VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Vårdförlopp Depression hos vuxna - primärvårdsversion

Framtagen av: Processtöd för implementering i primärvården och RPT Depression
Innehållsansvar: RPT Depression
Granskad och godkänd av: Primärvårdsrådet 2026-02-19 Giltig till: 2027-12-31

Om primärvårdsversion Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Depression hos vuxna

Detta flödesschema exemplifierar arbete i enlighet med vårdförlopp Depression för vuxna ur ett primärvårdsperspektiv. Det personcentrerade arbetssättet bygger på den biopsykosociala modellens helhetssyn på hälsa. Syftet med dokumentet är att underlätta lokalt förbättringsarbete genom konkreta förslag till arbets- och ansvarsfördelning för att möjliggöra arbete i enlighet med vårdförloppet. Syftet är även att göra det lätt att ge god vård i den kliniska vardagen och att kommunicera kring hinder på vägen.

Huvudpunkter

- **Stegvis vård:** fokus på kunskapsbaserade, ändamålsenliga, patientfokuserade och effektiva insatser
- **Egenvård som förstahandsinsats:** All legitimerad personal på vårdcentral, rehabmottagning samt på ungdomsmottagning eller personal på ungdomsmottagning/inom mödra- barnhälsovård bör vid psykiska besvär utan misstanke om allvarlig psykisk sjukdom eller utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser som förstahandsval ge funktionshöjande råd kring egenvård
- **Suicidriskbedömning:** Genomförs vid varje vårdmöte
- **Individanpassade insatser:** Anpassa insatser och involvera relevanta professioner utifrån patientens behov, livssituation och personliga resurser samt säkerställ samarbete mellan professioner för samsyn och sammanhållen planering
- **Journalföring:** Dokumentera givna insatser, patientens följsamhet, beteendeförändring, samlad bedömning, förväntad effekt av fortsatta insatser samt rekommendation för fortsatt vård
- **Fördjupad utredning:** Vid otillräcklig effekt av insatser - fördjupa utredningen och revidera vårdplanen

Vill du läsa mer om handläggning vid olika psykiatriska tillstånd? I nationella vård- och insatsprogram hittar du sammanställda kunskapsunderlag om vanliga psykiatriska tillstånd. Informationen är utformad för att möta behovet av kunskap i eller inför mötet mellan personal och individ och riktar sig till både specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst och skola. Nationella vård- och insatsprogram

På 1177 för vårdpersonal hittar du nationellt vårdförlopp Depression hos vuxna i sin helhet
1177. Depression hos vuxna

Färgnyckel: Brun: Patientens resa Blå: Vårdcentral Grön: Rehabenhet Grå: att besluta Gul: Specialiserad vård

Psykisk ohälsa i primärvården

Funktionshöjande allmänna råd och bedömning av behov
Sjuksköterska, vårdsamordnare psykisk ohälsa, psykolog, psykoterapeut, läkare på vårdcentral, arbetsterapeut, fysioterapeut på rehabmottagning, personal på ungdomsmottagning/inom mödra-barnhälsovård

- Ge funktionshöjande råd kring egenvård som förstahandsval vid psykiska besvär utan misstanke om allvarlig psykisk sjukdom eller utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser
- Genomför suicidriskbedömning vid varje vårdmöte
- Journalför insatserna samt patientens följsamhet till givna råd, beteendeförändring, samlad bedömning, förväntad effekt av fortsatta insatser samt rekommendation framåt

Suicidriskbedömning

Har patienten behov av andra insatser än funktionshöjande råd?

