	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering - forsigtig krydstitering ved høje doser sertralin*	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Krydstitering	Krydstitering
Citalopram	Direkte skift		Direkte skift	Krydstitering	Krydstitering	Direkte skift	Direkte skift	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Krydstitering	Krydstitering
Escitalopram	Direkte skift	Direkte skift		Krydstitering	Krydstitering	Direkte skift	Direkte skift	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Krydstitering	Krydstitering
Fluoxetin ^o	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start		Klinisk irrelevant at skifte mellem disse	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start
Paroxetin ^o	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Klinisk irrelevant at skifte mellem disse		Stop, vent, start	Stop, vent, start	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering
Venlafaxin	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering		Direkte skift	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Krydstitering	Krydstitering
Duloxetin	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Direkte skift		Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Krydstitering	Krydstitering
Reboxetin	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering		Krydstitering	Krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Krydstitering	Krydstitering
Mirtazapin	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering		Direkte skift	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Krydstitering	Krydstitering
Mianserin	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Direkte skift		Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Krydstitering	Krydstitering
Nortriptylin	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering		Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering
Amitriptylin	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering		Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering
Clomipramin #	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start		Stop, vent, start	Stop, vent, start	Stop, vent, start
Imipramin	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering		Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering
Vorioxetin	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering	Forsigtig krydstitering		Krydstitering
Agomelatin	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	Direkte skift	

Antidepressivas vigtigste bivirkningsprofiler

(kilde: promedicin.dk)

Præparater	Sedation	Hypotension	Kardielle ledningsforstyrrelser	Antikolinerg effekt	Kvalme/opkastning	Seksuel dysfunktion
Tricycliske antidepressiva (TCA)						
Amitriptylin	+++	+++	+++	+++	+	+++
Clomipramin	++	+++	+++	++	++	+++
Nortriptylin	+	++	++	+	+	+
Selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI)						
Citalopram	-	-	+	-	++	+++
Escitalopram	-	-	+	-	++	+++
Fluoxetin	-	-	-	-	++	+++
Fluvoxamin	+	-	-	-	+++	+++
Paroxetin	+	-	-	+	++	+++
Sertralin	-	-	-	-	++	+++
Serotonin- og noradrenalingenoptagshæmmere						
Duloxetin	-	-	-	-	++	++
Venlafaxin	-	-	+	-	+++	+++
Hæmmere af adrenerge receptorer (NaSSA)						
Mianserin	++	-	-	-	-	-
Mirtazapin	+++	+	-	+	+	-
Serotoninmodulerende og -stimulerende stoffer (SMS)						
Vortioxetin	-	+	-	-	++	++
Melatoninagonister						
Agomelatin	+	-	-	-	-	-

Relevant litteratur

Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, et al.: *Consensus statement on Posttraumatic Stress Disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety*. Journal of Clinical Psychiatry 61:60–66, 2000.

Benham E. Coping strategies: *A psychoeducational approach to posttraumatic symptomatology*. Journal of Psychosocial Nursing, 33(6), 30-35, 2005.

Bisson J & Andrew M.: *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009.

Bride BE.: *The impact providing psychosocial services to traumatized populations*. Stress, Trauma and Crisis, 7, 29-46, 2004.

Carlsson JM, Mortensen EL, Kastrup M.: *A follow-up study of mental health and health-related quality of life in tortured refugees in multidisciplinary treatment*. J Nerv Ment Dis 2005 Oct;193(10):651-7.

Cipriane A et al: *Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis* The Lancet, Vol. 373No. 9665pp 746-758, Feb 28, 2009

Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. Arch Gen Psychiatry 2003;60:553-64.

Druss B, Rosenheck R, Stolar M.: *Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care*. Psychiatric Services 50:1053–1058, 1999.

Foa E, Kozak M.: *Emotional processing of fear: Exposure to corrective information*. Psychological Bulletin 1:20–35, 1986.

Foa E, Meadows E: *Psychosocial treatments for Posttraumatic Stress Disorder: A critical review* Annual Review of Psychology 48:449–480, 1997.

Folker F, Folker AP.: *WHO-5 som et simpelt instrument til måling af livskvalitet i den daglige klinik* Ugeskrift for Læger, 2008, 170 (10), 830-834.

Foy D, Kagan B, McDermott C, et al.: *Practical parameters in the use of flooding for treating chronic PTSD*. Clinical Psychology and Psychotherapy 3:169–175, 1996.

Frueh B, Pellegrin K, Elhai J, et al.: *Patient satisfaction among combat veterans receiving specialty PTSD treatment*. Journal of Psychiatric Practice 8:326–332, 2002.

Frueh BC, Turner SM, Beidel DC, et al.: *Assessment of social functioning in combat veterans with PTSD* Aggression and Violent Behavior 6:79–90, 2001.

Geddes J, Freemantle N, Harrison P et al. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ*. 2000;321:1371-76.

Gray MJ, Elhai JD, Frueh BC.: *Enhancing patient satisfaction and increasing treatment compliance: patient education as a fundamental component of PTSD treatment*. *Psychiatric Quarterly*, Vol. 75, No. 4, Winter 2004.

Hermann J.: *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books, 1992.

Hinton DE, Pham T, Tran M, Safren SA, Otto MW, Pollack MH.: *CBT for Vietnamese refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: a pilot study*. *J Trauma Stress* 2004 Oct;17(5):429-33.

Keane T, Wolfe J.: *Comorbidity in Posttraumatic Stress Disorder: An analysis of community and clinical studies*. *Journal of Applied Social Psychology* 20:1776–1788, 1990.

King D, King L, Foy D, et al.: *Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support and additional stressful life events* *Journal of Abnormal Psychology* 108:164–170, 1999.

Liebermann JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-23.

Lund M, Sørensen JH, Christensen JB, Ølholm A.: *MTV om behandling og rehabilitering af PTSD - herunder traumatiserede flygtninge*. Region Syddanmark, Center for Kvalitet; 2008.

Moller MD, Rice MJ.: *The BE SMART trauma reframing psychoeducation program* *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(1), 21-31, 2006.

Phoenix BJ.: *Psychoeducation for Survivors of Trauma*. *Perspectives in Psychiatric Care* Vol.43, No.3, July, 2007.

Prett S, Rosenberg S, Mueser K, et al.: *Evaluation of PTSD psychoeducational program for psychiatric inpatients*. *Journal of Mental Health*, Vol.14, No.2, April 2005, pp.121-127(7).

Rice MJ, Moller MD.: *Wellness outcomes of trauma psychoeducation*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(2), 94 -102, 2006.

Schnurr P, Spiro A, Paris A.: *Physician-diagnosed medical disorders in relation to PTSD symptoms in older male military veterans*. *Health Psychology*, 19:91–97, 2000.

Sheehan KH, Sheehan DV.: *Assessing treatment effects in clinical trials with the Sheehan Disability Scale*. *International Clinical Psychopharmacology*, 2008, 23 (2), 70-83.

Stein DJ et al.: *Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder (PTSD)* *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007.

Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. Sundhedsstyrelsen, 2007.

The National Collaborating Centre for Mental Health: *Posttraumatic stress disorder - the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*
National Institute for Clinical Excellence, 2005.

Bilag 1: Psykoedukation – HUSK

Tilføjelse pr 01.05.25: Medicinudlevering udfases og afskaffes helt pr. 01.10.25. Se separat instruks for udfasning. Nedenstående HUSK-ark tilrettes, så udlevering ikke fremgår.

Samtaler

Målet med samtalerne her er, at du skal blive bedre til at håndtere din dagligdag fremover. Vi vil hjælpe dig til at få øje på metoder og strategier til at mestre de problemer du står overfor. Man kan faktisk lære at blive bedre til at kontrollere sin adfærd, sin angst og andre følelsesmæssige reaktioner.

Gennem samtaler kan man blive bedre til at se sine egne styrker og ressourcer. Derved kan man finde mere mening med tilværelsen, blive mere aktiv og målrettet end tidligere. Du vil måske i en overgang føle, at samtalerne får dig til at genopleve gamle traumer og måske forværrer dine symptomer. Men på længere sigt vil behandlingen hjælpe dig til at få det bedre.

Gode råd

- For at behandlingen kan virke, er det vigtigt, at du så vidt muligt møder op til alle planlagte samtaler.
- Samtalerne er en vigtig del af behandlingen – lige så vigtig som medicinsk behandling.
- Det er vigtigt, at du selv deltager aktivt i behandlingen. Både til selve samtalerne og i tiden mellem samtalerne.
- Samtalebehandling er ikke noget vi som behandlere gør VED dig, men noget vi gør sammen MED dig.
- Mellem samtalerne skal du dels arbejde med de ting, vi allerede har talt om, og dels med emner du gerne vil tale om ved næste samtale.
- Det er vigtigt at sætte konkrete og realistiske mål for behandlingen.

Depression

En depression er en tilstand i sindet, som skyldes mangel på de stoffer som skal sikre, at vi er i godt humør, har energi og lyst til de ting vi laver i livet.

Når vi gennem længere tid er belastet på grund af stressende faktorer udefra eller indefra kan vi risikere, at udvikle en depression.

En depression kan ramme alle mennesker.

Man kan tale om at man har en depression hvis man i en periode over 2 uger har:

- Nedsat humør, føler sig trist uden grund eller kan ikke blive glad af de ting der tidligere gjorde en glad
- Mindre energi og mærker at man ikke orker de ting man tidligere lavede. Man kan synes det virker uoverskueligt at foretage sig selv små ting i hverdagen, som at stå op, lave mad eller gå i bad.
- Mindre lyst/interesse for de ting der tidligere interesserede én. Det kan være man tidligere så frem til at se bestemte venner og familien eller så frem til at høre hvad børn eller børnebørn lavede. Fandt det man foretog sig interessant, nød at lave mad, arbejde eller se et bestemt tv program.
- Der er desuden flere andre symptomer der følger med: At man tænker på døden, ikke har så meget appetit, bliver mere angst/bange, får mindre seksuel lyst, sover dårligt, har mange smerter/ubehag i kroppen og koncentration og hukommelsesbesvær.

Gode råd

- En depression skal behandles. Som regel er den bedste behandling en kombination af medicin og samtaler, hvor man ser på de livsvilkår man kan gøre noget ved.
- Hvis man får behandlet en depression, har man gode chancer for at blive rask. Der vil typisk være koncentrations og hukommelsesproblemerne længere tid, selv når de andre symptomer bliver mindre.
- Husk at en depression kan føles meget forskellig fra person til person, så det er vigtigt at du fortæller hvordan det er for dig.

Angst

En vis angst er nødvendig for at vi som menneskeart kan overleve og undgå farlige situationer. Når vi føler os truede pga. en fare aktiveres vores kamp og flugt center i hjernen. Har man i længere tid fået aktiveret sit center for kamp/flugt i hjernen, som når man er i fængsel eller har oplevet krig, kan det være svært for hjernen at opfatte, når man endelig er i sikkerhed. Der kan så opstå en angsttilstand, hvor man oplever angst på tidspunkter, hvor det ikke er hensigtsmæssigt.

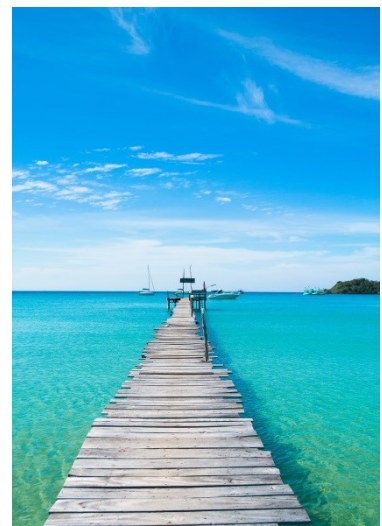
Når man bliver angst, kan man opleve:

- Anspændthed
- Uro i kroppen og maven og
- Hjertebanken
- Problemer med at trække vejret

Angst er en ubehagelig følelse af, at der er fare på færde, uden at der behøver at være det, og ofte uden at man ved, hvorfor man er angst.

Gode råd

- Angst er en naturlig reaktion i kroppen, som ikke er farlig, men som går over af sig selv.
- Ofte er anfald af angst så ubehagelige, at man forsøger at undgå situationer, hvor angsten udløses. Dette er dog med til at få kroppen til at tro, at der er fare på færde og derfor ikke så hensigtsmæssigt.
- I stedet kan man lære at kontrollere sin angst ved at anvende teknikker med vejrtrækning og tankeøvelser.
- Ofte kan medicin for depression også hjælpe mod angst.



Posttraumatisk stress – PTSD

Livstruende hændelser og usikre livsvilkår kan forårsage fysisk og psykisk stress. Når man er stresset øges kroppens produktion af stresshormon. Det kan være gavnligt på kort sigt, men langvarigt stress kan give en lang række vedvarende psykiske problemer som:

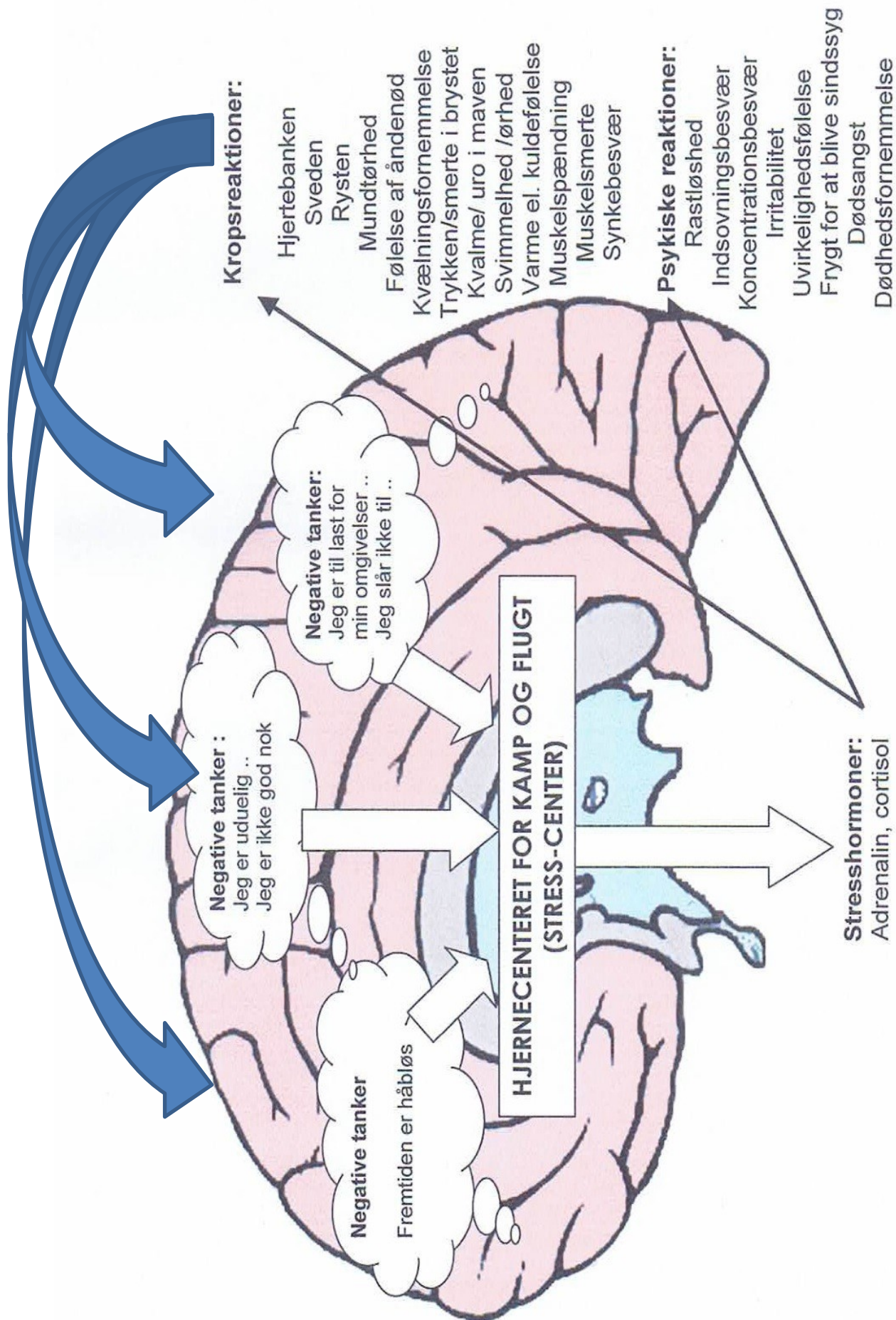
- genoplevelser af de livstruende oplevelser
- angst og anspændthed
- søvnproblemer med mareridt
- irritabilitet og vredesudbrud
- koncentrations- og hukommelsesbesvær
- vanskelighed ved at stole på andre mennesker
- isolation og ensomhed
- en følelse af tomhed og håbløshed



Gode råd

- Vær ikke bange for, at du er ved at blive sindssyg. Dette er normale reaktioner på stress hos folk der har oplevet svære traumer som tortur, krig og flugt.
- En måde at håndtere genoplevelser af dine traumer på, er at aflede opmærksomheden med praktiske gøremål og fysisk aktivitet.
- Symptomer fra angst er ubehagelige men ikke farlige.
- Følg lægens råd for en bedre søvn.
- Find din egen metode til at bevare kontrollen, hvis du føler dig irriteret og vred. Gå en lille tur, tænk på noget positivt, tæl til 100 eller lignende.
- Følg lægens råd i forhold til koncentrations- og hukommelsesproblemer.
- Undlad at isolere dig - det gør dine symptomer værre og mere fastlåste.
- Undgå at lade frygten for alt, der kan minde dig om traumerne styre din hverdag. Det er dig som skal tage styring med dit liv, ikke fortidens onde ånder.
- Der er en mening med ethvert menneskeliv. Find de ting i tilværelsen som giver netop dig størst mening.

