

Depression

Fastställd juni 2026 av Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. juni 2028.

Huvudbudskap

- ◊ Överväg om depressiva symtom förklaras bättre av andra orsaker som bipolär sjukdom, somatisk sjukdom, missbruk, psykosocial problematik, negativa livshändelser eller våld i nära relationer (inklusive barnperspektiv).
- ◊ Suicidriskbedömning ska ingå som en del i diagnostiken och följas upp.
- ◊ Somatisk sjuklighet och dödlighet är förhöjd vid depression och ska beaktas i anamnes och status.
- ◊ Vid lindrig depression informera om sjukdomen och vikten av hälsosamma levnadsvanor avseende fysisk aktivitet, alkohol, rökning, sömnvanor och kost. Psykopedagogisk basbehandling till barn och ungdomar bör erbjudas som ett första steg. Fysisk aktivitet har effekt vid lindrig och medelsvår depression.
- ◊ Vid medelsvår depression kan psykoterapi och/eller läkemedelsbehandling prövas. Patientens önskemål bör beaktas.
- ◊ Vid svår depression (t.ex. med psykotiska symtom) ska patienten remitteras akut till specialistpsykiatri.
- ◊ Förstahandsmedel vid läkemedelsterapi är sertralín för vuxna och fluoxetin för barn och ungdomar.

Bakgrund

Depression är vanligt, 4 % av befolkningen uppger att de fått diagnosen depression senaste året. Sjukdomen är vanligare hos kvinnor. Risken för självmord är förhöjd vid obehandlad depression. Dödligheten i somatisk samsjuklighet, t.ex. efter hjärtinfarkt och stroke, är förhöjd särskilt för äldre. Långvarig djup depression påverkar hjärnan med minnes- och koncentrationssvårigheter. Depressiva tillstånd kan vara svåra att identifiera, framför allt vid samtidig somatisk eller annan psykisk sjuklighet. Symtom på depression kan uttryckas olika för kvinnor och män samt beroende på ålder och kulturell bakgrund. Överväg att använda kulturformuleringsintervju. Depression hos män verkar vara underdiagnosticerat. Det är inte ovanligt att depression ger sig uttryck i somatiska symtom som man i första hand söker hjälp för. Det är viktigt att ställa diagnos tidigt och börja med effektiv behandling som regelbundet följs upp och utvärderas. Man bör sträva efter att nå remission och vid behov byta behandlingsstrategi (läkemedel i fulldos eller preparatbyte). Risk för återfall ökar om depressionen ej gått i fullständig remission och vid kvarstående insomni liksom efter långdragna depressioner.

Diagnos

Depression är ingen enhetlig sjukdom. Den typiska bilden utgörs av "egentlig depression", definition finns beskriven i DSM-systemet och ICD. Depression diagnostiseras genom det kliniska samtalet och diagnoskriterier går igenom. [MADRS](#) bör användas för att bedöma depressionsdjup och för att följa förlopp. Samtal kan kompletteras med strukturerad intervju t.ex. [MINI](#) i primärvården. I specialistpsykiatri bör [MINI](#) eller [MINI-KID](#) användas. Skattningsskalan [EPDS](#) bör användas för att identifiera depression hos nyförlösta mammor och även partners risk för depression bör uppmärksammas. Kriterierna går igenom enligt DSM-5 och diagnosen kodas enligt ICD-10: första (F32.x) eller recidiverande (F33.x) episod. Svårighetsgrad specificeras enligt följande: lindrig (x=0), medelsvår (x=1), svår (x=2), svår med psykotiska symtom (x=3). Vid recidiverande depression utan aktuella symtom sätts koden F33.4.

Uppmärksamma om patienten har barn under 18 år och om dessa behöver stöd eller riskerar fara illa på grund av föräldrarnas psykiska ohälsa. Se [RMR Barn som anhöriga](#) och [RMR Barn som far illa eller riskerar fara illa](#). Fråga även om [våld i nära relationer](#).