Nej → **Utgång: Patienten får information om kontaktvägar vid nya symtom**

Ja

Personcentrerad utredning och bedömning

- utredningsdjup anpassas individuellt
På varje enhet tydliggörs vilken/vilka professioner, med relevant differentialdiagnostisk kompetens, som ansvarar för att adekvat utredning genomförs

- Anpassa utredning utifrån patientens psykiska besvär och individuella behov
- Anpassa vilka professioner som involveras utifrån patientens individuella behov
- Fördjupa utredningen stegvis om otillräcklig effekt av utförda insatser
- Samverka mellan professioner för samsyn och sammanhållen planering
- Journalför bedömning och rekommendation om insatser utifrån den egna professionens perspektiv
- Genomför suicidriskbedömning vid varje vårdmöte

Suicidriskbedömning

Somatisk differentialdiagnostik
Fast läkare

- Beställ provtagning
- Kontakta per telefon/digitalt och/ eller fysiskt besök för anamnes/ somatiskt status utifrån behov
- Uppmärksamma somatisk samsjuklighet och funktionsnedsättningar som påverkar det psykiska måendet
- Uppmärksamma substansbruk
- Se över aktuella läkemedel (särskilt fokus på beroendeframkallande preparat)

Somatiskt status

Provtagning

Depression och somatisk differentialdiagnostik hos äldre

Psykiatrisk differentialdiagnostik
Fast läkare, psykolog, psykoterapeut

- Involvera närstående om möjligt
- Bedöm om patientens symtom är psykiatrisk sjukdom eller normalreaktion
- Bedöm psykiatrisk samsjuklighet
- Bedöm behov av fördjupad psykiatrisk differentialdiagnostik eller psykosocial kartläggning
- Bedöm svårighetsgrad vid misstänkt depression

Psykiatrisk bedömning

Länkar till bedömningsinstrument

Bedömning av depressionsdjup

Psykosocial kartläggning
Fast läkare, sjuksköterska, vårdsamordnare, psykolog, psykoterapeut, kurator, rehabkoordinator, arbetsterapeut, fysioterapeut

- Involvera närstående om möjligt
- Bedöm funktionspåverkan
- Kartlägg sömn och dygnsrytm
- Kartlägg levnadsvanor
- Uppmärksamma eventuellt substansbruk
- Kartlägg psykosocial situation
- Identifiera möjlighet till återhämtning/balans

Samtal om hälsa (personalmaterial)

Goda levnadsvanor (patientmaterial)

Kartläggning psykosocial situation

Fördjupad psykiatrisk differentialdiagnostik vid svårbehandlade psykiatriska tillstånd
Psykolog, psykoterapeut, läkare med relevant kompetens

- Överväg differentialdiagnostik och screena för bakomliggande psykiatriska diagnoser som påverkar behov av stöd och behandling
- Genomför strukturerad intervju med MINI

MINI-intervju

Sammanvägd bedömning och dialog med patienten om fortsatta insatser
Alla involverade professioner bidrar med information. Profession, med relevant differentialdiagnostisk kompetens, ansvarar för helhetsbedömningens kvalitet. Bedömningen kommuniceras i dialog med patienten av profession med tillräcklig kompetens att besvara patientens frågor.

- Tydliggör om symtomen bedöms bero på normala psykologiska reaktioner eller sjukdom
- Använd aktuella diagnoskriterier och skattningsskalor som underlag i dialog med patienten
- Adressera behov av fördjupad psykiatrisk differentialdiagnostik inom primärvården eller med stöd av specialistpsykiatrin
- Adressera vid behov insatser från socialtjänsten: boendestöd, personligt ombud, hemtjänst, beroendevård, sysselsättning, ekonomiskt bistånd, föräldrastöd och/eller stöd till barn eller andra anhöriga
- Gör orosanmälan till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa
- Överväg akut handläggning inom specialiserad psykiatrisk vård vid hög suicidrisk
- Upprätta krisplan vid måttlig eller svårbedömd risk för suicid

Graviditet, post partum och amning

RMR Ansvarsfördelning och konsultationer mellan VGRs primärvård och specialistpsykiatri (vuxna)

Sammanvägd bedömning: Behov av akut specialiserad psykiatrisk vård?