HUSK!



Medicin

Sertralin, som vi anvender her, mindsker symptomer på stress, angst og depression. Hvis der opstår bivirkninger, vil de typisk komme i de første uger af behandlingen. De mest almindelige bivirkninger er mundtørhed, lette maveproblemer og svimmelhed. Nogle mennesker oplever også seksuelle bivirkninger. Der går ofte flere måneder før medicinen begynder at hjælpe og den virker først når man når en dosis på typisk 100-200 mg dagligt.

Mianserin, som vi også anvender, bedrer søvnen. Hyppigste bivirkning kan være træthed eller en tung følelse i kroppen om morgenen. Denne medicin virker ret hurtigt, og typisk allerede ved en dosis på 10-30 mg dagligt.

Du bliver ikke afhængig af Sertralin og Mianserin og medicinen ændrer ikke din personlighed.

Gode råd

- Tag medicinen som ordineret af din læge – ellers virker den ikke.
- Hold ud selvom der er nogle bivirkninger i starten. De aftager eller forsvinder ofte efter kort tid.
- Hvis du oplever bivirkninger kan det ofte hjælpe, at prøve at tage medicinen på en andet tidspunktet på døgnet.
- Tal med lægen om bivirkninger i stedet for selv at stoppe behandlingen i utide.
- Hvis du og lægen kan mærke, at medicinen har hjulpet dig, bør du fortsætte med at tage medicin i en længere periode fremover.
- Når du slutter behandlingen her, kan din familielæge eller psykiater skrive recepter til dig.

Medicin

Venlafaxin, som vi anvender her, mindsker symptomer på stress, angst og depression. Hvis der opstår bivirkninger er det typisk de første uger af behandlingen. Mest almindeligt er mundtørhed, lette maveproblemer og svimmelhed. Nogle kan også få seksuelle bivirkninger. Der går ofte flere måneder før medicinen begynder at hjælpe, effektiv dosis er typisk 225-375 mg dagligt.

Mianserin, som vi også anvender, bedrer søvnen. Hyppigste bivirkning kan være træthed eller en tung følelse i kroppen om morgenen. Denne medicin virker ret hurtigt, effektiv dosis er typisk 10-30 mg dagligt.

Venlafaxin og Mianserin skaber ikke afhængighed og ændrer ikke din personlighed.

Gode råd

- Tag medicinen som ordineret af din læge - ellers virker den ikke.
- Hold ud selvom der er nogle bivirkninger i starten – de aftager eller forsvinder ofte efter kort tid.
- Er der gener ved behandlingen kan det ofte hjælpe, at ændre tidspunktet på døgnet, hvor man tager medicinen.
- Tal med lægen om bivirkninger i stedet for selv at stoppe behandlingen i utide.
- Hvis du sammen med lægen bliver enig om, at medicinen har hjulpet bør du fortsætte med at tage den i en længere periode fremover.
- Når du slutter i Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri, kan din familielæge eller psykiater skrive recepter til dig.



Amitriptylin

Medicin Amitriptylin, som vi anvender her, mindsker symptomer på stress, angst og depression. Kan også benyttes i lave doser (10-25mg) til søvnløshed, ofte i kombination med andet antidepressivum. Derudover kan den også lindre smerter og hovedpine.

Hvis der opstår bivirkninger, vil de typisk komme i de første uger af behandlingen. De mest almindelige bivirkninger er træthed, mundtørhed, kvalme, hård mave og svimmelhed. Nogle mennesker oplever også seksuelle bivirkninger. Den virker ret hurtigt i forhold til bedring i søvn, men det går ofte flere ugers eller måneder før medicinen begynder at hjælpe i forhold til depression, angst, smerter og hovedpine. Medicinen virker først mod depression når man når en dosis op til 150 mg dagligt.

Du bliver ikke afhængig af Amitriptylin og medicinen ændrer ikke din personlighed.

Tabletterne tages med et glas vand. Kan tages med eller uden mad. Knust tablet kan kommes på kold, blød mad.

Gode råd:

- Tag medicinen som ordineret af din læge – ellers virker den ikke.
- Hold ud selvom der er nogle bivirkninger i starten. De aftager eller forsvinder ofte efter kort tid.
- Tal med lægen, sygeplejersken eller psykologen om bivirkninger i stedet for selv at stoppe behandlingen i utide.
- Hvis du og lægen kan mærke, at medicinen har hjulpet dig, bør du fortsætte med at tage medicin i en længere periode fremover.
- Når du slutter behandlingen her, kan din familielæge eller psykiater skrive recepter til dig.
- Du kan få udleveret information vedrørende håndtering af de mest almindelige bivirkninger

Nortriptylin (Noritren)

Medicin Nortriptylin, som vi anvender her, mindsker symptomer på stress, angst og depression. Den kan også lindre smerter og hovedpine. Medicinen kan tages om morgenen eller aftenen.

Hvis der opstår bivirkninger, vil de typisk komme i de første uger af behandlingen. De mest almindelige bivirkninger er træthed, mundtørhed, kvalme, hård mave og svimmelhed. Nogle mennesker oplever også seksuelle bivirkninger. Det går ofte flere ugers før medicinen begynder at hjælpe. Medicinen virker først mod depression når man når en dosis op til 150 mg dagligt.

Du bliver ikke afhængig af Nortriptylin og medicinen ændrer ikke din personlighed.

Tabletterne tages med et glas vand. Kan tages med eller uden mad. Knust tablet kan kommes på kold, blød mad.

Gode råd :

- Tag medicinen som ordineret af din læge – ellers virker den ikke.
- Hold ud selvom der er nogle bivirkninger i starten. De aftager eller forsvinder ofte efter kort tid.
- Tal med lægen, sygeplejersken eller psykologen om bivirkninger i stedet for selv at stoppe behandlingen i utide.
- Hvis du og lægen kan mærke, at medicinen har hjulpet dig, bør du fortsætte med at tage medicin i en længere periode fremover.
- Når du slutter behandlingen her, kan din familielæge eller psykiater skrive recepter til dig.
- Du kan få udleveret information vedrørende håndtering af de mest almindelige bivirkninger

Mirtazapin (Combar)

Medicin Mirtazapin, som vi anvender her, mindsker symptomer på stress, angst og depression, og det kan også forbedre søvn.

Hvis der opstår bivirkninger, vil de typisk komme i de første uger af behandlingen. De mest almindelige bivirkninger er træthed, mundtørhed, lette maveproblemer, øget appetit og svimmelhed. Den virker ret hurtigt i forhold til bedring i søvn, men det går ofte flere ugers eller måneder før medicinen begynder at hjælpe i forhold til depression og angst. Medicinen virker først mod angst og depression når man når en dosis på typisk 30-45 mg dagligt.

Kan også anvendes til at bedre søvn med lavere doser (7,5-15mg) ofte i kombination med andet antidepressivum.

Du bliver ikke afhængig af Mirtazapin og medicinen ændrer ikke din personlighed.

Tabletterne tages med et glas vand. Kan tages med eller uden mad. Knust tablet kan kommes på kold, blød mad.

Gode råd:

- Tag medicinen som ordineret af din læge – ellers virker den ikke.
- Hold ud selvom der er nogle bivirkninger i starten. De aftager eller forsvinder ofte efter kort tid.
- Tal med lægen, sygeplejersken eller psykologen om bivirkninger i stedet for selv at stoppe behandlingen i utide.
- Hvis du og lægen kan mærke, at medicinen har hjulpet dig, bør du fortsætte med at tage medicin i en længere periode fremover.
- Når du slutter behandlingen her, kan din familielæge eller psykiater skrive recepter til dig.
- Du kan få udleveret information vedrørende håndtering af de mest almindelige bivirkninger

Risperidon

Medicin Risperidon, kan anvendes til flere formål. Lave doser (0,5-2mg dgl) kan mindske symptomer på angst, depression, irritabilitet og eventuelt mareridt. Ordineres ofte i kombination med et antidepressivum. Højere doser (2-6 mg dgl) anvendes til behandling af psykoser og mani.

Hvis der opstår bivirkninger, vil de typisk komme i de første uger af behandlingen. De mest almindelige bivirkninger er træthed, hovedpine, stivhed i kroppen, og søvnløshed.

Det går ofte flere dage eller uger før medicinen begynder at hjælpe.

Du bliver ikke afhængig af Risperidon og medicinen ændrer ikke din personlighed.

Tabletterne tages med et glas vand. Kan tages med eller uden mad. Knust tablet kan kommes på kold, blød mad.

Gode råd:

- Tag medicinen som ordineret af din læge – ellers virker den ikke.
- Hold ud selvom der er nogle bivirkninger i starten. De aftager eller forsvinder ofte efter kort tid.
- Tal med lægen, sygeplejersken eller psykologen om bivirkninger i stedet for selv at stoppe behandlingen i utide.
- Hvis du og lægen kan mærke, at medicinen har hjulpet dig, bør du fortsætte med at tage medicin i en længere periode fremover.
- Når du slutter behandlingen her, kan din familielæge eller psykiater skrive recepter til dig.
- Du kan få udleveret information vedrørende håndtering af de mest almindelige bivirkninger

Quetiapin

Medicin Quetiapin kan anvendes til flere formål. Lave doser (25-150mg dgl) kan forbedre søvn og angst. Kan også anvendes som supplerende behandling af depression, i doser på 300-600mg dgl, i kombination med et antidepressivum. Højere doser (400-1200mg dgl) benyttes til behandling af mani og psykose.

Hvis der opstår bivirkninger, vil de typisk komme i de første uger af behandlingen. De mest almindelige bivirkninger er træthed, hovedpine, mundtørhed, øget appetit og svimmelhed. Træthed er forekommet i løbet af de første 2 uger og som regel bliver bedre eller forsvinder hvis man fortsætter behandlingen.

Den virker ret hurtigt i forhold til bedring i søvn og angst (dage), men det går ofte flere ugers eller måneder før medicinen begynder at hjælpe med fuld effekt.

Du bliver ikke afhængig af Quetiapin og medicinen ændrer ikke din personlighed.

Tabletterne tages med et glas vand. Kan tages med eller uden mad. Knust tablet kan kommes på kold, blød mad.

Gode råd:

- Tag medicinen som ordineret af din læge – ellers virker den ikke.
- Hold ud selvom der er nogle bivirkninger i starten. De aftager eller forsvinder ofte efter kort tid.
- Tal med lægen, sygeplejersken eller psykologen om bivirkninger i stedet for selv at stoppe behandlingen i utide.
- Hvis du og lægen kan mærke, at medicinen har hjulpet dig, bør du fortsætte med at tage medicin i en længere periode fremover.
- Når du slutter behandlingen her, kan din familielæge eller psykiater skrive recepter til dig.
- Du kan få udleveret information vedrørende håndtering af de mest almindelige bivirkninger

Virkning af antidepressiv medicin

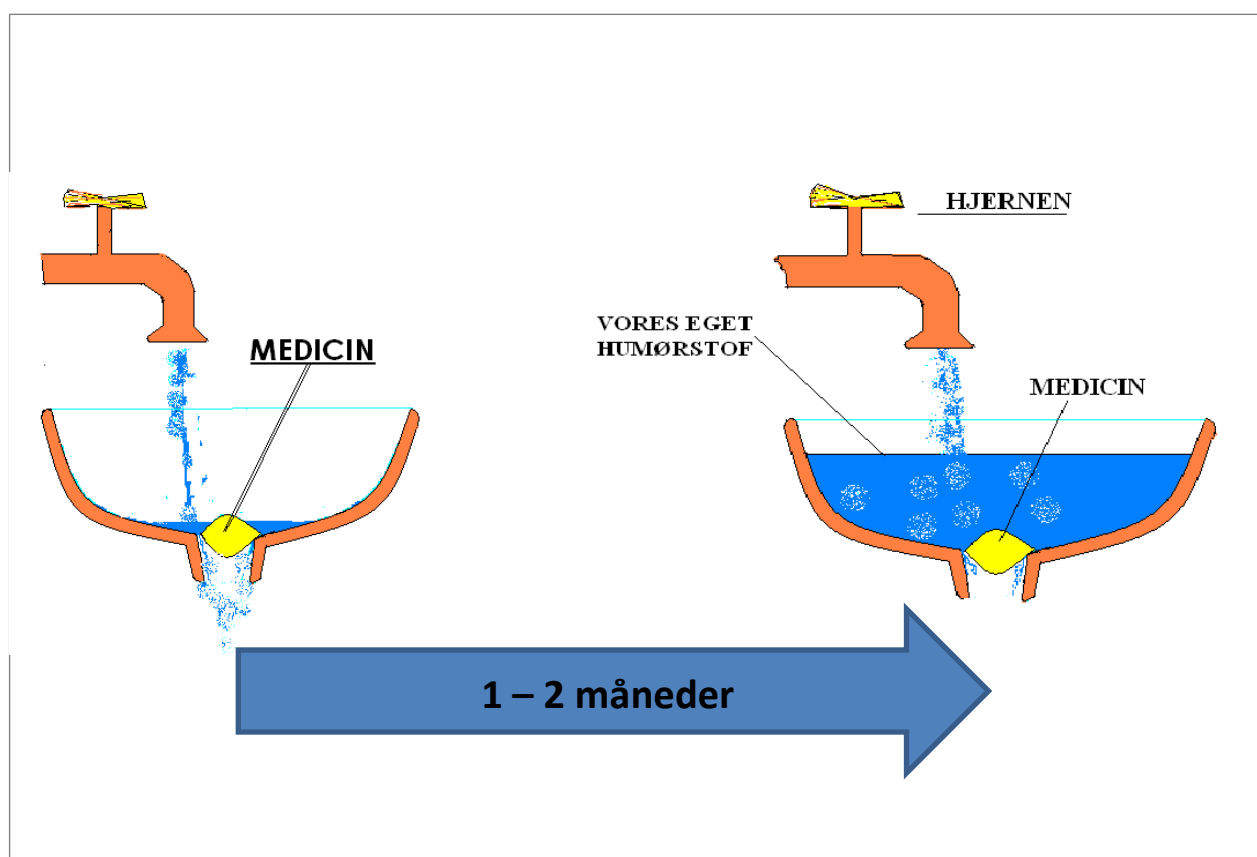
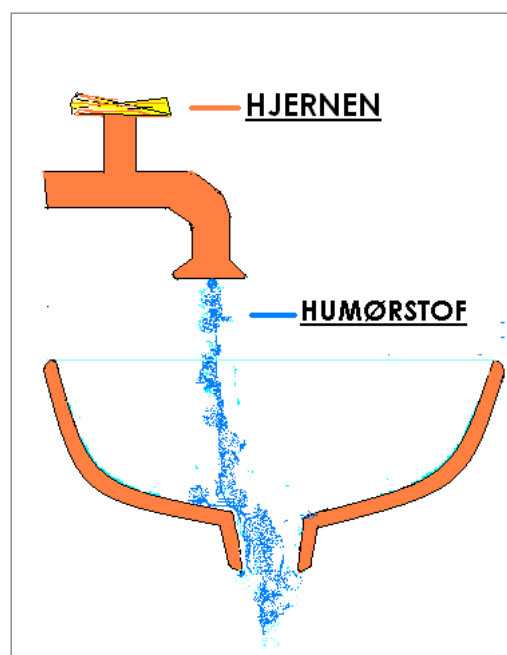
Når man er deprimeret, kan hjernen ikke opbevare de stoffer der er ansvarlige for det gode humør. Disse stoffer kommer derfor til at mangle.

Hjernen producerer hele tiden humørstofferne, men de "løber ud" igen og bliver ødelagt.

Medicinen fungerer som en "prop", der sætter sig de steder, hvor de gode stoffer forsvinder.

På den måde lukkes "hullet" og langsomt opsamles de naturlige humørstoffer.

De opsamles meget langsomt og der går mindst 1-2 måneder før man begynder at kunne mærke, at medicinen hjælper.



Gode råd i forhold til normale medicinbivirkninger

Ved opstart af ny medicin eller dosisøgning af vanlig medicin, kan du risikere at opleve nogle forbigående bivirkninger.

Ikke alle oplever bivirkninger, og det er sjældent at opleve alle nedenstående bivirkninger.

Informér altid din behandler og følg nedenstående råd, hvis de skulle forekomme.

