



VÄSTRA

GÖTALANDSREGIONEN

PSV Depression, hos vuxna

Tillgänglighetsanpassad primärvårdsversion.

Granskad och godkänd av: Primärvårdsrådet 2024-01-18

Giltig till 2025-12-31

Primärvårdsversion personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Depression, hos vuxna

Primärvårdsversionen exemplifierar arbete i enlighet med PSV Depression för vuxna ur ett primärvårdsperspektiv. Syftet med dokumentet är att underlätta lokalt förbättringsarbete genom konkreta förslag till arbets- och ansvarsfördelning för att möjliggöra arbete i enlighet med PSV. Syftet är även att göra det lätt att ge god vård i den kliniska vardagen och att kommunicera kring hinder på vägen.

Nationella PSV finns i sin helhet på 1177 för vårdpersonal.

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.

Är du intresserad av att lära dig mer om medarbetardrivet förbättringsarbete? På Lärportalen finns den nätbaserade kursen [kvalitetsdriven verksamhetsutveckling för medarbetare](#).

Till dig som ska driva, leda eller stötta i en förändring finns [utbildningspaketet i förändringsledning](#) på Lärportalen.

Psykisk ohälsa i primärvården

Funktionshöjande allmänna råd och bedömning av behov

Olika professioner och roller i primärvården arbetar på olika sätt med funktionshöjande allmänna råd till patienter som söker för psykisk ohälsa: sjuksköterska, vårdsamordnare psykisk ohälsa, psykolog, psykoterapeut, läkare på vårdcentral, arbetsterapeut, fysioterapeut på rehabmottagning, personal på ungdomsmottagning/inom mödra- barnhälsovård

- Funktionshöjande råd kring egenvård vid psykisk hälsa är förstahandsval vid psykiska besvär utan misstanke om allvarlig psykisk sjukdom eller utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser
- Vid varje möte görs suicidriskbedömning
- Det är viktigt att journalföra vilka insatser som givits samt patientens följsamhet till givna råd, beteendeförändring, samlad bedömning, förväntad effekt av fortsatta insatser samt rekommendation framåt

[Suicidriskbedömning](#)

Beslut

Har patienten behov av andra insatser än funktionshöjande råd?

Om nej – patienten får information om kontaktvägar vid nya symtom

Om ja – biopsykosocial utredning och bedömning

Biopsykosocial utredning och bedömning - utredningsdjup anpassas individuellt

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

- Vilka ytterligare professioner som involveras anpassas till patientens individuella behov, situation och personliga resurser
- Vid otillräcklig effekt av utförda insatser fördjupas utredningen för att modifiera patientens vårdplan
- Samverkan mellan professioner är centralt för samsyn och sammanhållen planering
- Alla involverade journalför bedömning och rekommendation om insatser utifrån den egna professionens perspektiv
- Vid varje vårdmöte görs suicidriskbedömning

[Suicidriskbedömning](#)

Nedan presenteras insatser som kan ingå i biopsykosocial utredning och bedömning.

Somatisk differentialdiagnostik

Utförs av patientens fasta läkare

- Provtagning
- Kontakt per telefon/digitalt och/eller fysiskt besök för anamnes/somatiskt status utifrån behov
- Uppmärksamma substansbruk
- Se över aktuella läkemedel (särskilt fokus på beroendeframkallande preparat)

Länkar att läsa mer

[Somatiskt status](#)

[Provtagning](#)

[Depression och somatisk differentialdiagnostik hos äldre](#)

Psykiatrisk differentialdiagnostik

Utförs av patientens fasta läkare, psykolog eller psykoterapeut

- Involvera närstående om möjligt
- Psykiatrisk bedömning
- Sjukdom eller normalreaktion?
- Psykiatrisk samsjuklighet?
- Bedöm behov av fördjupad psykiatrisk differentialdiagnostik eller psykosocial kartläggning
- Vid misstänkt depression bedöms depressionens svårighetsgrad

[Psykiatrisk bedömning](#)

[Länkar till bedömningsinstrument](#)