Ja → **Behov av akut specialiserad psykiatrisk vård:**
- Vårdintygsbedömning vid svår depression eller annan allvarlig psykisk störning
- Kortfattad remiss

Ja → Behov av stöd från specialist-psykiatrin

Nej

Råd om inriktning för fortsatt handläggning inom primärvården

- Ge konsultativt stöd eller återremittera från specialistpsykiatrin
- Kommunicera återkopplingen till fast läkare som underlag för fortsatt planering
- Planera övertag efter återremiss från specialistpsykiatrin inom 30 dagar

Behandlande och rehabiliterande insatser

- behandlingsinnehåll och vilka professioner som involveras anpassas individuellt

Profession med relevant differentialdiagnostisk kompetens ansvarar för att vårdplan utformas baserat på den personcentrerade kartläggningen. Alla involverade professioner ansvarar för att planera och genomföra insatser utifrån sina respektive professioner och roller.

- Upprätta en vårdplan i dialog med patienten så att behandlingsinnehåll och intensitet tar hänsyn till patientens samlade diagnoser, behov och preferenser
- Eftersträva personkontinuitet för involverad profession — Kontinuitet och fasta vårdkontakter i nära vård
- Genomför suicidriskbedömning vid varje vårdmöte — Suicidriskbedömning
- Utvärdera kontinuerligt insatta åtgärder — Kontinuerlig utvärdering
- Journalför en samlad bedömning som inkluderar kort information om vilka insatser som givits, patientens förmåga till följsamhet till given behandling och rehabilitering, förväntad effekt av fortsatta insatser och rekommendation framåt
- Beakta att tid från första kontakt till diagnos och behandlingsstart inte bör överskriva 14 dagar

Psykoedukation
Vårdsamordnare, psykolog, psykoterapeut, fast läkare

- Förklara varför patienten mår som hen mår utifrån vad den personcentrerade kartläggningen visat
- Informera om vilka behandlande och rehabiliterande insatser som finns och vad de innebär

Insatser kring aktivitetsnivå och funktion
Psykosociala team, arbetsterapeut, sjuksköterska, vårdsamordnare psykisk ohälsa, fysioterapeut, psykolog, psykoterapeut, fast läkare

Erbjud i grupp eller individuellt:

- Stöd till aktivering och balans i vardagen
- Stöd till förändrade levnadsvanor: sömnhygien, kost, fysisk aktivitet, rökstopp, måttlig alkoholkonsumtion

RMR Alkohol skadligt bruk och beroende

Hälsocoach Online

RMR Insomni

Koordinering av återgång i arbete
Rehabkoordinator, vårdsamordnare psykisk ohälsa

- Facilitera dialog mellan patient och arbetsgivare kring en långsiktigt hållbar arbetssituation (vid sjukskrivning/risk för sjukskrivning). Rehabkoordinator kopplas alltid in vid sjukskrivning för psykisk ohälsa
- Samordna insatser tillsammans med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten vid behov. OBS: Samordnad individuell planering (SIP) kräver samtycke.

Psykologisk behandling
Psykolog, psykoterapeut, socionom, annan legitimerad profession med grundläggande psykoterapiutbildning

- Erbjud psykoedukation och KBT/ IPT: internetförmedlad, t ex iKBT. Kan ges som gruppbehandling eller individuell behandling

Stegvis vård

Strukturerad uppföljning
Sjuksköterska, vårdsamordnare psykisk ohälsa, psykolog, psykoterapeut, läkare

- Använd strukturerad utvärdering med MADRS-S för att uppmärksamma förbättring/ försämring i dialog med patienten.

MADRS-S

Medicinsk optimering utifrån depression och samsjuklighet
Fast läkare

- Försäkringsmedicinsk bedömning inklusive medicinskt underlag för planering av arbetslivsinriktad rehabilitering
- Överväg läkemedelsbehandling vid: otillräcklig effekt av psykologisk behandling, om patienten föredrar detta eller vid recidiverade sjukdom och tidigare god effekt av läkemedel
- Läkemedelsbehandla skadligt bruk av alkohol
- Observera att bensodiazepiner inte är indicerade vid insättning av SSRI eller andra läkemedel. Nyinsättning av bensodiazepiner bör i möjligaste mån undvikas. Om insättning max 4 veckor. Bör ej användas vid långvariga besvär.