Kvalme

Hvis du oplever kvalme, kan du prøve:

- Vand med en lille smule citron
- Ingefær
- Nødder
- Sylt mad/ drikke (fx juice, sylt mælkeprodukter som ymer og creme fraiche, syltede agurker, syltede rødbeder)
- Salt mad
- Dansk vand/mineralvand med brus

Overvej om kvalmen bliver værre af mad, der smager eller lugter på en særlig måde

Spis mange små måltider, så blodsukkeret holdes stabilt

Tag din medicin sammen med mad, gerne yoghurt

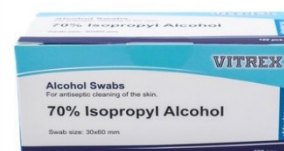
Lugt til mentol (påsmør fx lidt mentolsalve under næsen)

Lugt til spritservietter

Luft ud i dit hjem og kom udenfor

Vejrtræknings/ afspændingsøvelser

Afled gerne dit fokus (tanke om kvalme giver mere kvalme)



Halsbrand og sure opstød

Du kan risikere at opleve sure opstød (mavesyre, der kommer op i spiserøret) enten alene eller sammenhængende med kvalme.

- Undgå stærk og syrlig mad
- Undgå tomater og chokolade
- Undgå alkohol, kaffe, sort te og sodavand
- Du skal undgå at ryge (også e-cigaretter)
- Undgå at anvende som ibuprofen ("Ipren") som smertestillende
- Drik gerne mælkeprodukter
- Spis gerne bananer, mandler, kiks, knækbrød og tvebakker (har syreneutraliserende effekt)
- Lig gerne med hovedet hævet, når du skal sove.

Du kan med fordel anvende syreneutraliserende håndkøbsmedicin, især før sengetid:

"Balacid novum", "Alminox" (tyggetabletter) eller "Gaviscon" (mikstur)

Mundtørhed

- Hyppig fugtning af mund og drik rigeligt (ca. 2 l dagligt)
- Undgå sukker- og syreholdige drikke, fx cola, juice og energidrikke
- Anvend sukkerfri bolsjer, pastiller og tyggegummi
- Begræns indtag af te, kaffe og kakao
- Anvend læbepomade
- Vær ekstra god til mundhygiejne: Tandbørstning mindst 2 gange dagligt; tandtråd og/eller desinficerende mundskyl nogle gange ugentligt
- Anvend tandpasta uden skummemiddel (anvend fluortandpasta)

Ved svær mundtørhed rådfør apotek omkring produkter, der giver kunstigt spyt samt bedring af immunforsvaret i munden.

Forstoppelse

- Motion dagligt, gerne minimum 30 minutter for at sætte gang i tarmenes bevægelser
- Drikke rigeligt med væske, gerne 2 liter (mere hvis det er varmt eller du sveder)

- Undgå at spise bananer og ris i store mængder.
- Spis mad med mange fibre, fx grove friske grøntsager og groft brød
- Spis gerne kiwi, ananas, vindruer, æbler, pærer og blommer
- Spis gerne tørret frugt
- Spis gerne svesker, sveskegrød eller drik sveskejuice
- Hvis du har svært ved spise ovenstående/nok af ovenstående, kan loppefrøskaller med fordel indtages i pulver eller kapselform, fx som "HUSK" (købes på apotek eller større dagligvarebutik)
- Ved fortsatte problemer søg apotek/spørg læge og afprøv evt. magnesium ("magnesia") , Bisacodyl ("Dulcolax") eller "Movicol" (pulver)

,

Svimmelhed

- Sørg for at dine måltider fordeles over dagen
- Spis morgenmad.
- Drik rigeligt; dvs. ca. 2 l dagligt (mere hvis du sveder).
- Undgå alkohol
- Rejs dig langsomt fra seng eller stol, sid et ½ minut.

Ved vedvarende svimmelhed i en grad, der påvirker din dagligdag, skal du søge egen læge.

Appetitændring

Noget medicin kan påvirke din appetit.

Nogle oplever at miste appetitten, mens andre oplever nedsat mæthedsfornemmelse samt øget trang til sukker.

Det er i begge tilfælde vigtigt at holde overblik og skabe struktur i.f.t dine måltider samt mængden af disse.

Ved nedsat appetit er det bedre at spise mange små måltider end at springe måltider over og håbe på større appetit senere på dagen. Hvis du ikke spiser regelmæssigt, vil du opleve hovedpine, kvalme og svimmelhed pga. for lavt blodsukker. Det bliver kun bedret, hvis du spiser – også selvom du ikke har lyst.

Modsat, hvis du ikke er opmærksom på nye vaner med at spise større mængder, at snakke mere og måske begynde at spise sen aften, risikerer du vægtøgning.

Anvend fx et skema for at skabe struktur.

Søvn 1

De fleste mennesker med stress og depression har store søvnproblemer. F.eks. har de svært ved at falde i søvn og sove igennem. Dårlig søvn påvirker humør og koncentrationsevne om dagen, små ting kan virke uoverskuelige og man bliver lettere irriteret.



Dårlig nattesøvn kan udvikle sig til en ond cirkel, hvor man til sidst sover om dagen og er vågen om natten. Almindelig sovemedicin er vanedannende og mister over tid sin virkning. Den type medicin bruger vi sjældent i klinikken. Da søvnproblemer er et af symptomerne ved stress og depression, vil behandlingen af din lidelse også med tiden hjælpe på din søvn.

Gode råd

En regelmæssig døgnrytme er vigtig:

- Sørg for en regelmæssig døgnrytme. Stå op samme tid hver morgen, også selv om du ikke har sovet ret meget, og også i weekenden. Brug eventuelt ugeskema.
- Hvis du ikke kan sove, eller vågner og ikke kan falde i søvn igen, så stå op og gå ud af soveværelse. Prøv at lade være med at stresse over, at du ikke kan sove. Glæd dig over at der er flere timer til du skal op. Når du føler dig søvnig kan du gå tilbage til sengen igen.
- Forsøg at tilbringe tid i dagslys hver dag.
- Undgå middagslur for sent på dagen.
- Undgå at falde i søvn på sofaen foran TV. Gå i seng, hvis du er træt.

Afspænding

- Skab en række ritualer af afslappende teknikker 10-60 min før sengetid
- Tag et varmt bad inden du går i seng.
- Forsøg med forskellige afspændingsteknikker, f.eks. tankeøvelser, vejrtrækningsøvelser og afspændingsøvelser (se HUSK ark om øvelser).
- Lyt til stille beroligende musik som du kan lide. Hav evt. et apparat som slukker af sig selv efter en vis tid.
- Læs en bog (ikke for spændende).
- Gæt kryds og tværs el. lign.
- Sluk lyset straks, når du går i seng.

Søvn 2

Fysisk aktivitet (se HUSK-ark fysisk aktivitet)

- Vær fysisk aktiv om dagen - men gear ned et par timer inden sengetid.
- Undgå sport o. lign. de sidste 3 timer lige før sengetid.



Smerter (se HUSK-ark om smerter)

- Nakke/ryg øvelser

Indretning af dit soveværelse

- En god madras kan have betydning for søvnen.
- Hold soveværelset i en behagelig temperatur og luft godt ud.
- Undgå støj i soveværelset. Brug evt. ørepropper.
- Brug et mørkt gardin så sollys/gadelamper mv. ikke vækker dig.
- Sengen er til søvn og sex - ikke andet.

Fjernsyn, computer, telefon

- Undgå spændende bøger eller TV fx nyheder med mange billeder lige før sengetid.
- Undgå lys fra skærme (f.eks. computer, tablets og tv) før sengetid. Man kan dæmpe lysintensiteten på en del skærme.
- Undgå computer, mobiltelefon etc. i soveværelset – de signalerer at du skal være "på".
- Se ikke fjernsyn i sengen eller i soveværelset.
- Sluk telefonen eller lig den uden for soveværelset.

Mad og drikke (se HUSK-ark om kost)

- Undgå større kaffeforbrug. Undgå koffeinholdige drikke som kaffe, te og cola om aftenen.
- Undgå alkohol om aftenen.
- Gå ikke sulten i seng. Tag en snack, fx. ostemad og et glas mælk, hvis du er sulten. Ikke for sødt, salt eller fedt og ikke for meget.
- Undgå store mængder energi- og fedtrig kost før sengetid.
- Hav gerne et glas vand på natbordet.

Fysisk aktivitet

Ved at være fysisk aktiv i ½ time om dagen kan man:

- forbedre sit humør
- øge sin energi samt sit fysiske og psykiske overskud
- regulere appetitten og forbedre fordøjelsen
- forbedre sin søvn
- mindske oplevelser af smerte
- forebygge sygdomme



Husk at:

- **Når man starter** med at træne kan man opleve at få ondt i kroppen. Det kaldes træningsømhed. Det forsvinder efter noget tid og er ikke et faretegn, men er kroppens naturlige reaktion, når man ikke har været fysisk aktiv i lang tid.
- Det kan være lidt **ubehageligt eller svært** især i starten. Måske minder det dig kropsligt om fornemmelsen ved angst. Mind dig selv om, at det er godt for dig at gøre det, og at det er en aktiv handling DU gør, for at få det bedre. Det er i sig selv en sejr.
- **Ting tager tid:** selv om du måske ikke kan mærke nogen forandring med det samme, er du aktivt i gang med at gøre noget godt for dig selv. Forandringen kan ofte først mærkes efter noget tid. Men du bliver lidt bedre hver gang.

Gode råd

- Overvej hvordan fysisk aktivitet kan blive en **naturlig del** af din hverdag. Det er vigtigt, at du vælger at gøre noget du kan lide – noget du måske har gjort da du var yngre.
- **Gåture** er det nemmeste. Det kræver ikke forberedelse og det koster ingen penge.
- Man kan gradvist begynde at **øge hastigheden**, eller at udvide med **løbeture**. Husk at investere i nogle gode løbesko.
- **Cykling** er godt. Det er ikke så belastende for benene som løb og man kommer desuden hurtigt omkring i lokalområdet. Cyklen kan også tages med i toget.
- **Svømning/vandgymnastik** er en nem, billig og harmonisk måde at få brugt hele kroppen på.
- Træning i dit lokale **fitnesscenter** kan blandt andet hjælpe dig med at styrke dine muskler i ryg og skuldre og dermed mindske smerter i ryg og hoved.
- **Afspænding, Yoga, Tai Chi** og lignende kan give ro og afslappelse. Det bliver ofte udbudt på aftenskole eller i dit lokale fitnesscenter.
- Vi kan hjælpe dig til at undersøge mulighederne for at dyrke sport eller fysisk aktivitet i dit område. Du kan også selv undersøge det via hjemmesider eller lokalaviser.

Muskelspændinger, nakke- og rygøvelser

Stress og spændinger i musklerne er den mest almindelige årsag til smerter i ryg og nakke.

Dette kan give spændingshovedpine, som er den mest almindelige type hovedpine.

Hvis man har kronisk spændingshovedpine, er der mange dage, hvor man har ondt i hovedet fra man står op om morgenen til man går i seng om aftenen uanset hvad man laver.

Spændingshovedpine kan f.eks. udløses af:

- Bekymringer og stress, mangel på søvn eller dårlig søvn
- Stort forbrug af smertestillende piller (fx mere end 25 stk. panodil pr uge) - Pas på man kan få hovedpine af et stort forbrug af hovedpinepiller!
- At sidde lang tid i den samme eller en dårlig stilling, f.eks. foran fjernsyn eller computer
- Hvis man ikke får motion bliver muskler og led stive og gør ondt, når man forsøger at bevæge dem – præcis som en rusten vandhane som er svær at åbne.

Gode råd

Behandling består først og fremmest i et dagligt øvelsesprogram for skuldre og nakke.

Øvelserne skal laves hver dag, 3-4 gange om dagen gennem længere tid (uger-måneder) for at have effekt:

Øvelse 1: Stræk af brystryggen: Fold hænderne bag nakken, træk albuerne bagud og saml skulderbladene.

Øvelse 2: Sidebøjning: Træk hagen ind og bøj nakken langsomt til siden så øret nærmer sig skulderen. Træk den modsatte skulder nedad og mærk strækket.

Øvelse 3: Drejning: Træk hagen ind og drej nakken langsomt til siden så næsen nærmer sig skulderen. Drej så langt du kan til begge sider.

Øvelse 4: Udspænding af nakkemusklér: Træk hagen ind og bøj nakken langsomt forover, så hagen nærmer sig brystet. Læg den ene hånd på baghovedet og tryk blidt til du mærker et stræk.

Øvelse 5: Ret nakken ud: Sid med ret ryg. Træk hagen ind og gør nakken lang som om nogen trak i dit hår op mod loftet. Du skal kunne føle nakken blive rettet ud og at det strammer på bagsiden af nakken.

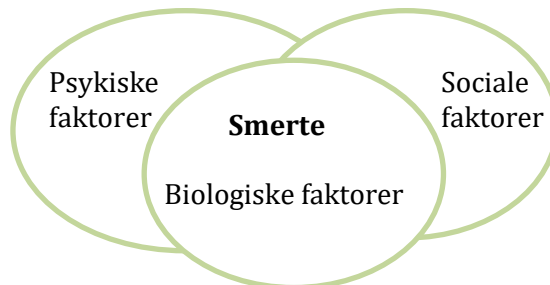
Smerter

Mange mennesker, som har været udsat for traumer, lider af smerter. Smerterne kan have forskellig karakter og komme fra mange forskellige dele af kroppen. Smerterne kan stamme fra ødelagte nerver eller delvist være psykisk udløst.

Smerter opstår og påvirkes i et samspil mellem psykiske, sociale og biologiske forhold.

Hvis man er deprimeret eller angst, vil smerterne opleves stærkere, end hvis man psykisk er i balance. De tanker og forestillinger, man gør sig om smerten, påvirker også oplevelsen af smerte. Hvis man er bekymret og tænker negative tanker om smerten, oplever man at have flere smerter, end hvis man ikke er bekymret eller tænker neutralt.

Smerterne forsvinder sjældent fuldstændigt, men de fleste kan opnå en lindring og man kan lære bedre at leve med smerterne.



Gode råd

- Aftal en stabil medicinsk behandling med din læge. Prøv at undgå for stærke og eventuelt vanedannende præparater. Smerte har ofte en sammenhæng med angst og frustration, som giver muskelspændinger. Derfor kan den medicin, vi bruger her, også hjælpe lidt på smerterne.
- Vejtrækning øvelser, udstrækninger og afspændingsøvelser hjælper på muskelspændinger og kan virke beroligende.
- Find en balance mellem aktivitet og hvile. Start med mange små pauser. Find ud af hvad du kan uden voldsom smertestigning. Når man har fundet sit aktuelle aktivitetsniveau, skal man langsomt øge tiden, antallet eller belastningen af aktiviteten, således at nervesystemet langsomt vænner sig til øget stimuli/aktivitet. Tilgangen til aktivitet skal være, at det ikke er en trussel. Altså: "jeg har behov for at være aktiv", "jeg vælger at være aktiv" frem for "jeg skal og bør være aktiv".
- Isolation forværrer smerterne. Søg derfor kontakt med andre, styrk dit netværk, styrk din sociale side og dermed dit forsvar mod smerterne.

Stress og hovedpine

Psykiske problemer kan øge hyppighed og sværhedsgrad af hovedpine og gør smerten vanskeligere at behandle. Hovedpine hos mennesker der er stressede hænger sammen med:

- Overdreven bekymring
- Konstant spænding i muskler i skuldre, nakke og kæbe
- Søvnmangel
- Utilstrækkelig indtagelse af mad og drikke
- Øget irriterabilitet og følelser af frustration
- Anstrengelse på grund af problemer med koncentration og hukommelse
- Overdrevet indtagelse af alkohol eller brug af ulovlige stimulanser
- Minder om eller genoplevelse af tidligere hoved skader
- Overdreven brug af smertestillende medicin

Gode råd

- Hvis din hovedpine udløses af stress, så skal den behandles med stress reducerende teknikker
- Spis regelmæssigt, drik tilstrækkelige mængder vand, og undgå alkohol
- Lav en liste over de vigtigste ting du gerne vil nå at gøre på en dag (eller på en uge). Pres ikke dig selv mere end du kan magte
- Gør ting som er beroligende og afslappende. Lyt for eksempel til stille musik, tag et hvil i et stille rum, gå en afslappet tur, drik en kop te, eller få massage
- Tag mange korte pauser i løbet af en travl dag
- Afled opmærksomheden fra hovedpinen ved at udføre praktiske opgaver og mindre anstrengende fysiske aktiviteter
- Find din egen måde hvorpå du kan falde til ro, når du er irriteret eller vred
- Arbejdsrelateret stress kan reduceres og forhindres. Tal med din chef eller kolleger. Hvis du er nødt til at tage smertestillende medicin mod daglig eller næsten daglig hovedpine, så husk at for megen medicin kan forværre hovedpinen i det lange løb. Medicin som paracetamol eller ibuprofen bør ikke tages mere end 3 til 4 dage om ugen. Kombinationsmedicin (som aspirin plus kodein) og stærk smertestillende medicin som kun fås på recept (som tramadol, codeine og sumatriptan) bør ikke tages mere end 2 til 3 dage om ugen



Socialt samvær

Mange mennesker, som har været udsat for alvorlige traumer, synes at det er svært at være sammen med andre mennesker. Det kan være fordi, man har svært ved at stole på andre, let bliver irriteret over småting, bliver træt i hovedet af tale eller bare føler sig utilpas ved at være sammen med mange mennesker.