[Bedömning av depressionsdjup](#)

Psykosocial kartläggning

Utförs av patientens fasta läkare, sjuksköterska, vårdsamordnare, psykolog, psykoterapeut, kurator, rehabkoordinator, arbetsterapeut eller fysioterapeut

- Involvera närstående om möjligt
- Funktionspåverkan
- Sömn och dygnsrytm
- Levnadsvanor
- Substansbruk
- Psykosocial situation
- Möjlighet till återhämtning/balans

[Samtal om hälsa \(personalmaterial\)](#)

[Goda levnadsvanor gör skillnad \(patientmaterial\)](#)

Fördjupad psykiatrisk differentialdiagnostik

Utförs av psykolog, psykoterapeut eller läkare med relevant kompetens

- Alltid vid svårbehandlade psykiatriska tillstånd
- Differentialdiagnostik och screening för bakomliggande psykiatriska diagnoser som påverkar behov av stöd och behandling
- Strukturerad intervju med [MINI](#)

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 yrkesroll med tillräcklig kompetens att besvara patientens frågor.

- Det bör vara tydligt om symtomen bedöms bero på normala psykologiska reaktioner eller sjukdom
- Aktuella diagnoskriterier och skattningsskalor används som underlag i dialog med patienten
- Behov av fördjupad psykiatrisk differentialdiagnostik inom primärvården eller med stöd av specialistpsykiatri, bör adresseras
- Behov av insatser från socialtjänsten bör adresseras om relevant: t. ex. boendestöd, personligt ombud, hemtjänst, föräldrastöd, beroendevård, sysselsättning, ekonomiskt bistånd, anhörigstöd, stöd till barn som är anhöriga
- Orosanmälan till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa
- Vid hög suicidrisk övervägs akut handläggning inom specialiserad psykiatrisk vård
- Vid måttlig eller svårbedömd risk för suicid upprättas krisplan

[Graviditet, post partum och amning](#)

[RMR Ansvarsfördelning och konsultationer mellan Västra Götalandsregionens primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\)](#)

Beslut

Sammanvägd bedömning: behov av akut specialiserad psykiatrisk vård?

Om ja - behov av akut specialiserad psykiatrisk vård:

- Vårdintygsbedömning vid svår depression eller annan allvarlig psykisk störning
- Kortfattad remiss

Om ja – [behov av stöd från specialistpsykiatri](#)

Om nej – behandlande och rehabiliterande insatser inom primärvården

Råd om inriktning för fortsatt handläggning inom primärvården

- Konsultativt stöd eller återremiss från specialistpsykiatri
 - Återkopplingen kommuniceras till fast läkare som underlag för fortsatt planering
- Övertag efter återremiss från specialistpsykiatri 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 biopsykosociala kartläggningen. Alla involverade professioner ansvarar för att planera och genomföra insatser utifrån sina respektive professioner och roller.

- En vårdplan utformas så att behandlingsinnehåll och intensitet tar hänsyn till patientens samlade diagnoser, behov och preferens
- Planering genomförs i dialog med patienten
- För varje profession och roll eftersträvas personkontinuitet
- Vid varje vårdmöte görs suicidriskbedömning
- Alla involverade 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
- Tid från första kontakt till diagnos och behandlingsstart bör inte överskriva 14 dagar

Länkar att läsa mer

[Suicidriskbedömning](#)

Psykoedukation

Utförs av vårdsamordnare, psykolog, psykoterapeut, patientens fasta läkare, arbetsterapeut eller fysioterapeut

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

Insatser kring aktivitetsnivå och funktion

Utförs av Psykosociala team, arbetsterapeut, sjuksköterska, vårdsamordnare psykisk ohälsa, fysioterapeut, psykolog, psykoterapeut eller fast läkare

- I grupp eller individuellt
- Stöd till aktivering och balans i vardagen
- Stöd till förändrade levnadsvanor: sömnhygien, kost, fysisk aktivitet, rökstopp, måttlig alkoholkonsumtion
- Kontinuerlig utvärdering