RMR Läkemedel Depression — REK-listan affektiva syndrom — RMR Alkohol - skadligt bruk och beroende

RMR Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger. In- och utsättning

Sammanvägd bedömning för utvärdering av behandlande och rehabiliterande insatser
Alla involverade professioner följer upp sina insatser kontinuerligt. Profession, med relevant differentialdiagnostisk kompetens, ansvarar för helhetsbedömningens kvalitet. Bedömningen kommuniceras i dialog med patienten av yrkesroll med tillräcklig kompetens att besvara patientens frågor.

- Utvärdera läkemedelsbehandling vid depression snart efter insättning (förslagsvis efter ca 2 veckor)
- Följ upp diagnos inom sex veckor, oavsett behandling
- Utvärdera eventuella förändringar avseende funktionsnivå, fysisk aktivitet och/eller levnadsvanor
- Använd strukturerad utvärdering: MADRS-S och suicidriskbedömning
- Uppmärksamma andra faktorer (till exempel smärta, biverkningar från läkemedel, psykosocial situation, samsjuklighet, riskbruk av alkohol)

Sammanvägd bedömning: bedöms patienten ha nytta av ytterligare insatser inom ramen för vårdförlopp Depression hos vuxna?

Nej

Vidmakthållandeplan
- Utformas tillsammans med patienten

Återfallsprevention
- Utfärda plan för uppföljning av läkemedelsbehandling sex månader efter remission
- Erbjud återfallsförebyggande behandling till patienter med recidiverande depression som uppnått remission genom:
  - läkemedel
  - KBT
  - mindfulnessbaserad kognitiv terapi
  - fysisk aktivitet

Min vidmakthållandeplan (patientmaterial)

VIP 8 Uppföljning på individnivå vidmakthållandeplan (personalinformation)

Utgång: Information om kontaktvägar vid nya symtom

Ja

Fördjupad utredning och/eller modifierade behandlande och rehabiliterande insatser inom primärvården

Ja, men ej inom primärvård

Behov av stöd från specialist-psykiatrin

Färgnyckel: Brun: Patientens resa Blå: Vårdcentral Grön: Rehabenhet Grå: att besluta Gul: Specialiserad vård

Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk

Gör en strukturerad klinisk bedömning av suicidrisken genom att:

- skapa en förtroendefull relation
- systematiskt hämta in relevant information om individens livssituation, bakgrund, sjukdomsbild, symtom och beteende, och ta del av tidigare dokumentation
- bedöma individens psykiska och fysiska status
- identifiera risk- och skyddsfaktorer
- väga samman alla delar i en helhetsbedömning
- dokumentera bedömningen.
- OBS! Risken för suicid ökar inte av att man ställer frågor. Tystnad kring individens tankar om suicid riskerar däremot att förstärka känslor av skam och skuld som suicidala individer ofta brottas med.

En noggrann suicidriskbedömning ökar möjligheten att upptäcka om en individ är suicidnära så att man kan erbjuda stöd och hjälp. Exempel på åtgärder kan vara individuell kris- eller säkerhetsplan, hjälp att etablera rätt kontakt inom vården, kontakt med närstående, hjälpa individen att se lösningar på sina problem och återbesök.

Om suicidrisken bedöms vara akut eller behov av psykiatrisk heldygnsvård finns ska individen remitteras för akut bedömning inom psykiatrisk vård.

Hämtat från Nationella vård och insatsprogram: Depression och ångestsyndrom 2024-01-23

Strukturerad klinisk bedömning av suicidrisk

Tillbaka till flödeschemat

Provtagning

Överväg följande blodprover:

blodstatus
natrium (Na), kalium (K), kreatinin (Krea)
ALAT/ASAT/GT
albumin
TSH
Kalcium (S-Ca)
P-Glukos
PEth/CDT
vid behov även tillägg av kobalamin, D-vitamin, drogscreening.