Som mennesker har vi behov for kontakt med andre mennesker. Et liv alene i isolation øger på lang sigt de psykiske problemer man har. I ensomheden bliver man let mere fastlåst i sin smerte og får svært ved at finde en mening med livet.

Undersøgelser har vist, at mennesker med et godt socialt netværk er mindre syge. Et socialt netværk er de mennesker du omgiver dig med. Det kan bestå af din familie, venner, bekendte, naboer, arbejdskolleger eller fagpersoner i det offentlige system.

Undersøgelser af livskvalitet viser, at det betyder meget for ens velvære, at man er aktiv med noget meningsfyldt i løbet af dagen. Det kan være et job, men også frivilligt arbejde, fritidsinteresser, familieliv, naturoplevelser og andre aktiviteter kan være med til at øge ens livskvalitet.

Gode råd

- Forsøg at være mere aktiv og udadvendt i hverdagen.
- Søg støtte i dit sociale netværk.
- Styrk dit netværk, forsøg at være mere udadvendt og opsøgende selvom det er hårdt for dig.
- Vær opmærksom på aktivitetsmuligheder i dit lokalområde.
- Tal eventuelt med din sagsbehandler eller vores socialrådgiver om, hvilke tilbud der findes.



Koncentration og hukommelse

Mange mennesker, som har været udsat for alvorlige traumer og/eller har en depression, har problemer med at huske, koncentrere sig, klare hverdagens opgaver og bevare overblik. Hjernens filter, som normalt sorterer relevant fra irrelevant, bliver grovmasket, således at stimuli og fornemmelser har lettere adgang til bevidstheden. F.eks. støj fra gaden, andres samtale, forstyrrende tanker og smerter. Dette påvirker opmærksomheden og koncentrationen. Når man ikke er opmærksom, får man ikke indkodet informationer og det kan endvidere være svært at fastholde opmærksomheden, når man søger i sit hukommelseslager. Det kan være svært at igangsætte handlinger og at klare opgaver, der kræver overblik, planlægning og timing. F.eks. indkøb og madlavning eller arbejdsopgaver, der involverer flere forskellige opgaver sideløbende. Søvn, fysisk aktivitet og sund kost har betydning for koncentration og hukommelse, derfor anbefales at følge generelle råd herom.

Gode råd

Koncentration:

- Hold pauser, hvor du tager dig tid til at slappe af og hvile dig imellem aktiviteter.
- Sørg for at der er ro omkring dig, når du skal koncentrere dig. Læg telefonen væk så du ikke bliver unødigt forstyrret.
- Aftal måde at signalere til familie eller kollegaer at du har brug for at koncentrere dig, F.eks. et skilt hvor der står optaget.
- Begræns antallet af opgaver, og arbejd med én opgave af gangen.
- Træn din hukommelse og evne til at koncentrere dig. Læs hver dag, eventuelt bare få minutter ad gangen. Tegn ting du har set i løbet af din dag med så mange detaljer som muligt eller spil "huskespil" med dine børn.

Hukommelse:

- Lav faste rutiner, hvor det er muligt, f.eks. hvornår du skal tage din medicin.
- Fast plads til dine ting i hjemmet og i tasken, f.eks. mobiltelefon og nøgler.
- Brug kalender, gerne på mobiltelefonen, til at huske hvad der er sket, og hvad der skal ske.
- Brug påmindelsesfunktionen i mobiltelefonen eller bed andre hjælpe dig med at huske aftaler.

Opgaveløsning og overblik:

- Sæt struktur på hverdagen med faste rutiner for, hvornår du spiser, gør rent, arbejder osv. Bed andre om hjælp, hvis det er svært for dig selv at skabe struktur.
- Brug en kalender til at planlægge din dag og medbring den, så du hele tiden kan skabe overblik. Husk at afsætte god tid til de enkelte opgaver og planlægge pauser.
- Lav aftaler med andre om, at I laver ting sammen og følges til aktiviteter.

HUSK!



Psykiatri

- Giv dig selv belønninger for at komme i gang med aktiviteter.
- Forsøg ikke at have for mange opgaver i gang på samme tid. Efterhånden som du er klar, kan du øge antallet af opgaver.
- Lav afgrænsede sociale aktiviteter, som ikke stiller store krav til forberedelse og planlægning. Selvom det kan være svært, er det vigtigt at bryde isolationen og være sammen med andre.

Tankeøvelser

- Gennem enkle øvelser kan man lære at slappe mere af i sind og krop og fokusere mere på positive dele af ens tilværelse.
- Find et sted med fred og ro og sørg for ikke at blive forstyrret mens du laver øvelsen.
- Nedenfor er to simple øvelser beskrevet, brug den du synes bedst om.
- Mange synes i starten, at øvelserne er svære. Blot det at fokusere på en positiv oplevelse kan være vanskeligt.
- Man bliver derfor nødt til at øve sig mange gange, før man lærer at bruge øvelserne rigtigt. Det gælder om ikke at give op, selvom man i starten har svært ved at holde koncentrationen.

1. øvelse

1. Lav denne øvelse om aftenen.
2. Sæt dig behageligt til rette eller læg dig ned.
3. Luk øjnene og tænk på dagen der er gået.
4. Genkald dig 2-3 ting som du synes har været positive.
5. Det kan være hverdagsting, f.eks. at du har været sammen med familie, at du befinder dig i et fredeligt land, at det har været solskinsvejr, at du har gået en tur i den friske luft, at du har hørt fugle synge eller lignende.
6. Skriv eventuelt ned hvad du kommer frem til.
7. Gentag denne øvelse hver aften.
8. Tal med din læge om dine tanker ved næste samtale.

2. øvelse

1. Sæt dig behageligt til rette eller læg dig ned.
2. Luk øjnene og tænk på et rart sted du kender eller et du fantaserer dig til - en strand, en eng eller lignende.
3. Forestil dig nu, at du befinder dig på dette rare sted - hører lydene, mærker duftene, ser farverne. Det er vigtigt at fokusere på detaljerne én af gangen, fx solens varme mod din hud og blomsternes dufte.
4. Mærk ro og fred brede sig i din krop og sjæl.
5. Åbn dine øjne langsomt og stræk din krop.
6. Husk at du altid kan vende tilbage til dette sted når du har brug for ro og fred i kroppen eller sjælen.



Vejrtrækning

Stress og angst hænger sammen med måden, man trækker vejret på. Jo mere urolig, nervøs og stresset man er, jo mere hurtig og overfladisk bliver ens vejrtrækning. Sådan en vejrtrækning kan give fysiske symptomer som prikkende eller snurrende fornemmelser i hænderne eller svimmelhed med frygt for besvimelse. De fysiske oplevelser kan gøre en endnu mere stresset og angst og man er kommet ind i en ond cirkel.

Denne onde cirkel kan man bryde ved at kontrollere sin vejrtrækning. Man kan indlære nogle enkle øvelser, som giver en rolig vejrtrækning og som dermed også indirekte mindsker angst og stress.

1. øvelse

- Det er vigtigt, at din vejrtrækning er rolig og dyb. Du skal kunne se din mave udvide sig ved indånding og du skal trække vejret ind og ud gennem næsen.
- Du starter med at lytte til din krop og din vejrtrækning uden at ændre vejrtrækningen, du lægger bare mærke til, hvordan den er. Er den dyb eller overfladisk? Trækker du vejret gennem næsen eller munden? Er den hurtig eller langsom? Skal du bruge kræfter eller kører den af sig selv? Hvilken følelse har du i kroppen?
- Nu begynder du at ændre din vejrtrækning. Du gør din vejrtrækning dyb og rolig. Du trækker vejret gennem næsen. Hvis vejrtrækningen sidder højt i brystkassen, flytter du den ned i maven. Hver gang du trækker vejret ind, skal maven udvide sig. Læg en hånd på din mave og mærk efter. Træk nu vejret på denne måde et par minutter eller længere.

Sådan bør det være

- Både ind- og udånding foregår gennem næsen.
- Træk vejret "med maven", dvs. indåndingen foregår med mellemgulvet. Brystkassen løfter sig passivt og maven bevæger sig ud.
- Udånding foregår helt passivt: Mellemgulvet slapper af, brystkassen sænker sig og maven bevæger sig ind.
- Udånding kan være noget længere end indånding, pausen halvt så lang.
- Med tiden vil du opleve, at du kan blive bedre og bedre til at slappe af med denne simple vejrtrækningsøvelse.

2. øvelse

- Sæt dig behageligt til rette eller læg dig ned.
- Luk øjnene og forestil dig nu, at du befinder dig nederst på en trappe med 10 trin.
- Gå ganske langsomt og roligt op ad trappen.
- For hvert trin du går op trækker du vejret roligere og bliver mere og mere afslappet.
- Når du er nået helt op åbner du øjnene langsomt.



3. øvelse (Box breathing)

Box Breathing består af 4 trin.

Inden du starter skal du tage en normal indånding og derefter tømme lungerne for luft ved at udånde igennem munden.

Så starter du:

1. Træk vejret ind gennem næsen, mens du langsomt tæller til 4 inde i hovedet. Vær opmærksom på at fylde lungerne langsomt og helt ned i maven.
2. Hold vejret mens du tæller til 4 inde i hovedet.
3. Ånd ud gennem næsen, mens du tæller til 4 inde i hovedet. Vær opmærksom på at tømme både lungerne og maven for luft.
4. Hold vejret igen, mens du tæller til 4 inde i hovedet

Du har nu lavet 1 runde af Box breathing.

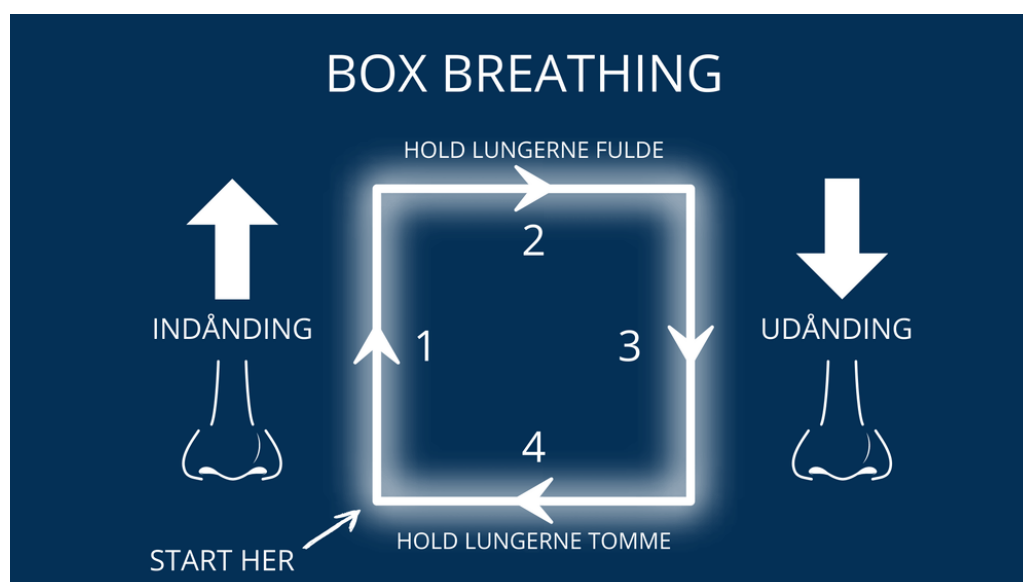
Du skal lave 3-5 runder for at det virker.

Du behøver ikke presse dig selv.

I starten kan det være svært, at holde åndedrættet i ro på ind- og udåndingerne og endnu sværere at holde vejret ind i mellem.

Hvis det svært for dig, at tælle til 4, så start med at tælle til 2 eller 3 på hvert trin. Hvis det også er svært for dig, så du undlade at holde vejret, men nøjes med at tælle på ind- og udåndingen og blot holde en lille pause i mellem.

Ligesom med al træning, så bliver du bedre når du øver dig.



Kost

Undersøgelser viser, at sunde kostvaner spiller en stor rolle for psyken og helbredet. Som udgangspunkt, er der ikke noget mad og drikke, du ikke må indtage. Det handler om hvor meget og hvor ofte.



- Sund mad og drikke er med til at bedre såvel dit fysiske som psykiske helbred og velbefindende, så du føler dig mindre irriteret og depressiv samt sover og koncentrerer dig bedre.
- Sund mad - gerne kombineret med regelmæssig motion - kan blandt andet mindske blodtrykket, mindske kolesterol og regulere blodsukkeret.

Gode råd

- Spis varieret. Så er du sikker på at få nok mineraler og vitaminer. Tag også gerne en daglig vitamintablet.
- Når du ændrer din kost, så sørg for stadig at købe ting du kan lide. Ellers er det svært at holde en kostændring i længden.
- Spis hyppige små måltider i stedet for ét stort, dagligt måltid. Gerne 3 hovedmåltider og 2-3 små mellemmåltider. Det giver stabilt blodsukker og er også det bedste hvis man ønsker at tabe sig.
- Spis flest af de kulhydrater, som giver en lille og langsom stigning i blodsukkeret, f.eks. rugbrød, havregryn, fuldkornspasta, brune ris, bønner, linser og ærter.
- Undgå de kulhydrater, der giver kraftig og hurtig stigning i blodsukkeret, f.eks. lyst brød, cornflakes og sukker. Erstat slik med nødder, figer eller riskiks. Spiser du chokolade, skal det være så mørkt som muligt.
- Drik rigeligt vand, mindst 2,5 liter om dagen. Undgå sukkerholdige drikke som juice/sodavand.
- Spis mange kostfibre f.eks. grove grøntsager, frugt og fuldkornsprodukter. Det forbedrer din blodsukkerregulering og fordøjelse.
- Spis gerne fisk 1-2 gange om ugen, det giver ekstra D-vitamin og er sundt for hjertet.
- På varedeklarationen på mad og drikkevarer kan du se indholdet af fedt og kulhydrater og den samlede mængde energi. Det grønne nøglehulsmærke fra Fødevarestyrelsen, betyder at produktet er sundt.
- Følg kostcirklen: $\frac{1}{2}$ tallerken med grove grøntsager og frugt, $\frac{1}{4}$ tallerken med magert kød/fisk og max $\frac{1}{4}$ tallerken med kulhydrater, som f.eks. pasta, ris og kartofler.

D-vitamin:

- D-vitamin fås gennem kosten: Fed fisk, kød, æg, mælk, ost, smør, madolie, havregryn, soya og svampe, – det er svært at spise sig til nok D-vitamin.
- D-vitamin bliver også dannet i huden i sommerhalvåret.
- Mørk hud gør det sværere at få D-vitamin gennem solen i lande som Danmark.



26-50 nmol/l = let mangel
13-25 nmol/l = moderat mangel
Under 12 nmol/l = svær mangel
OBS: Værdien må meget gerne komme
op omkring 200 nmol/l

Symptomer på for lavt D-vitamin:

- Det kan være svært at mærke D-vitamin-mangel.
Nogle mennesker mærker muskelsmerter, øget træthed og generelt mindre energi.
- Ved for lavt D-vitamin over længere tid øges risikoen for:
Depression, dårlig balance, knogleskørhed (større risiko for at brække noget)
og hjerte-karsygdomme.
D-vitamin hjælper også dit immunforsvar til at virke bedst muligt.

Forebyggelse af for lavt D-vitamin:



- Spis fed fisk hver uge, fx laks, ørred, makrel, sild eller hellefisk.
- Ophold dig i solen, gerne 30 minutter, nogle gange om ugen i sommerhalvåret med bar hud på fx arme.
- Solcreme er vigtigt for alle, fordi det beskytter mod hudkræft – men det kræver mere tid i solen at optage nok D-vitamin.

- Hvis du sjældent er ude i solen, har mørk hud eller bruger tildækkende beklædning anbefales 10 mikrogram tilskud dagligt hele året.
- Hvis du er over 70 år anbefales 20 mikrogram tilskud dagligt hele året.
- Har du tidligere haft for lavt D-vitamin anbefales 10 mikrogram tilskud dagligt hele året samt opfølgende blodprøver ved familielæge.

Behandling af D-vitamin mangel:

Ved moderat og svær D-vitaminmangel er det nødvendigt at starte med et tilskud på 50-75 mikrogram dagligt.

Ved let D-vitaminmangel vil et tilskud på 20-25 mikrogram dagligt være nok for de fleste.

OBS: Du må ikke spise D-vitamin på tom mave eller sammen med meget fedtfattig mad.

Så virker det ikke!

Spis derfor gerne tilskud om aftenen. Ved flere tabletter kan de med fordel fordeles over døgnet – men altid sammen med/ efter et måltid.