[Kontinuerlig utvärdering](#)

[RMR alkohol – skadligt bruk och beroende](#)

[Hälsocoach online](#)

[RMR Insomni](#)

Koordinering av återgång i arbete

Utförs av rehabkoordinator eller vårdsamordnare psykisk ohälsa

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

[Kontinuerlig utvärdering](#)

Psykologisk behandling

Utförs av psykolog, psykoterapeut, socionom eller annan legitimerad profession med grundläggande psykoterapiutbildning

- Psykoedukation och KBT/IPT: internetförmädlad, t ex iKBT, gruppbehandling, eller individuell behandling

[Kontinuerlig utvärdering](#)

Strukturerad uppföljning

Utförs av sjuksköterska, vårdsamordnare psykisk ohälsa, psykolog, psykoterapeut eller läkare

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

[Kontinuerlig utvärdering](#)

[MADRS-S](#)

Medicinsk optimering utifrån depression och samsjuklighet

Utförs av patientens fasta läkare

- Försäkringsmedicinsk bedömning inklusive medicinskt underlag för planering av arbetslivsinriktad rehabilitering
- Läkemedelsbehandling vid otillräcklig effekt av psykologisk behandling, om patienten föredrar detta, eller vid recidiverade sjukdom och tidigare god effekt av läkemedel
- Läkemedelsbehandling vid skadligt bruk av alkohol
- OBS: bensodiazepiner är inte 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 Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – in- och utsättning](#)

[RMR läkemedel depression](#)

RMR alkohol – skadligt bruk och beroende

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.

- Läkemedelsbehandling vid depression bör följas upp snart efter insättning (förslagsvis efter ca 2 veckor)
- Uppföljning efter diagnos, oavsett behandling, bör göras inom sex veckor
- Förändring avseende funktionsnivå, fysisk aktivitet och levnadsvanor
- Strukturerad utvärdering: MADRS-S och suicidriskbedömning
- Andra faktorer (till exempel smärta, biverkningar från läkemedel, psykosocial situation, samsjuklighet, riskbruk av alkohol)

Beslut

Sammanvägd bedömning: bedöms patienten ha nytta av ytterligare insatser inom ramen för PSV Depression?

Om ja, men ej inom primärvården - [Behov av stöd från specialistpsykiatri](#)

Om ja - fördjupad utredning och/eller modifierade behandlande och rehabiliterande insatser inom primärvården

Om nej –

Vidmakthållandeplan

- Utformas tillsammans med patienten

Återfallsprevention

- Plan för uppföljning läkemedelsbehandling sex månader efter remission
- Erbjud återfallsförebyggande behandling till patienter med recidiverande depression som uppnått remission, med
 - läkemedel
 - KBT
 - mindfulnessbaserad kognitiv terapi

- fysisk aktivitet

[Vidmakthållandeplan \(personalinformation\)](#)

[Min vidmakthållandeplan \(patientmaterial\)](#)

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](#)

Somatiskt status

I somatiskt status ingår

- allmäntillstånd
- tyreoida
- hjärta och lungor
- puls och blodtryck
- allmänt neurologiskt status
- vikt

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

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: PSV Depression hos vuxna (B) 2024-01-15

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

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: PSV Depression hos vuxna (A) 2024-01-15

Länkar till bedömningsinstrument

Självskattningsskala depression [MADRS-S](#)

Psykiska besvär till följd av alkohol/alkoholberoende [AUDIT](#)

Psykiska besvär till följd av droger [DUDIT](#)

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: PSV Depression hos vuxna (C) 2024-01-15

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 specialistgynekologi, specialistpsykiatri och primärvård för gravida](#)

Behov av stöd från specialistpsykiatrin för fortsatt handläggning

Remiss till specialistpsykiatrin är aktuellt vid

- 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 PSV Depression. Behandlingsansvar kvarstår i primärvården tills eventuellt övertag accepterats

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: PSV Depression hos vuxna (N)
2024-01-15

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.

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: PSV Depression hos vuxna (H) 2024-01-15