Hämtat från Nationellt kliniskt kunskapsstöd: Vårdförlopp Depression hos vuxna (B) 2024-01-15

Tillbaka till flödeschemat

Somatiskt status

I somatiskt status ingår
- allmäntillstånd
- tyreoidea
- hjärta och lungor
- puls och blodtryck
- allmänt neurologiskt status
- vikt

Hämtat från Nationellt kliniskt kunskapsstöd vårdförlopp Depression hos vuxna
2024-01-23

Tillbaka till flödeschemat

Depression och somatisk differentialdiagnostik hos äldre

Sen upptäckt av depression hos äldre innebär att den somatiska ohälsan ökar när depressionen inte behandlas eller upptäcks.
Oupptäckta och odiagnostiserade psykiatriska sjukdomar hos äldre är oftare förenade med ökad somatisk ohälsa än hos andra grupper. Suicidrisken är större hos äldre män än i någon annan grupp och hos kvinnor ökar också suicidrisken. Äldre personer med suicidtankar söker oftare läkare i primärvården för somatiska besvär.

Vid psykisk sjukdom hos äldre flyter oftare olika psykiska sjukdomstillstånd och kognitiva störningar in i varandra utan skarpa gränser vilket gör det svårare att upptäcka. Grunden vid depression är sänkt stämningsläge, minskad aktivitet och intressen samt den negativa framtoningen där livsglädje saknas. Livsleda är vanligt redan vid lindrig och måttlig depression hos äldre. Däremot kan äldre ha lättare att ryckas med och uppfattas som positiva vid enstaka tillfällen, men det försvinner så snart stimulansen minskar.

Även lätta depressiva tillstånd hos äldre bör tas på stort allvar eftersom de kan medföra stort lidande och påverka kroppslig sjukdom med en starkt ökad dödlighet som följd och kan innebära en betydande suicidrisk.

Kroppsliga symtom är vanliga vid depression hos äldre, och många som har en depression söker vård för det, även när det inte finns en kroppslig sjukdom som motsvarar symtomen. Även sömnproblem i form av insomningssvårigheter och tidigt uppvaknande är vanliga. Ibland förekommer en psykomotorisk hämning, som kan vara uttalad, hos äldre personer med depressiv sjukdom.

Ångest är ett mycket vanligt symtom vid depression i hög ålder. Generaliserat ångestsyndrom och specifik fobi är vanliga ångestrelaterade syndrom och yttrar sig oftast som en ökad tendens till oro.

Hämtat från Nationella vård- och insatsprogram: Depression- och ångestsyndrom 24-01-15

Nationella vård- och insatsprogram: Depression och ångestsyndrom

Tillbaka till flödeschemat

Länkar till bedömningsinstrument

Självskattningsskala depression	MADRS-S
Psykiska besvär till följd av alkohol/alkoholberoende	AUDIT
Psykiska besvär till följd av droger	DUDIT

Tillbaka till flödeschemat

Gravida, post partum och amning

Allmänläkare på vårdcentral eller BMM bedömer och handlägger gravida och nyförlösta med:

- lätt-måttlig tidigare känd depression
- lätt-måttlig tidigare känd ångest
- annan tidigare känd, stabil psykisk ohälsa, som inte bedöms påverka graviditet eller föräldraförmåga.

BHV-sjuksköterska ansvarar för screening avseende postpartumdepression. Psykolog för mödra- och barnhälsovård eller läkare konsulteras vid positivt screeningutfall.

Hämtat 24-01-15 från:

Ansvarsfördelning mellan specialistpsykiatri, specialistgynekologi och primärvård för gravida

Tillbaka till flödeschemat

Psykiatrisk bedömning bör innehålla:

- Aktuella symtom
- Psykiatrisk historik:
  - Tidigare depressiva episoder och antal
  - Debutålder
  - Förlopp
  - Effekt av tidigare behandlingsinsatser
- Ärftlighet
- Funktionspåverkan
- Psykosocial situation:
  - boende, familjesituation, anhöriga
  - utbildning, sysselsättning och fritid
  - sjukdom eller missbruk i familjen, problem på arbetsplatsen, mobbning, ekonomiska problem eller omvälvande livshändelser
  - våld i nära relationer, VIP
  - barn (vid oro för att barn far illa, gör en anmälan till socialtjänsten. Se även våld i nära relationer, VIP)
- Levnadsvanor
  - Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor - prevention och behandling, NKK
- Graviditet/postpartum/amning
- Substansbruk (alkohol, droger)
- Aktuella läkemedel (särskilt fokus på beroendeframkallande preparat som bensodiazepiner och opiater)
- Somatisk sjukdom inkl. smärta
- Psykisk status.