Det er vigtigt, at du får taget en opfølgende blodprøve hos din familielæge efter 3 måneder.

Nogle mennesker har brug for lang tids behandling.

Hvis du er meget overvægtig, kan det være nødvendigt at tage et større tilskud.

Nogle mennesker har svært ved at optage D-vitamin i tablet – eller kapselform og vil have brug for at indtage det i flydende form.

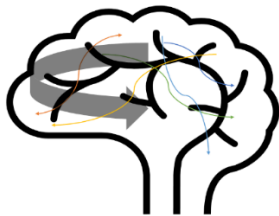


-vitamin er vigtigt for dig!

Hjernen med PTSD

PTSD kan ses i hjernen, når vi skanner den. Fx virker ledningsbanerne ikke altid efter hensigten hos patienter med PTSD. Ledningsbanerne kan man sammenligne med motorveje, der forbinder områder af hjernen. Impulserne, der løber gennem nervecellerne, kan man sammenligne med biler på vejene. Når vejene er dårlige, er der køkørsel og mange uheld.

I den yderste del af hjernen er der områder, der kan hæmme aktiviteten af de indre dele af hjernen. Det er her, at fornuften flettes sammen med følelserne. Hos patienter med PTSD kan vi se, at de ledningsbaner, der forbinder fornuften og følelserne i hjernen, er forstyrrede. Det er illustreret ved den tykke grå pil på figuren. Terapi og medicin kan hjælpe på forstyrrelsen, men ændringer af hjernens infrastruktur tager tid, og derfor tager behandling også lang tid.



Ved skanninger kan vi også se, hvordan hjernen er aktiv under belønninger. Hos patienter med PTSD er det almindeligt ikke at blive glad og interesseret for nye ting. Når vi laver hjerneskanninger af flygtninge med PTSD kan vi se, at selvom de vinder penge, som de får med hjem, bliver de ikke glade sammenlignet med andre. De steder i hjernen, der er aktive, når vi belønnes og bliver glade, er nemlig mindre aktive, når man har PTSD (den forreste del af pandelappen, som er markeret med gult på figuren). Ved behandling af PTSD er det derfor også vigtigt at fokusere på tristhed og manglende lyst. Ligesom med hjernens ledningsbaner kan aktiviteten i hjernens lystcentre komme tilbage efter behandling.



Når din behandling afsluttes på CTP

- Du skal kontakte din egen læge, hvis du får behov for at tale med en læge om din psykiske tilstand.
- Når du mangler medicin, er det din egen læge, der skal forny dine recepter på medicin. Du skal selv kontakte dit lægehus og bestille medicinen og købe den på apoteket.
- Hvis du er startet på ny medicin herfra, skal du fremover tale med din egen læge om, hvordan det går med medicinen. Det kan fx være mindst 1 gang om året.
- Husk at du selv skal bestille tiden til din medicinkontrol.

Gode råd

- Skriv emner og spørgsmål ned, som du vil tale med din egen læge om. Gør det gerne et par dage før samtalen. Tag sedlen med til samtalen hos din egen læge, så kan du bedre huske det.
- Sig til din læge, hvis du mangler information om din sygdom eller behandling.
- Ved samtaler hos din egen læge kan det ofte være nødvendigt at tale om den samme ting over flere gange. Der er ofte ikke meget tid, så det vil være almindeligt, at du får en ny tid til at tale videre om det, som I ikke nåede i en samtale.
- Husk at fortsætte med at bruge de øvelser, som du har lært og gennemgået med din behandler her.

Skriv selv det, som du vil huske:

Bilag 2: Behandlingsplan

u er nu startet i behandling ved Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri på Psykiatrisk Center Ballerup, det eneste specialtilbud af sin art i Region Hovedstadens Psykiatri.

Diagnoser

Aktiv diagnoseliste for patient

RHP M14, PCB, KOMPETENCECENTER FOR TRANSKULTUREL PSYKIATRI 05-11-2024 09:48 -
Aktuel

Diagnose

- Periodisk depression i episode af moderat grad (DF331)
- Posttraumatisk belastningsreaktion (DF431)

Dato for debut

05-11-2024

31-01-2020

Andre diagnoser

Diagnose

- Migræne UNS (DG439)

Dato for debut

24-10-2020

Begrundelse for psykiatriske diagnose(r)

Du beskriver tidligere traumer, aktuelle genoplevelser, øget alarmberedskab og undgåelsesadfærd.

Du beskriver nedsat lyst, energi og interesse. Beskriver træthed, søvnbesvær.

Psykiatrisk status

Du har oplyst at du blandt andet er generet følgende symptomer: angst, søvnproblemer, koncentrationsbesvær, tristhed, mangel på energi, genoplevelser, træthed og smerter.

Somatisk status

Du har oplyst at du blandt andet lider af: stofskifteproblemer.

Der er bestilt blodprøver og EKG samt booket tid hos sygeplejerske til KRAM samtale.

Social status

Du har oplyst at du ikke har mindreårige børn.

Der er booket tid ved socialrådgiver mhp. afklaring af social status.

Aftalte mål for behandlingen

Målet er, at du kommer til at fungere bedre i dagligdagen, får færre generende symptomer og en bedre livskvalitet. For at vurdere, om vi sammen når disse mål, udfylder du undervejs nogle spørgeskemaer.

Medicingennemgang

Din medicinliste er blevet gennemgået sammen med dig og opdateret ud fra den information du har givet.

Er der 2 eller flere kriterier for udvidet medicingennemgang iht. regionens retningslinjer: Nej, ikke indikation for udvidet medicingennemgang.

Plan for undersøgelse og behandling

Du tilbydes et tværfagligt behandlingsforløb. En del af behandlingen kan bestå af medicin, der hjælper mod tristhed, søvnbesvær, ængstelse og uro. Vi anvender ofte antidepressiv medicin som normalt kun giver relativt få bivirkninger. De mest almindelige er mundtørhed, svimmelhed eller mavegener. Til sidst har vi en fælles samtale, hvor vi evaluerer behandlingen og taler om hvad der skal ske fremover.

Du tilbydes samtale med vores socialrådgiver som i begrænset omfang kan hjælpe dig med eventuelle sociale problemstillinger. Du tilbydes også samtale med vores sygeplejerske om forskellige livstils faktorerers indflydelse på dit helbred og vi anbefaler at du på vores laboratorium får taget hjertekardiogram og rutineblodprøver.

Kompetencecentret er ansvarlig for din psykiatriske behandling under dit behandlingsforløb. Vores behandling sker i samarbejde med din egen læge som uændret tager sig af de fysiske helbredsproblemer du har. Det er vigtigt, at din egen læge er godt orienteret om vores behandling og derfor skriver vi til din egen læge ved behandlingsstart og slut. Når du afslutter behandlingen i Kompetencecenteret er det igen din egen læge som har det fulde behandlingsansvar

Yderligere information om behandling se www.minsundhedsplatform.dk og www.sundhed.dk

Skønnet varighed af behandlingen

Forløbet i Kompetencecenteret vil normalt strække sig over 4-6 måneder.

Tidspunkt for revurdering

Såfremt vi aftaler andet behandlingsforløb vil vi sammen revidere behandlingsplanen ellers senest om 1 år.

Pårørende

Du er informeret om muligheden for inddragelse af dine pårørende i behandlingen i det omfang du ønsker dette og efter aftale med din behandler.

Informeret samtykke og motivation

Vi kan kun hjælpe dig, hvis du selv deltager aktivt i behandlingen. Det er en forudsætning, at du møder frem til de aftalte tider, ellers må vi afslutte behandlingstilbuddet. Længerevarende ferie eller andet fravær under behandlingsforløbet er uhensigtsmæssigt. Husk at melde afbud i god tid såfremt du bliver forhindret i at komme.

Patientens deltagelse og informeret samtykke

Patienten har deltaget i udarbejdelsen af behandlingsplanen og samtykker.

Patientens ønsker til behandlingen

Bedring

Bilag 3: Notat ved lægesamtale

1 Lægesamtale uden tolk

Pakke: T-pakke

Psykisk

Pt beskrivelse: Forværring i søvn og mareridt, drømt om tidl veninde, der blev dræbt. Føler sig helt alene, har brug for at lette sit hjerte.

Objektivt: uændret

Selvmondsrisiko: Vurderes ikke i øget selvmondsrisiko, hvorfor der ikke er indikation for fuld selvmondscreening.

Somatisk:

Vil gå til el og se om blodprøver hos denne er ok, da hun er bange for at blive stukket. Afv svar imorgen hos fys ang. ryg

Socialt:

Medicin:

Rp mianserin 5-10 mg

tabl mianserin 10 mg og Der udleveres tabl mianserin 10 mg 100 stk

Psykoedukation:

Gennemgået: Samtaler, Depression, Angst, PTSD, Hjernen, Medicin Sertralin og Virkning af antidepressiv medicin

Udleveret: Samtaler, Depression, Angst, PTSD, Hjernen, Medicin Sertralin og Virkning af antidepressiv medicin

Næste samtale:

Opf medicin, ændre til sertralin

Psykoedukation, samtale om pt emner

Bilag 4: Procedurebeskrivelse for udredning og diagnostik

Alle patienter udredes ved visiterende samtale med lægen med flg. redskaber;
Patienten udfylder:

- **International Trauma Questionnaire (ITQ)** (33) er et kort, enkelt formuleret mål, der kun fokuserer på de centrale kendetegn ved PTSD og kompleks PTSD, og anvender enkle diagnostiske regler baseret på ICD-11.
- **Hopkins Symptom Check List (HSCL-25)** (23) er en selvadministreret rating skala til at vurdere sværhedsgraden af angst- og depressionssymptomer. Dette er en forkortet version af Symptom Checklist -90 (SCL-90). Den består af 25 spørgsmål, 10 vedr. angst og 15 vedr. depression.
- **WHO-5** (25) er et selvadministreret livskvalitetsskema, der består af 5 spørgsmål med hver 6 svarmuligheder.
- **Hamilton depressions- og angstskaala (HAM D+A)** (27) er to observatørskalaer til vurdering af sværhedsgrad af hhv. depression og angst, baseret på et semi-struktureret interview, som er anvendt bredt i psykiatrien gennem mange år både til forskning og symptomvurdering.
- **GAF-S & GAF-F** (28) er en numerisk observatør skala, der bruges til at vurdere graden af social og psykisk funktion hos voksne.

Hvis det i visitationsforløb eller i behandlingsforløbet vurderes at patienten har symptomer, som tyder på anden psykiatrisk lidelse og der vurderes indikation behandlingsmæssigt for udredning ud over de anførte, orienteres behandlingsansvarlig læge og der planlægges udredningsforløb ved denne. Såfremt behandlingsansvarlig læge er yngre læge sendes mail til overlæge mentor/(speciallæge gruppen) med kort beskrivelse af de diagnostiske udfordringer og forslag til plan. Efter aftale kan bookes samtale med patient med deltagelse af speciallæge og/eller et møde med speciallæge mhp at planlægge udredningsforløb.

Nedenstående redskaber kan benyttes hvis relevant (findes i kopi i konf):

- PSE (present state examination, vurdering af symptomer indenfor diagnoser i ICD10, fraset personlighedsforstyrrelser)
- SCID 2 (Personlighedsforstyrrelser)
- Såfremt man mener sig kompetent eller kan få kompetent vejledning, kan yderligere udredning foregå på CTP med DIVA (ADHD)
- RUDAS (Demens udredning)
- EASE (jeg forstyrrelser)
- Og evt. øvrige udredningsredskaber (spørg speciallæger)

Ved ændringer af diagnoser ved ovenstående redskaber, skal pt. være set af og konfereret med speciallæge.
Ved kompleks symptomatologi, hvor der kan være behov for inddragelse af øvrige speciallæge kompetencer, kan der henvises til diagnostisk enhed:

Diagnostisk Enhed er organisatorisk placeret i Psykoterapeutisk Ambulatorium og bemannes af speciallæger fra hele PCB. Der er således mange kompetencer tilstede. Diagnostisk enhed modtager henvisninger fra os i mindre omfang. Det drejer sig i så tilfælde om;

- Patienter i ambulant forløb på PCB med kompleks symptomatologi og deraf følgende diagnostiske vanskeligheder. Henvisningen forudsættes godkendt af behandlingsansvarlig overlæge. Tilbuddet gælder også patienter der ikke tilhørsmæssigt bor i centerets optageområde.
- Teamet udfører ikke mentalobservationer og speciallægeerklæringer. Det er en forudsætning at patienter henvist til diagnostisk enhed er motiverede for at deltage i udredningen.

Intern henvisning

Der anvendes henvisningsmodul, henvisningen udfyldes elektronisk.

Henvisningen skal indeholde en beskrivelse af:

- Beskrivelse af livsforløb
- Tidligere diagnoser og behandling, samt effekt heraf
- Aktuell medicin
- Psykopatologi
- Misbrug
- Somatisk
- Kontaktoplysninger på henvisende afsnit (mhp. formidling af tid)

Det forudsættes at man har forsøgt diagnostisk afklaring i den behandlende enhed. Patienten og henvisningen skal være konfereret med speciallæge/specialpsykolog/teamansvarlig læge før henvisning. Ved tvivlsspørgsmål kontaktes diagnostisk enhed på tlf. nr. 38 64 50 10.

Bilag 5: Ratingpakker

CTP måler vi patienternes bedring på fire parametre nemlig symptomer, funktionsniveau, social funktion/relationer og livskvalitet.

Mest omfattende er symptomdelen hvor vi måler på PTSD, angst og depression . De anvendte skemaer er ITQ og HSCL-25.

Ved måling af livskvalitet anvender vi WHO-5 og til funktionsniveau GAF og WHODAS. Disse "ratings" udfylder patienten i forskellig kombination ved visitation, efter interventionen, ved afslutning og ved 6-måneders opfølgning. Vi anvender ratingpakken på følgende sprog: arabisk, farsi, engelsk, ukrainsk og dansk.

The International Trauma Questionnaire

Instruktioner: Angiv venligst den begivenhed, som har generet dig mest og besvar de efterfølgende spørgsmål ud fra denne begivenhed.

Kort beskrivelse af begivenheden _____

Hvornår skete begivenheden? (Sæt cirkel om én)

- a. Mindre end 6 måneder siden
- b. 6-12 måneder siden
- c. 1-5 år siden
- d. 5-10 år siden
- e. 10-20 år siden
- f. Mere end 20 år siden

Nedenfor er der en liste med problemer, som mennesker kan have som reaktion på traumatiske eller stressende begivenheder. Læs venligst hvert spørgsmål omhyggeligt og sæt derefter en cirkel om det tal til, der bedst beskriver, hvor meget du har været generet af det problem indenfor den sidste måned.

		<i>Slet ikke</i>	<i>Lidt</i>	<i>Noget</i>	<i>En hel del</i>	<i>Rigtigt meget</i>
P1	Haft ubehagelige drømme, som gengiver dele af begivenheden eller er tydeligt forbundet med den?	0	1	2	3	4
P2	Haft stærke billeder eller erindringer, som dukker op i dine tanker, og hvor du oplever, at begivenheden sker igen her og nu?	0	1	2	3	4
P3	Undgået indre påmindelser om den stressende begivenhed (fx tanker, følelser eller fysiske fornemmelser)?	0	1	2	3	4
P4	Undgået ydre påmindelser om den stressende begivenhed (fx mennesker, steder, samtaler, aktiviteter, ting eller situationer)?	0	1	2	3	4
P5	Været overdrevent opmærksom, årvågen eller på vagt?	0	1	2	3	4
P6	Følt dig anspændt eller nemt forskrækket?	0	1	2	3	4

Indenfor den seneste måned har ovenstående problemer:

P7	Påvirket dine forhold til andre eller dit sociale liv?	0	1	2	3	4
P8	Påvirket dit arbejde eller din arbejdsevne?	0	1	2	3	4
P9	Påvirket en anden vigtig del af dit liv fx forældrerolle, skolearbejde/ studier eller andre vigtige aktiviteter?	0	1	2	3	4

Nedenfor er der en liste med problemer, som mennesker, der har været udsat for en stressende eller traumatisk oplevelse sommetider oplever. Spørgsmålene refererer til, hvordan du typisk har det, hvordan du typisk tænker om dig selv, og hvordan du typisk relaterer dig til andre mennesker. Besvar følgende ud fra, hvor sand hver enkelt påstand er for dig.

Hvor sandt er følgende for dig?		<i>Slet ikke</i>	<i>Lidt</i>	<i>Noget</i>	<i>En hel del</i>	<i>Rigtig meget</i>
C1	Når jeg er oprevet, tager det mig lang tid at falde til ro.	0	1	2	3	4
C2	Jeg føler mig følelsesløs eller følelsesmæssigt lukket ned.	0	1	2	3	4
C3	Jeg føler mig som en fiasko.	0	1	2	3	4
C4	Jeg føler, at jeg ikke er noget værd.	0	1	2	3	4
C5	Jeg føler mig fjern eller afskåret fra andre mennesker.	0	1	2	3	4
C6	Det er svært for mig at forblive følelsesmæssigt tæt på andre.	0	1	2	3	4

Indenfor den sidste måned har ovenstående problemer relateret til dine følelser, overbevisninger om dig selv og dine forhold til andre:

C7	skabt bekymring eller ubehag i relation til dine forhold til andre eller dit sociale liv?	0	1	2	3	0
C8	påvirket dit arbejde eller din arbejdsevne?	0	1	2	3	4
C9	påvirket nogen anden vigtig del af dit liv fx forældrerolle, skolearbejde/studier eller andre vigtige aktiviteter?	0	1	2	3	4

1. Diagnostisk scoring af PTSD og KPTSD

PTSD

Hvis P1 eller P2 ≥ 2 mødes kriteriet for Genoplevelse her og nu (Re-experiencing; 'Re')

Hvis P3 eller P4 ≥ 2 mødes kriteriet for Undgåelse (Avoidance; 'Av')

Hvis P5 eller P6 ≥ 2 mødes kriteriet for Oplevet nuværende trussel (Sense of current threat; 'Th')

OG

Hvis mindst én af P7, P8, eller P9 ≥ 2 mødes kriteriet for PTSD funktionsnedsættelse (PTSD functional impairment; PTSDFI)

Hvis kriterierne 'Re' OG 'Av' OG 'Th' OG 'PTSDFI' er mødt, er kriteriet for PTSD mødt.

KPTSD

Hvis C1 eller C2 ≥ 2 mødes kriteriet for Affektiv dysregulering (Affective dysregulation; 'AD')

Hvis C3 eller C4 ≥ 2 mødes kriteriet for Negativt selvbillede (Negative self-concept; 'NSC')

Hvis C5 eller C6 ≥ 2 mødes kriteriet for Forstyrrede relationer (Disturbances in relationships; 'DR')

OG

Hvis mindst én af C7, C8, eller C9 ≥ 2 mødes kriteriet for DSO funktionsnedsættelse (DSO functional impairment; DSOFI)

Hvis kriterierne 'AD' OG 'NSC' OG 'DR' OG 'DSOFI' er mødt, er kriteriet for DSO mødt.

PTSD kan diagnosticeres hvis kriteriet for PTSD men IKKE kriteriet for DSO er mødt.

KPTSD kan diagnosticeres hvis kriteriet for PTSD OG kriteriet for DSO er mødt.

Hvis PTSD kriteriet ikke er mødt, eller hvis kun DSO kriteriet er mødt, resulterer det i ingen diagnose.

Readiness for Psychotherapy Index (RPI)

Dette spørgeskema vil hjælpe os med at forstå dig bedre.

Ud for hvert spørgsmål skal du vælge den svarmulighed der passer bedst.

Nr		Meget uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Meget enig
1	Mine problemer vil forsvinde af sig selv med tiden					
2	Jeg har ikke den store lyst til at arbejde hårdt i behandlingen.					
3	Jeg vil ikke have problemer med at være fuldstændigt ærlig og åben overfor behandleren.					
4	Mine problemer gør mig ulykkelig					
5	Hvis det bliver svært for mig at arbejde med nogle ting i behandlingen, vil jeg alligevel blive ved til den slutter.					
6	Jeg vil arbejde hårdt imellem behandlingstimerne med de ting jeg lærer i behandlingen.					
7	Jeg skammer mig over mine problemer.					
8	Det vil være for smertefuldt at fortælle min behandler alt om mine problemer.					
9	Mine problemer stresser mig meget					
10	Der er nogle ting ved mig jeg ikke ønsker min behandler skal vide.					
11	Hvis behandlingen skulle gøre mig utilpas, vil jeg alligevel fortsætte.					
12	Selvom jeg har nogle problemer, har jeg ikke noget behov for at løse dem nu og her.					
13	Jeg tænker ærligt talt ikke jeg kan få meget ud af behandling.					
14	Behandlingen vil fungere bedst hvis jeg gør en stor indsats for at samarbejde med min behandler.					

15	Jeg vil være i stand til at tale frit om mine problemer med min behandler					
16	Jeg har behov for at begynde at arbejde med mine problemer med det samme.					
17	Mine problemer generer mig ikke ret meget.					
18	Jeg kan godt udholde ubehag i behandlingen fordi jeg ved det vil hjælpe mig i det lange løb.					
19	Jeg vil være i stand til at tale med behandleren om alt i mit privatliv.					
20	Mine problemer påvirker rigtig meget hvordan jeg har det.					

Readiness for Psychotherapy Index (RPI) er originalt udviklet af Ogrodniczuk, Joyce og Piper (2009).
Oversat til dansk af Hovmand, Reinholdt, Bach, Christensen og Amfred (2021).
Tilpasset ved Kompetencecenter for Transkulturel psykiatri, Psykiatrisk Center Ballerup (2024).

HOPKINS SYMPTOMCHECKLISTE 25

Vejledning

Nedenfor er en liste over symptomer eller problemer, man kan have. Venligst læs dem grundigt og vurder, hvor meget du har følt dig generet eller ulykkelig over dem den sidste uges tid inklusiv i dag. Sæt et kryds i det relevante svarfelt.

		Slet ikke	Lidt	Meget	Ekstremt meget
Del 1 - Angstsymptomer		1	2	3	4
1.	Pludselig bange uden grund				
2.	Føler dig angst				
3.	Tendens til besvimelse, svimmelhed eller svaghed				
4.	Fornemmelse af nervøsitet eller indvendig rysten				
5.	Hjertet slår hårdt eller galoperer af sted				
6.	Rysten				
7.	Følelse af anspændthed eller nervøsitet				
8.	Hovedpine				
9.	Angst-/panikanfald				
10.	Rastløshed/uro				
Del 2 - Depressionssymptomer		1	2	3	4
11.	Følelse af energiforladthed, langsommelighed				
12.	Selvbefrielse				
13.	Let til tårer				
14.	Manglende sexlyst				
15.	Appetitløshed				
16.	Besvær med at falde i søvn og sove igennem				
17.	Ingen tro på fremtiden				
18.	Tristhedsfølelse				
19.	Ensomhedsfølelse				
20.	Selvmodstanker				
21.	Føler dig fanget				
22.	Er overbekymret				
23.	Føler ingen interesse for noget				
24.	Føler at alt er en byrde				
25.	Føler dig værdiløs				

Et spørgeskema om dig og hvordan du har det – nu hvor du starter behandling



Spørgsmål 1

- a Vælg det problem, der generer dig mest. (Skriv venligst i boksen nedenfor.)

- b Hvor meget har det påvirket dig i løbet af den sidste uge? (Sæt venligst kryds i én boks nedenfor.)

Slet ikke påvirket 0 1 2 3 4 5 Svært påvirket

0

1

2

3

4

5

☐☐☐☐☐☐☐

- c Hvor længe siden er det, at du først blev bekymret over dette problem? (Sæt venligst kryds i én boks nedenfor.)

Under én måned Mellem én og tre måneder Over tre måneder, men under et år Et til fem år Over fem år

☐☐☐☐☐

Spørgsmål 2

- a Vælg et andet problem, der generer dig. (Skriv venligst i boksen nedenfor.)

- b Hvor meget har det påvirket dig i løbet af den sidste uge? (Sæt venligst kryds i én boks nedenfor.)

Slet ikke påvirket 0 1 2 3 4 5 Svært påvirket

0

1

2

3

4

5

☐☐☐☐☐☐☐

- c Hvor længe siden er det, at du først blev bekymret over dette problem? (Sæt venligst kryds i én boks nedenfor.)

Under én måned Mellem én og tre måneder Over tre måneder, men under et år Et til fem år Over fem år

☐☐☐☐☐

Spørgsmål 3

- a Vælg én ting, der er svær at gøre på grund af dit problem (eller dine problemer). (Skriv det venligst i boksen nedenfor.)

- b Hvor svært har det været at gøre denne ting i løbet af den sidste uge? (Sæt venligst kryds i én boks nedenfor.)

Slet ikke svært 0 1 2 3 4 5 Meget svært

0

1

2

3

4

5

☐☐☐☐☐☐☐

Spørgsmål 4

- Hvordan har du haft det i dig selv i denne sidste uge? (Sæt venligst kryds i én boks nedenfor.)

Meget godt 0 1 2 3 4 5 Meget dårligt

0

1

2

3

4

5

☐☐☐☐☐☐☐

Et spørgeskema om dig og hvordan du har det – nu hvor du afslutter behandlingen



Spørgsmål 1

- a Dette er det problem, du sagde generede dig mest, da vi spurgte i starten af dit behandlingsforløb. (Behandler – skriv det venligst i boksen nedenfor.)

- b Hvor meget har det påvirket dig i løbet af den sidste uge? (Sæt venligst kryds i én boks nedenfor.)

Slet ikke påvirket 0 1 2 3 4 5 Svært påvirket

☐☐☐☐☐☐☐

Spørgsmål 2

- a Dette er det andet problem, du sagde generede dig, da vi spurgte i starten af dit behandlingsforløb. (Behandler – skriv det venligst i boksen nedenfor.)

- b Hvor meget har det påvirket dig i løbet af den sidste uge? (Sæt venligst kryds i én boks nedenfor.)

Slet ikke påvirket 0 1 2 3 4 5 Svært påvirket

☐☐☐☐☐☐☐

Spørgsmål 3

- a Dette er den ting du i starten af behandlingsforløbet sagde var svær at gøre på grund af dit problem. (Behandler – skriv det venligst i boksen nedenfor.)

- b Hvor svært har det været at gøre denne ting i løbet af den sidste uge? (Sæt venligst kryds i én boks nedenfor.)

Slet ikke svært 0 1 2 3 4 5 Meget svært

☐☐☐☐☐☐☐

Spørgsmål 4

Hvordan har du haft det i dig selv i denne sidste uge? (Sæt venligst kryds i én boks nedenfor.)

Meget godt 0 1 2 3 4 5 Meget dårligt

☐☐☐☐☐☐☐

Spørgsmål 5

I løbet af behandlingen har du måske fundet ud af, at andre problemer blev vigtige. Hvis ja, hvor meget har disse problemer påvirket dig i løbet af den sidste uge?

(Sæt venligst kryds i én boks nedenfor, eller lad være blank. Hvis ingen andre problemer blev vigtige.)

Slet ikke påvirket 0 1 2 3 4 5 Svært påvirket

☐☐☐☐☐☐

Spørgsmål 6

Sammenlignet med da du startede behandlingen, hvordan har du det så nu? (Sæt venligst kryds i én boks nedenfor.)

0 1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Meget bedre En hel del bedre Lidt bedre Nogenlunde det samme Lidt værre Meget værre



WHO-FEM TRIVSELSINDEKS (1999 VERSION)

Sæt venligst ved hvert af de 5 udsagn et kryds i det felt der kommer tættest på hvordan du har følt dig i de seneste to uger. Bemærk at et højere tal står for bedre trivsel.

Eksempel: Hvis du har følt dig *glad og i godt humør* i lidt mere end halvdelen af tiden i de sidste to uger, så sæt krydset i feltet med 3-tallet i øverste højre hjørne.

	I de sidste 2 uger ...	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdelen af tiden	Lidt mindre end halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1.	... har jeg været glad og i godt humør	5	4	3	2	1	0
2.	... har jeg følt mig rolig og afslappet	5	4	3	2	1	0
3.	... har jeg følt mig aktiv og energisk	5	4	3	2	1	0
4.	... er jeg vågnet frisk og udhvilet	5	4	3	2	1	0
5.	... har min dagligdag været fyldt med ting der interesserer mig	5	4	3	2	1	0

LEC-5

Nedenfor er anført en række svære og stressende begivenheder man som menneske kan komme ud for. Ud for hver begivenhed bedes du afsætte et eller flere kryds afhængig af om: a) det skete for dig personligt; b) du overværede det ske for en anden; c) du har fået fortalt, at det skete for et familiemedlem du er tæt på eller en tæt ven; d) du oplevede det fordi det var en del af dit arbejde (f.eks. faldkredder, politi, militær); e) du er usikker om nogen af svarmulighederne passer; eller f) ingen af svarmulighederne passer (du har ikke oplevet det). Husk at begivenhederne gælder hele dit liv (både barndom og voksenliv).

Begivenhed	Skete for mig	Var jeg vidne til	Har jeg fået fortalt skete for et tæt familiemedlem/ven	Har været en del af mit job	usikker	Passer ikke
1. Naturkatastrofe (f.eks. oversvømmelse, orkan, tornado, jordskælv)						
2. Ildebrand eller eksplosion						
3. Transport ulykke (f.eks. biluheld, båd ulykke, tog ulykke, flystyrt)						
4. Alvorlige ulykke hjemme, på arbejde eller ferie.						
5. Udsat for giftige stoffer (f.eks. farlige kemikalier, stråling)						
6. Fysisk overgreb (f.eks. blevet angrebet, slået, sparker)						
7. Overgreb med et våben (f.eks. skudt, stukket ned, truet med kniv, pistol eller bombe)						
8. Seksuelt overgreb (voldtægt, voldtægtsforsøg, fysisk tvunget, eller truet, til nogen seksuel handling)						
9. Andre uønskede eller ubehagelige seksuelle oplevelser						
10. Været udsat for krig eller oplevet krigzoner (i militæret eller som civil)						
11. Fangeskab (f.eks. været kidnappet, bortført, være fanget, krigsfange)						
12. Livstruende sygdom eller skade						
13. Alvorlig lidelse						
14. Pludselig voldelig død (f.eks. mord eller selvmord)						
15. Pludselig død						
16. Alvorlig ulykke, skade eller død som du forskyldte						
17. Anden stressende begivenhed eller oplevelse						

UDFØR OGSÅ DEL 2 PÅ NÆSTE SIDE

DEL 2:

A. Hvis du under del 1 har krydset af ved punkt 17, bedes du her beskrive oplevelsen:

B. Hvis du har oplevet flere end én af de begivenheder der var listet under del 1, skal du nu koncentrere dig om den værste af oplevelserne, hvilket vil sige den oplevelse, der aktuelt generer dig mest. Hvis du kun har oplevet en af de begivenheder der var listet under del 1, skal du koncentrere dig om den. I det følgende, skal du besvare spørgsmål der vedrører den værste oplevelse du har haft (husk at afkrydse alle svarmuligheder der passer):

1. Beskriv kort den værste oplevelse du har haft (f.eks. hvad skete der, hvem var involveret osv.)

2. Hvor længe siden er det sket? _____ *(Hvis du er usikker, så skriv hvornår du cirka tror det er)*

3. Hvordan oplevede du det?

____ *Det skete for mig*

____ *Jeg var vidne til et*

____ *Jeg fik fortalt at det skete for et familiemedlem jeg er tæt på eller en tæt ven*

____ *Jeg blev gentagne gange udsat for detaljer omkring begivenheden i forbindelse med mit arbejde (f.eks. som faldkredder, politi, militær m.m.)*

____ *Andet, beskriv venligst:*

4. Var nogen liv i fare?

____ *Ja, mit liv*

____ *Ja, en andens liv*

____ *Nej*

5. Blev nogen alvorlig skadet eller drabt?

____ *Ja, jeg blev alvorligt skadet*

____ *Ja, en anden blev alvorlig skadet eller dræbt*

____ *Nej*

6. Indebar det seksuelt overgreb? ____Ja ____Nej

7. Hvis begivenheden indebar at et tæt familiemedlem døde eller en tæt ven, var det da som følge af en ulykke, vold eller naturkatastrofe?

____ *Ulykke eller vold*

____ *Naturkatastrofe*

____ *Ikke relevant (Begivenheden involverede ikke døden af et tæt familiemedlem eller en ven)*

8. Hvor mange gange har du oplevet en så stressende begivenhed, eller næsten lige så stressende, som den du netop har beskrevet?

____ *Kun 1 gang*

____ *Flere gange (angiv venligst hvor mange, eller cirka hvor mange, gange du har oplevet en så stressende begivenhed _____)*

Spørgeskema vedrørende fælles beslutningstagning (SDM-Q-9)

Følgende handler om de erfaringer, du har haft ved dette lægebesøg/ denne konsultation.

Hvad var årsagen til, at du kom til lægen (f.eks. hvilke problemer, hvilken diagnose)?

Hvilken beslutning blev der truffet (f.eks. hvilken behandling)?

For hvert enkelt af de ni nedenstående udsagn bedes du anføre, hvor enig eller uenig du er i udsagnet.

1. Lægen gjorde det klart, at der skulle træffes en beslutning.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Lægen ønskede at vide præcis, hvordan jeg ville involveres i beslutningen.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Lægen orienterede mig om, at der findes forskellige muligheder for behandling af mine problemer.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Lægen forklarede mig tydeligt om fordele og ulemper ved behandlingsmulighederne.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Lægen hjalp mig med at forstå alle informationer.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Lægen spurgte mig, hvilke(n) behandlinger/behandling, jeg foretrækker.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Lægen og jeg drøftede grundigt fordele og ulemper ved de forskellige behandlingsmuligheder.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Lægen og jeg valgte i fællesskab en behandling.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Lægen og jeg lavede en aftale om det videre forløb.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Evt. kommentarer

Spørgeskema vedrørende fælles beslutningstagning (SDM-Q-Doc)

De følgende udsagn handler om denne konsultation.