Hämtat från Nationellt kliniskt kunskapsstöd: vårdförlopp Depression hos vuxna (A) 2024-01-15

Våld i nära relationer, VIP

Tillbaka till flödeschemat

Bedömning av depressionsdjup

Fastställ diagnos och bedöm svårighetsgrad enligt ICD-10.

Vid lindrig depression är symtomen lindriga och funktionsförmågan bibehållen (enstaka episod F32.0, recidiverande episod F33.0).

Vid medelsvår depression är funktionsförmågan påverkad och symtomen mer uttalade. Suicidtankar kan förekomma och suicidrisken kan vara förhöjd (enstaka F32.1, recidiverande episod F33.1).

Vid svår depression har man mycket svår nedsättning av funktionsförmågan (enstaka episod F32.2, recidiverande episod F33.2). Kroppsliga symtom som viktnedgång eller -uppgång och sömnproblem är vanligt förekommande. Psykotiska symtom (enstaka episod F32.3, recidiverande episod F33.3), melankoliska symtom samt hög suicidrisk kan förekomma. Observera att patienter med svår depression ska handläggas inom specialiserad psykiatrisk vård och bör bedömas akut. Överväg vårdintygsbedömning och eventuellt handräckning till psykiatrisk akutmottagning.

Hämtat från Nationellt kliniskt kunskapsstöd: vårdförlopp Depression hos vuxna (C) 2024-01-15

Tillbaka till flödeschemat

Kartläggning psykosocial situation

- boende, familjesituation, anhöriga
- utbildning, sysselsättning och fritid
- sjukdom eller missbruk i familjen, problem på arbetsplatsen, mobbning, ekonomiska problem eller omvälvande livshändelser
- Våld i nära relationer
- barn (vid oro för att barn far illa, gör en anmälan till socialtjänsten. Se även våld i nära relationer, VIP)

Våld i nära relationer, VIP

Hämtat från Nationellt kliniskt kunskapsstöd: Vårdförlopp Depression hos vuxna (A) 2024-01-15

Tillbaka till flödeschemat

Följande information bör ingå i remissen:

- Tydlig frågeställning, inklusive önskemål om konsultativa insatser eller övertag.
- Kontaktuppgifter, inklusive det telefonnummer på vilket inremitterande kan nås.
- Kort beskrivning av dialog i eventuell tidigare konsultationskontakt.
- Eventuell belastande social situation, utförda insatser eller relevanta kontakter.
- Hereditet för psykisk och somatisk sjukdom.
- Tidigare och nuvarande psykiatriska och somatiska sjukdomar (samsjuklighet inklusive substansbruk).
- Aktuella symtom och problembild.
- Beskrivning av sjukdomsförloppet och utvecklingen av symtom över tid.
- Psykiskt status.
- Suicidriskbedömning.
- Somatisk status och blodprover.
- Levnadsvanor.
- Resultat från eventuella tester som utförts vid misstanke om substansbruk.
- Genomförda behandlingsinsatser som
    - prövade läkemedelsbehandlingar, hur länge behandlingen pågått och i vilken dos
    - prövad psykologisk behandling och vilken metod samt behandlingsutfall och antal behandlingstillfällen
    - andra pågående vård- och stödinsatser.
- Aktuella läkemedel inklusive utsatta läkemedel på grund av biverkningar, eller läkemedel som kan påverka depressionsbilden (hormonella preventivmedel, kortison, immunosupprimerande).
- Eventuell sjukskrivningstid och sjukskrivningsdiagnos.

Hämtat från Nationellt kliniskt kunskapsstöd: vårdförlopp Depression hos vuxna (N) 2024-01-15

Tillbaka till flödeschemat

Kontinuitet och fasta kontakter i nära vård

I en personcentrerad vård eftersträvas partnerskap mellan patient och vårdgivare och det är därför viktigt med relationell kontinuitet. Syftet med fasta kontakter i vård och omsorg handlar om att möjliggöra den relationella kontinuiteten och skapa trygghet, samordning och säkerhet för patienten, anhöriga och för vårdgivare. Forskning visar att kontinuitet kan bidra till högre kvalitet, effektivitet och ökad nöjdhet hos patienterna, särskilt för dem med mer omfattande behov.

Läs mer här:

SKR Det innebär fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

Tillbaka till flödeschemat

Vid lindrig till medelsvår depression

- Erbjud rekommenderad psykologisk behandling, kognitiv beteendeterapi, KBT, eller interpersonell psykoterapi, IPT (prio 2-3 NR). KBT rekommenderas vid lindrig till medelsvår depression hos vuxna av vård och insatsprogram, VIP, Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, Socialstyrelsen

- Bedöm lämplig nivå av följande behandlingssteg utifrån patientens behov, preferens och besvärsnivå:
  - psykoedukation
  - vägledd psykologisk behandling (internetförmedlad eller via bok/manual)
  - gruppbehandling
  - individuell psykologisk behandling.

- Alternativt läkemedelsbehandling (vid något av följande)
  - utifrån patientens preferens
  - vid otillräcklig effekt av psykologisk behandling
  - vid recidiverande depression och tidigare god effekt av läkemedelsbehandling
  - vid ihållande depression.

Som ett komplement till läkemedelsbehandling kan ledarledd fysisk aktivitet erbjudas.

Fysisk aktivitet vid lindrig till medelsvår depression hos vuxna VIP

Läkemedelsbehandling vid lindrig till svår depression VIP

Hämtat från Hämtat från Nationellt kliniskt kunskapsstöd: vårdförlopp Depression hos vuxna (F) 2024-01-15

Tillbaka till flödeschemat

Kontinuerlig utvärdering

Planera för tidig (förslagsvis 2 veckor efter påbörjad behandling) och kontinuerlig uppföljning för att utvärdera effekten av behandlingen på ett strukturerat sätt. Använd ett bedömningsinstrument (MADRS-S) för att komplettera den kliniska bedömningen.

MADRS-S

Utvärdera

- Förändring avseende symtom, svårighetsgrad och funktionsnivå, suicidrisk (vid kraftig försämring, överväg om patienten har utvecklat svår depression och behöver ett akut omhändertagande och insatser inom specialiserad psykiatrisk vård)
- Behandlingseffekt
- Andra faktorer (till exempel smärta, psykosocial situation, samsjuklighet, riskbruk av alkohol)
- Fysisk aktivitet och levnadsvanor
- Eventuella biverkningar
- Vid utebliven behandlingseffekt, för en dialog med patienten och gärna med närstående

Hämtat från Nationellt kliniskt kunskapsstöd: vårdförlopp Depression hos vuxna (H) 2024-01-15

Tillbaka till flödeschemat

Behov av stöd från specialistpsykiatrin för fortsatt handläggning

- Vid t ex svårbehandlad depression som inte svarat tillfredsställande på minst två behandlingsförsök med antidepressiva med skilda verkningsmekanismer (fyra till sex veckor i fulldos) och minst en psykologisk behandling enligt rekommenderad metod
- Vid komplicerade tillstånd, t ex misstanke om personlighetssyndrom, bipolär sjukdom, psykossjukdom, neuropsykiatriska tillstånd och/eller beroendesyndrom
- Telefonkonsultation med specialiserad psykiatrisk vård vid behov av vägledning kring utredning, behandling och vårdbegäran. Gärna inför remiss till psykiatrin
- Utförlig remiss krävs
- Konsultativ bedömning eller övertag till specialistpsykiatrin inom 30 dagar vid svårbehandlad depression enligt vårdförlopp Depression**.** Behandlingsansvar kvarstår i primärvården tills eventuellt övertag accepterats

Checklista remiss till specialiserad psykiatrisk vård

Tillbaka till flödeschemat