[Eksempel] I hvilken anledning har patienten opsøgt dig? (f.eks. hvilke problemer, hvilken diagnose)?

[Eksempel] Hvilken beslutning blev der truffet (f.eks. hvilken behandling)?

For hvert enkelt af de ni nedenstående udsagn bedes du anføre, hvor enig eller uenig du er i udsagnet.

1. Jeg har gjort det helt klart for patienten, at der skal træffes en beslutning.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Jeg ønskede at vide præcist, hvordan patienten ville involveres i beslutningen.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Jeg har informeret patienten om, at der findes forskellige behandlingsmuligheder for hans/hendes problemer

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Jeg har grundigt forklaret patienten om fordele og ulemper ved behandlingsmulighederne.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Jeg har hjulpet patienten med at forstå alle de givne informationer.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Jeg har spurgt patienten, hvilken behandlingsmulighed han/ hun foretrækker

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

7. Patienten og jeg har grundigt drøftet de forskellige behandlingsmuligheder

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Patienten og jeg har i fællesskab valgt en behandling.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Patienten og jeg har lavet en aftale om det videre forløb.

Fuldstændig uenig	Meget uenig	Overvejende uenig	Overvejende enig	Meget enig	Fuldstændig enig
-------------------	-------------	-------------------	------------------	------------	------------------

Post-migrations vanskeligheder tjekliste (PMLD) – Danmark

Forneden er der en liste over vanskeligheder, som flygtninge, der er ankommet til Danmark, nogle gange oplever. Gennem den seneste måned, har nogle af vanskelighederne forinden været et problem for dig?

	Ikke et problem	Et lille problem	Moderat alvorligt problem	Et alvorligt problem	Et meget alvorligt problem
1. Bekymringer om familiemedlemmer, som jeg er adskilt fra					
2. Været ude af stand til at vende tilbage til mit hjemland i en nødsituation					
3. Frygt for at blive sendt tilbage til mit hjemland i fremtiden					
4. Kommunikationsvanskeligheder på dansk					
5. Vanskeligheder med beskæftigelse (f.eks. ikke været i stand til at finde arbejde)					
6. Følt mig presset til at udføre arbejde/aktiviteter (f.eks. af kommunen), som jeg ikke føler mig i stand til grundet psykisk helbred eller fysiske årsager					
7. Vanskeligheder med at forstå danske regler og lovgivning vedrørende min sociale situation (f.eks. arbejde, bopæl, opholdstilladelse)					
8. Ikke vidst hvor eller hvem man spørger om hjælp eller rådgivning, hvis jeg har problemer angående min sociale situation (f.eks. arbejde, bopæl, opholdstilladelse)					
9. Konflikter med socialrådgivere/andre myndigheder					
10. Diskrimineret af de danske myndigheder					
11. Ikke nok penge til at købe mad, betale husleje eller købe nødvendigt tøj					
12. Frustreret over ikke at kunne forsørge mig selv					
13. Vanskelighed med at finde en passende bolig					
14. Følt mig ekskluderet eller isoleret i det danske samfund					
15. Savnet de aktiviteter som jeg plejede at lave, før jeg kom til Danmark					
16. Savnet et socialt liv/netværk i Danmark					
17. Meget bekymrende konflikter i min nærmeste familie bosat i Danmark					

GAF (Global Assessment og Functioning Scale)

GAF er en enkel og hurtig metode til at angive en persons psykosociale funktionsniveau. Det er en kontinuerlig skala, som går fra 1 til 100, hvor 1 er laveste og 100 højeste værdi.

Scoren deles op i symptom (GAF-S) og funktion (GAF-F).

Man angiver GAF for den sidste uge.

Man læser skalaen nedefra og op og standser ved første niveau som virker relevant at vurdere patienten i forhold til.

Ingen eller minimale symptomer F.eks. mild eksamensangst	90 81	Gode funktioner på alle områder, interesseret og engageret i et bredt spekter af sociale aktiviteter. Er socialt effektiv og er stort set tilfreds med livet. Kun dagligdags problemer og bekymringer. Kontrolleret markering af uenighed med andre
Forventede og forbigående reaktioner på psykosociale stressfaktorer. F.eks. koncentrationsvanskeligheder efter et skænderi	80 71	Ubetydelig, midlertidig og situationsbetinget nedsat social, erhvervmæssig eller skolemæssig funktion. F.eks. midlertidigt at komme bagud med opgaver
Nogle lette symptomer. F.eks. lettere nedstemthed, moderate indsovningsvanskeligheder	70 61	Nogle vanskeligheder med social, erhvervmæssig eller skolemæssig funktion. F.eks. sporadisk skulkning eller tyveri fra hjemmet eller fra nærmeste
Moderate symptomer. F.eks. affladede følelser, omstændeligt sprog, et panikanfald af og til	60 51	Moderate vanskeligheder i social, arbejdsmæssig eller skolemæssig funktion. F.eks. få venner, konflikter med kolleger eller bekendte
Alvorlige symptomer. F.eks. selvmordstanker, alvorlige tvangsritualer	50 41	Alvorlig forstyrrelse i social, arbejdsmæssig eller skolemæssig funktion. F.eks. ingen venner, kan ikke klare at holde fast på et job
En del forstyrrelse i realitetstestning eller kommunikation, dømmekraft, tænkning eller stemningsleje. F.eks. er talen af og til ulogisk, uforståelig eller irrelevant	40 31	Større funktionssvigt på flere områder, så som arbejde, skole eller familieforhold. F.eks. undgår venner, forsummer familien, ude af stand til at arbejde
Adfærden er i betydelig grad påvirket af vrangforestillinger eller hallucinationer. ELLER: Alvorlig forstyrrelse i kommunikation eller dømmekraft. F.eks. af og til usamlet, opfører sig meget upassende, til stadighed optaget af selvmord	30 21	Manglende funktioner på næsten alle områder. F.eks. forbliver i sengen hele dagen, intet job, hjem eller venner
Fare for at kunne skade sig selv eller andre. F.eks. selvmordsforsøg uden klar forventning om at dø, er ofte voldelig, manisk. ELLER: Alvorlig kommunikationsforstyrrelse. F.eks. snakker stort set usammenhængende eller er stum	20 11	Af og til svigt i at sørge for et minimum af personlig hygiejne. F.eks. omfartende urenlig med afføring
Vedvarende fare for at skade sig selv eller andre alvorligt. F.eks. gentagne voldshandlinger. ELLER: Alvorlige suicidale handlinger med klar forventning om at dø	10 1	Vedvarende svigt i at sørge for et minimum af personlig hygiejne

WHODAS 2.0

12-item version, interview-administreret

Sektion 4 Kerne spørgsmål

Vis flash kort #2 til respondenterne

I de seneste 30 dage, hvor mange vanskeligheder har du haft med:		Ingen	Milde	Moderate	Svære	Ekstreme eller kan ikke udføre
S1	At stå op i lange perioder fx 30 minutter?	0	1	2	3	4
S2	At passe dit husholdningsansvar?	0	1	2	3	4
S3	At lære nye opgaver fx at lære at komme til et nyt sted?	0	1	2	3	4
S4	Hvor mange problemer har du haft med at deltage i aktiviteter i lokalsamfundet (for eksempel festligheder, religiøse eller andre aktiviteter) på samme måde som alle andre kan?	0	1	2	3	4
S5	Hvor meget har du været følelsesmæssig påvirket af din sundhedstilstand?	0	1	2	3	4

I de seneste 30 dage, hvor mange vanskeligheder har du haft med:		Ingen	Milde	Moderate	Svære	Ekstreme eller kan ikke udføre
S6	At koncentrere dig om at gøre noget i ti minutter?	0	1	2	3	4
S7	At gå en længere distance fx en kilometer [eller lignende]?	0	1	2	3	4
S8	At vaske hele din krop?	0	1	2	3	4
S9	At tage tøj på?	0	1	2	3	4
S10	At have med mennesker at gøre du ikke kender?	0	1	2	3	4
S11	At passe et venskab?	0	1	2	3	4
S12	Dit daglige arbejde/skole?	0	1	2	3	4

Bilag 6: Vejledning i klinisk vurdering

Patienten fremtræder:	nej	lidt	moderat	meget
Depressiv	Upåfaldende, neutralt stemningsleje	Fremtræder lettere trist men kan tidvis afledes og smile	Fremtræder mere gennemgribende trist men kan dog se enkelte lyspunkter i tilværelsen	Fremtræder helt sortseende, hæmmet, mimikfattig og fåmælt med latetid
Grådlabil	Ingen tegn på gråd	Fugtige øjenkroge, tårer enkelte gange	Græder adskillige gange under samtalen	Græder under store dele af samtalen
Suicidaltruet	Evt. mere diffuse tanker om døden men pt. er på overbevisende måde helt afvisende overfor suidale tanker eller planer	Tanker om at man kunne gøre en ende på sit liv men ikke konkrete suidale tanker eller impulser – man befrygter ikke reel suidalfare	Mere konkrete tanker men ingen impulser – man befrygter ikke akut suidalarisiko – normalt ikke indlæggelsesbehov	Både konkrete tanker og impulser – man befrygter akut suidalarisiko – man taler med pt. om behov for indlæggelse
Somatiserende	Helt normalt forhold til somatiske problemstillinger	Somatiske symptomer synes at fylde lidt mere end gennemsnitligt	Somatiske symptomer har en fremtrædende plads, men pt. har primært fokus på sin psykiske tilstand	Stærkt optaget af somatiske symptomer – fylder mere end psykiske klager
Angst	Fremtræder rolig og upåfaldende	Virker lettere nervøs	Tydelige angstsymptomer - sveder, ryster, etc. men kan dog relativt ubesværet gennemføre samtalen	Vanskeligt ved at gennemføre samtalen pga. udtalt angst med åndenød, motorisk uro og evt. panikanfald

Anspændt	Almindelig afslappet	Virker initialt lettere anspændt men slapper mere af senere i samtalen	Tydelig anspændt under det meste af samtalen	Udtalt vagtsomhed, sitren, stirrende eller flakkende blik, etc.
Irritabel	Venlig og imødekommende under hele samtalen	Virker lettere vrissen og snappende	Bliver nemt vred og man må overveje sine ord for ikke at tirre pt.	Vredladen, opfarende og højrystet under det meste af samtalen
Forpint	Fremtræder almindeligt velbefindende	Virker plaget af sin tilstand i lettere grad	Tydeligt forpint, men kan dog afledes og samtalen forløber uden problemer	Svært forpint hvilket pt. både verbalt og nonverbalt tydeligt viser, præger samtalen
Koncentrations- besværet	Virker klar, samlet og nærværende under stort set hele samtalen	Udtrættes i løbet af samtalen og har efter nogen tid svært ved at holde koncentrationen	Hurtig tendens til at virke fraværende, udtrættes og distraheres let	Fra starten af klart usamlet, fraværende og måske noget desorienteret
Hukommelses- besværet	Husker klart og præcist	Hukommelsen skønnes let nedsat i forhold til det forventelige	Hukommelsen mere tydeligt svækket, dog ikke i en grad så samtalen vanskeliggøres	Hukommelsen svært kompromiteret, kan f.eks. ikke huske hvilken medicin der gives, alder på sine børn, antal år i DK
Dårlig i den emotionelle kontakt	Kontaktformen naturlig, åben og direkte	Kontakten mere usikker, man mærker en hvis distance, måske præget af ambivalens	Uautentisk i kontakten, virker fjern, vigende øjenkontakt, måske med klar appel eller udadprojicering	Kontakten helt på pt.'s præmisser, svært tillukket og garderet, sparsom øjenkontakt

Dårlig i den formelle kontakt	Talen normal i form og mængde	Samtalen flyder lidt besværet, svarer nogenlunde sufficient men aspontant	Er noget vag og ukonkret i sine svar, lidt svært at holde samtalen i gang	Fåmælt, svarer tidvist ikke, er vanskelig at forstå, svarer på andet end der spørges om, måske helt usammenhængende, man har klart indtryk af formelle tankeforstyrrelser
Begrebsmæssigt og tankemæssigt disorganiseret	Upåfaldende og relevant i tanke og tale	Tidvis præget af diskrete logiske brister	Mere klart præget af manglende logik, fx med betydningsglidninger eller privat sprogbrug	Samtalen er styret af patientens egen uindfølelige logik med manglende sammenhæng og relevans
Paranoid	Almindelig åben og tillidsfuld i forhold til sine omgivelser	Virker skeptisk og mistroisk med selvhenføringstendens	Mistanke om tilstedeværelse af egentlige vrangforestillinger	Uden tvivl præget af egentlige vrangforestillinger
Hallucineret	Ingen mistanke om perceptionsforstyrrelser	Man er i tvivl om, hvorvidt pt. måske huser hallucinatoriske oplevelser	Man er ikke i tvivl om tilstedeværelse af hallucinationer, men det er ikke noget der præger pt. under samtalen	Tydeligt hallucineret f.eks. på hørelsen – inadækvat lyttende, taler med sig selv, ser sig uroligt omkring
Med bristet realitetstestning	Fuldt bevaret realitetstestning	Undersøger er tidvis lidt i tvivl om, hvorvidt der på visse områder er læderet realitetstestning.	Undersøger er ikke i tvivl om brist i realitetstestningen men kun på få velafgrænsede områder	Pt. har uden tvivl omfattende brist i realitetstestningen på en lang række områder

* Realitetstestningen er den reflektive, kritiske, undersøgende og korrigerende funktion hvorved man afgør hvad der er virkeligt. Det er med andre ord en meta-kognitiv evne til at vurdere (teste) virkelighedspræget af egne oplevelser.

Bilag 7: Afsluttende brev til egen læge

Afslutningsbrevet (epikrisen) skal skrives og sendes inden for 24 timer. Husk alle relevante psykiatriske diagnoser inkl. evt. misbrugsdiagnose, psykosediagnose eller andet. Husk at påføre diagnoser som patienten har været i behandling for også selvom patienten eventuelt ikke længere opfylder kriterier for denne diagnose.

Bemærk særligt at disse epikriser i høj grad er vores faglige ansigt udadtil, hvorfor vi skal være meget omhyggelige, fagligt stringente, klare og præcise i disse skrivelser. Når lægen skriver epikrisen skal der altid laves en kopi som lægges bagerst i dokumentmappen. Dette gælder i øvrigt alle skrivelser!

Epikriserne kan meget ofte "genbruges" når der efterfølgende kommer anmodning om statusattest og det vil typisk være epikrisen vi vil fremsende, når der anmodes om journaloplysninger.

Eksempel på brev ved behandlingsafslutning:

GRØN; Behov for opfølgning. Patient/netværk kan selv tage kontakt til praktiserende læge
Patienten afsluttes til egen læge med fortsatte samtaler med fokus på egne ressourcer og sund livsstil. Der skønnes ikke at være indikation for yderligere behandling i psykiatrisk regi.
Patienten har tidligere været tilknyttet privat praktiserende psykiater, men undertegnede kan ikke umiddelbart se der aktuelt er behov for genhenvisning.

Ambulant epikrise

Signeret

Planlagte aftaler (maximalt 15)

Epikrise

Aktiv diagnoseliste for patient

RHP M14, PCB, KOMPETENCECENTER FOR TRANSKULTUREL PSYKIATRI 22-01-2020
10:11 - Aktuel

Diagnose	Noteringsdato
• Skadelig brug af alkohol (DF101)	22-01-2020
• Posttraumatisk belastningsreaktion (DF431)	10-07-2018

Andre diagnoser

Diagnose	Noteringsdato
• Bursitis i slimsækken over knæskallen (DM704)	04-12-2019
• Depressiv enkeltepisode UNS (DF329)	10-07-2018
• Tromboflebitis i underekstremitet UNS (DI803D)	03-05-2017

Resume af behandlingsforløb: Patienten blev ved visitation screenet for psykotiske symptomer og graden af angst, depression og PTSD blev vurderet med rating-skalaer ved start og afslutning af behandling. Patienten har netop afsluttet sit forløb ved Kompetencecenteret, som bestod af tværfaglig behandling i perioden august 2018 til januar 2020:

Læge: 14 samtaler med psykoedukation og medicinsk behandling. Afprøvet sertralin i doser op til 100 mg uden effekt. På baggrund af øgede levertal ikke fået indikation for afprøvning af yderligere, herunder venlafaxin. Der er til gengæld god effekt af mianserin i dosis 10 mg, som er prioriteret at fastholde. Der har været fokus på reducere af alkoholindtag.

Sygeplejerske: 6 samtaler med fokus på livsstil, sociale forhold, symptom lindring og funktionsfremmende råd.

Socialrådgiver: 2 samtale mhp. afklaring af den sociale situation, herunder afklaring af rettigheder til samvær med børnene.

Psykolog: 2 Neurofeedback behandlinger.

Medicinsk behandling

tabl mianserin 10 mg

Aktuel helbredsmæssig tilstand

Ved afslutning har patienten oplevet nogen lindring, særligt er søvnen bedret. Er dog fortsat præget af symptomer fra ovenstående lidelser. Lidelsen er af kronisk karakter.

Parakliniske resultater

Maj 2019 3,3 K, alat 94

Konklusion med forebyggelses og sundhedsfremmende plan

Se opfølgning ovenfor.

Medicin: Kan formentlig med fordel fortsætte med nuværende antidepressive medicin i en længere periode fremover. Afslutning bør ske i samråd med egen læge. Såfremt man vælger seponering bør det ske gradvist over 2-4 uger. Supplerende brug af benzodiazepiner, sovemedicin og antipsykotika frarådes.

Socialt: Behandlingen har primært været af livskvalitetsforbedrende karakter og patientens samlede funktionsniveau betragtes som varigt nedsat og stationært. Hermed vurderes det ikke realistisk, at patienten vil kunne varetage et arbejde på ordinære vilkår. Bør opfordres til at bryde sin isolation og opsøge lokale foreninger eller organisationer med relevante aktiviteter.

Fysisk: Har kroniske smerter og bør støttes i at fortsætte generel fysisk aktivitet.

Venlig hilsen

Medicinliste:

Medicinlisten og FMK er aktuelt i overensstemmelse. Seneste synkronisering var den 22-01-2020 11:29.

Medicin ved udskrivelsen :

ibuprofen (IBUMAX) 400 mg tablet, 1 tablet Ved behov hver 8. time, startdato: 11-12-19, slutdato:

fluticason 50 mikrog/pust (FLIXONASE) 50 mikrogram/dosis næsespray, suspension, 2 pust 2 gange daglig i hvert næsebor, startdato: 07-02-19, slutdato:

fluticason 27,5 mikrog (AVAMYS) 27,5 mikrogram næsespray, suspension, 2 pust daglig i hvert næsebor, startdato: 24-08-17, slutdato:

mianserin (MIANSERIN "MYLAN") 10 mg tablet, 1 tablet Nat, startdato: 09-05-19, slutdato:

paracetamol (PAMOL) 500 mg tablet, 2 tabletter ved behov hver 8. time, startdato: 19-03-18, slutdato:

Bilag 9: Huskeliste Behandlingspakker

Visitation								
Pakke:	PTF7-K	PTF7-IPM	PTF7-SDM	T	S	P	L	V
Interviews, ratings og diagnostik								
ICD-10 diagnostik (PTSD, depression)								
PTSD-interview				Evt.				
SCAN (psykotiske sympt.)				Evt.	Evt.	Evt.	Evt.	Evt.
Ratingpakke start								
GAF start								
Forskningsformalia								
In- og eksklusionskriterier								
Deltagerinformation+samtykke								
REDCap								
Præ-screening (ALLE patienter)								
Fuld CRF (for inkluderede patienter)								
Randomisering								
Mail Caroline + Anna Bolette								
SP								
AOP								
Behandlingsplan								
Brev til egen læge								
Best./ord. LAB								
Booking								
Psykologkapacitetsliste								
Booking udfyldes								
Book 4 sessioner IPM								
Book læge	x6	Efter 3. IPM	Efter 3. IPM	x6	x3	Evt.	x6	Orient.
Book psykolog								
Book sygeplejerske								
Book socialrådgiver	x1	x1	x1	x1	x1	x1	x1	
Book LAB								
Book KRAM								
Book kognitiv testning								
Book Hamilton + WHODAS start								
Personlig information+samtykke								
Overgang til fase 2								
Book psykologtider			Følg relevant pakke					
Book sygeplejersketider								
Book overlevering								
Afslutning								
Ratingpakke slut								
GAF slut								
Book evaluering								
Book Hamilton + WHODAS slut								
REDCap: End of study + evaluering								
Epikrise								

Bilag 10: Fremlæggelse på B-konf.

Husk at give relevante papirer til andre behandlere i god tid

Ordstyrer skal starte med at danne overblik over programmet for B-konf. og fordele antal min til hver.

Formål med behandlingskonference:

- Læring
- Tværfaglig sparring

Hvad kan tages op på B-konf.?:

- Pakkeskift
- Forlængelse af pakke
- Vurderings pakker
- Andre vanskelige problemstillinger med behov for tværfaglig sparring.

Rolle/formål for faggruppe:

Psykologens rolle til tværfaglig behandlingskonference:

- at bidrage med psykologfaglig forståelse, viden og perspektivering i forhold til de drøftede sager.

Sygeplejerskens rolle til tværfaglig behandlingskonference:

- at bidrage med sygeplejefaglig forståelse, viden og perspektivering i forhold til de drøftede sager.

Lægens rolle til tværfaglig behandlingskonference:

- at bidrage med lægefaglig forståelse, viden og perspektivering i forhold til de drøftede sager.

Fysioterapeutens rolle til tværfaglig behandlingskonference:

- at informere om og/eller drøfte relevante anbefalinger vedr. eventuelle fysioterapeutiske problemstillinger (f.eks. somatiske gener, genoptræningsplan, kommunale/private tilbud om (tilpasset) fysisk aktivitet).

Socialrådgiverens rolle til tværfaglig behandlingskonference:

- At bidrage med socialfaglig forståelse, viden og perspektivering i forhold til de drøftede sager.

Præsentation af patient/problemstilling i form af kort resume:

- Hvad er fokus – fx ønske om pakkeskift, hvad er i så fald nuværende pakke
- Præsentation af patient: Alder, køn, oprindelsesland, flygtning/ikke flygtning, årstal for ankomst til DK, traume/ikke traume. Evt. særlige afgørende oplevelser, evt. tidligere behandling.
- Diagnose
- Fremtrædende symptomer, evt. suicidalrisiko
- Motivation
- Anbefaling (eller evt. tvivl)

Ved V-pakker: (samlet fremlæggelse for læge, sygeplejerske og psykolog ca. 5 min)

Læge: Fremlægger kort grund til valg af V-pakke, ovenstående punkter vedr. præsentation af patient. Husk forslag om pakke eller evt. tvivl. (kommenterer ikke på kulturelle faktorer).

Sygeplejerske: kort konklusion med fokus på kulturelle faktorer, væsentlig info som ikke er nævnt + pakkeforslag hvis muligt.

Psykolog: kort konklusion med fokus på terapiegnethed, væsentlig info som ikke er nævnt + pakkeforslag.

Case

Formål: at få et indblik i alle faggruppers arbejde

Ca. 10 min. præsentation af case, der giver indblik i faggruppes arbejde/problemstillinger og lign.

Det kan fx være "den gode historie", den "svære problemstilling" eller transkulturelle aspekter.

Hjælp ved præsentation af patient/problemstilling i form af kort resume:

- Hvad er fokus:
- Præsentation af patient:
 - Alder _____
 - Køn _____
 - Oprindelsesland _____
 - flygtning/ikke flygtning _____
 - årstal for ankomst til DK _____
 - traume/ikke traume _____
 - Evt. særlige afgørende oplevelser, evt. tidligere behandling _____
- Diagnose _____
- Fremtrædende symptomer, evt. suicidalrisiko _____
- Motivation _____
- Anbefaling (eller evt. tvivl) _____

Bilag 11: Procedurebeskrivelse for overlevering fra fase 1 til 2

Formål: Faglig udveksling mellem fagpersoner med henblik på optimering af fase 2. Give mulighed for at psykologen drager nytte af den viden der allerede er om patienten.

Hvem: PTF-patienter og patienter i T-pakke.

Procedure:

- **Lægen** booker 15 min til overlevering. Der bookes tid hos den tildelte psykolog, og evt. socialrådgiver ved behov.
- Der tilstræbes booking snarest efter at der er tildelt psykolog og før første samtale er booket hos psykolog.
- Bookingen behøver ikke afstemmes med socialrådgiverkalender, hvis det gør booking vanskeligt. Socialrådgiver kan hvis ønsket afslå og orientere øvrige behandlere ved behov.

Varighed: 15-30 minutter

Emner:

- Pt.s tilstand og foreløbige forløb gennemgås:
 - Fokus
 - Diagnostiske overvejelser
 - Medicin
 - Misbrugsproblematik
 - "red flag" symptomer der kræver speciel opmærksomhed (f.eks. suicidale tanker, psykotiske oplevelser)
 - Fremmøde/motivation
 - Skal der indkaldes socialrådgiver/behov for familiesamtale
 - Sociale problemstillinger
 - Samarbejde behandlerne imellem fremover

Bilag 12: Procedurebeskrivelse for midtvejsevaluering.

Formål: Faglig udveksling mellem fagpersoner med henblik på optimering af anden halvdel af pt.s forløb.

Hvem: Alle patientforløb i T-pakke, P-KAT, og S-pakke. PTF forløb.

Procedure:

- **Psykologen eller sygeplejersken** booker 15 min hos den behandlingsansvarlige læge (samt socialrådgiver ved behov) til en drøftelse af pt. – seneste inden 8. psykologsamtale.
- Der tilstræbes booking én måned før og koordinering af psykolog- og lægekalender.
- Bookingen behøver ikke afstemmes med socialrådgiverkalender, hvis det gør booking vanskeligt. Socialrådgiver kan hvis ønsket afslå og orientere øvrige behandlere ved behov.

Varighed: 15-30 minutter

Emner:

- Pt.s tilstand og foreløbige forløb gennemgås:
 - Fokus/udfordringer i samtaler
 - Diagnostiske overvejelser
 - Medicin
 - Misbrugsproblematik
 - "red flag" symptomer der kræver speciel opmærksomhed (f.eks. suicidale tanker, psykotiske oplevelser)
 - Fremmøde/motivation
 - Skal der indkaldes socialrådgiver/behov for familiesamtale
 - Sociale problemstillinger
 - Samarbejde behandlerne imellem fremover
 - Vurderet effekt af midtvejsevaluering på denne pt.

Dokumentation: Kort notat i SP om konklusion på ovenstående ved læge. Behandlingskategori: konf,

Notattype: plan. Der skal ikke registreres ydelser.

Bilag 14: Procedure for håndtering af blodprøver og EKG lokal CTP tilføjelse.

Alle blodprøver skal ses indenfor 24 timer.

ALLE patienter skal i forbindelse med oprettelse have booket en tid hos sygeplejersken til KRAM-samtale og have bestilt EKG og blodprøver i SP.

Det er som udgangspunkt en god ide, og nemmere for os alle, hvis man selv holder øje med om der er svar på blodprøver og ekg på egne patienter.

1. Ved oprettelse i behandlingspakke laver lægen en best/ord på blodprøver og EKG i SP (se SP manual) og skriver i bookingen, at dette er bestilt. Derefter informerer sekretæren pt. om at møde til blodprøver og EKG før en af de nærmest kommende samtaler.
2. Når der kommer blodprøvesvar og EKG ender disse i de yngre lægers In-Basket i SP.
3. In-Basket tjekkes dagligt ved yngre læge(hver læge har en dag de er ansvarlige for).
 - EKG kan konfereres med til Kardiologisk bagvagt på Herlev Hospital: 38682054
 - Blodprøver kan konfereres med relevant bagvagt på Herlev Hospital.
4. Ved svære afvigelser orienteres behandlingsansvarlige læge, hvis muligt. Ellers er det den læge, der har ansvaret den pågældende dag, som følger op og handler på svarene.
 - *Lægelig vurdering hvad der er svære afvigelser – overordnet såfremt det vurderes at der skal handles indenfor timer eller dage.*
 - *YL kontakter behandlingsansvarlig læge personligt, såfremt denne ikke er til stede kontaktes overlæge.*
 - *Behandlingsansvarlig læge/ den læge der har ansvaret de pågældende dag (eller overlæge) lægger plan og kontakter eventuelt patient, hvis det er relevant.*
 - *YL laver notat i SP om, at behandlingsansvarlig læge er kontaktet.*
5. Ved svære afvigelser lægges plan ved behandlingsansvarlig læge hvis muligt, og ellers den læge der har ansvaret pågældende dag, og -eller overlæge.
6. Ved mindre afvigelser som ikke kræver handling inden for 24 timer noteres dette i SP, og der sendes mail til behandlingsansvarlige læge om at følge op.
7. Ved normale blodprøver og EKG noteres dette i SP som et procedurennotat (se hvordan i SP-manual).
8. Efterfølgende skal der signeres for svaret i In-basket i SP.
9. Ved Kram samtale noteres dette i SP som normalt notat. (se sep.vejledning)
10. Lægen informere patienten ved næste kommende samtale (Medmindre det er svære afvigelser eller andet der skal reageres på inden da)

Såfremt behandlingsansvarlige læge ikke er til stede og man har brug for hjælp til vurdering og håndtering, kan en af overlægerne kontaktes . Hvis ingen er til stede kontaktes de telefonisk.

Telefonnumre til overlægerne kan findes på p-drevet.

Bilag 16: Det Transkulturelle interview

DET TRANSKULTURELLE INTERVIEW

For vejledning og uddybende bemærkninger til hvert spørgsmål – se bagest i interviewguiden

INTRODUKTION:

Jeg vil gerne forstå de problemer, der bringer dig hertil i dag, så jeg bedre kan hjælpe dig.

Jeg vil gerne høre mere om dine erfaringer og dine tanker.

Derfor vil jeg stille nogle spørgsmål om din situation og hvordan du håndterer den.

Du skal vide og huske, at der ikke er nogen rigtige eller forkerte svar.

KULTUREL DEFINITION AF PROBLEMET

1. Hvad har fået dig til at søge hjælp her?

HVIS PERSONEN GIVER FÅ DETALJER, KUN NÆVNER SYMPTOMER ELLER EN DIAGNOSE, SPØRGES IND:

- Mennesker forstår ofte problemer på deres egen måde. Det er ikke altid den samme måde behandlere beskriver problemerne på. Hvordan vil du beskrive dit problem?

2. Folk kan have forskellige måder at beskrive deres problemer på afhængigt af, hvem de taler med. Hvordan vil du beskrive dit problem for din familie eller dine venner?

3. Hvad bekymrer dig mest ved dit problem?

KULTUREL FORSTÅELSE AF ÅRSAGER, SAMMENHÆNGE OG STØTTE

ÅRSAGER

4. Hvorfor tror du, at det her sker for dig? Hvad tror du, er årsagerne til dit [PROBLEM]? BRUG PERSONENS EGNE ORD FOR PROBLEMET.

FORKLAR EVENTUELT:

- Nogle mennesker mener for eksempel, at deres problemer hænger sammen med dårlige oplevelser, de har haft i deres liv, problemer med andre mennesker, en fysisk sygdom, noget i forbindelse med deres religion eller andet.

5. Hvad tror din familie, venner eller andre i din omgangskreds, er årsagen til dit [PROBLEM]?

STRESSORER OG STØTTE
6. Hvad kan være hjælpsomt i forhold til dit [PROBLEM]? F.eks. støtte fra familie, venner, kollegaer eller andre? Eller støtte af religion eller spiritualitet? 7. Hvad kan stresser dig og gøre dit [PROBLEM] værre? F.eks. økonomiske problemer eller problemer i familien.
BETYDNINGEN AF DEN KULTURELLE IDENTITET
<i>HVIS DISSE SPØRGSMÅL ALLEREDE ER BESVARET / BERØRT GENNEM DE TIDLIGERE SPØRGSMÅL, KAN DE SPRINGES OVER:</i> 8. Hvilken betydning har din baggrund for dig og hvad lægger du særligt vægt på ved den kultur, du er opvokset med? 9. Hvordan kan din baggrund spille en rolle i forhold til dit [PROBLEM]? På en positiv måde? På en negativ måde? 10. Når du tænker på din baggrund og dit liv, hvad kan så bekymre dig eller give dig problemer?
KULTURELLE FAKTORER, DER PÅVIRKER PERSONENS ERFARINGER MED AT SØGE HJÆLP
COPING
11. Vi har talt om, hvad der stresser dig og kan forværre dit problem. Hvad har du selv gjort for at håndtere dit [PROBLEM]?
TIDLIGERE ERFARINGER MED AT SØGE HJÆLP
12. Hvilke andre former for hjælp har du tidligere søgt for at håndtere dit [PROBLEM]? Det kunne f.eks. være andre slags læger, rådgivere, åndelige vejledere eller healere. Hvilken slags hjælp eller behandling, synes du, var mest gavnlig? Hvad var ikke gavnligt?
BARRIERER

13. Hvad har forhindret dig i at få den hjælp du har brug for?

Det kan f.eks. være penge, et arbejde, pligter i familien, stigmatisering, diskrimination, eller mangel på tilbud, hvor de forstår dit sprog eller din baggrund?

KULTURELLE FAKTORER, DER PÅVIRKER BEHOV OG FORVENTNINGER

14. Hvilke former for hjælp, tror du, vil være bedst for dig lige nu i forhold til dit [PROBLEM]?

15. Hvad har din familie, dine venner eller andre foreslået dig at gøre, som de mener, kan hjælpe dig lige nu?

BEHANDLER PATIENT-FORHOLD

16. Hvad skal vi være opmærksomme på, for at du føler dig velkommen her og oplever at få en god behandling?