Differentialdiagnostik

Det är viktigt att överväga om en depression är en del i en bipolär sjukdom, då dessa depressioner har särskild behandling, se [RMR Bipolär sjukdom](#). Frågor om tidigare misstänkta hypomana eller maniska episoder ska således ingå i anamnesen. Ihållande depression (dystymi) har minst 2 års varaktighet med signifikanta depressiva symtom (även om inte kriterier för egentlig depression är uppfyllda) och bör behandlas. Normala reaktioner på allvarliga händelser, t.ex. sorg eller livskris, behöver vanligtvis inte behandlas med läkemedel. Reaktionerna kan i vissa fall utvecklas till depression. Hos patienter som har svårt att nyorientera sig efter en negativ händelse kan diagnosen anpassningsstörning (F43.2) övervägas.

Skadligt bruk av alkohol bör utredas, se [RMR Alkohol](#). Vid behov kan AUDIT och B-Peth användas. Vid alkoholabstinens är depressiva symtom vanliga och man bör därför ofta avvakta 2–4 veckor med depressionsdiagnostik. Även andra droger, t.ex. anabola steroider och cannabis, kan ge djupa depressioner. För att upptäcka behandlingsbara depressionstillstånd med somatisk orsak ska tyreoidastörning, anemi, hyperkalcemi, glutenintolerans, infektion, nydebuterad diabetes typ-1, vitamin D- och B12-brist övervägas. Övrig läkemedelsbehandling bör beaktas eftersom en del läkemedel har depression som biverkan (t.ex. betablockerare, opioider och anti epileptika). Ökad depressionsförekomst ses vid t.ex. hjärtinfarkt, stroke, demenssjukdom, Parkinsons sjukdom, hjärntumörer och vid annan psykiatrisk sjuklighet samt vid skadligt bruk av alkohol/droger.

Suicidriskbedömning

Suicidriskbedömning av [vuxna](#) resp. [barn och ungdomar](#) ska alltid göras, även vid lindrig depression. Skattningsskalor för klinisk suicidriskbedömning är ett komplement vid bedömning men har svagt vetenskapligt stöd. Beakta riskfaktorer som t.ex. tidigare suicidförsök, manligt kön, äldre, alkohol och drogbruk, suicid i familjen, förlust, skam, trauma, övergrepp och somatisk sjukdom. Väg in skyddsfaktorer som t.ex. bra socialt nätverk för vuxna respektive en bra skydds- och omsorgsförmåga hos vårdnadshavare för unga.

Sammanlagd bedömning påverkar val av behandling, uppföljning och vårdnivå. Vid allvarliga suicidtankar, tydlig avsikt, konkreta planer, aktuellt försök eller annat som talar för akut förhöjd risk tas direktkontakt med specialistpsykiatri. Förnyad bedömning ska göras vid uppföljning.

Behandling

Målsättningen för behandling är remission av depressionen. Behandlingsplanering görs i dialog med patienten och vid behov med närstående.

Lindrig depression

Patienten bör få muntlig och skriftlig information om tillståndet. För litteraturförslag och egenårdsrekommendationer, se [Psykologisk behandling vid depression](#). Ge råd kring patientens livssituation och [livsstilsfaktorer](#) som fysisk aktivitet, ohälsosam kost, sömn, alkohol, tobaksbruk och droger. [Fysisk aktivitet](#) har visat effekt vid lindrig till medelsvår depression samt kan även minska risk för försämring/återfall och förstärka effekt av läkemedelsbehandling. Fysisk aktivitet kan med fördel initieras på mottagningen. Planera för uppföljning av patientens mående efter 4–6 veckor. Om patientens tillstånd inte förbättras trots adekvata åtgärder kan behandling enligt medelsvår depression övervägas.

Medelsvår depression

Patienten bör inom två veckor få kontakt i första hand med vårdsamordnare för psykisk ohälsa i primärvården. Utöver insatser vid lindrig depression kan psykoterapi och/eller läkemedelsbehandling prövas. Patientens önskemål bör beaktas.

Avseende psykoterapi har KBT och IPT bäst dokumenterad effekt. Överväg om [internetförmedlad psykoterapi](#) passar.

Svår depression

Vid svår depression med kraftig påverkan på funktionen och vid melankoli eller psykotiska symtom och vid uttalad suicidrisk ska patienten hänvisas till psykiatrisk akutmottagning för ställningstagande till inläggande vård. Ta ställning till vårdintyg om allvarlig psykisk störning bedöms föreligga och patienten inte medverkar till vård. Behandling ges i form av antidepressiva eller ECT.

Hjärnstimuleringsbehandling

ECT används vid svår och svårbehandlad depression. Repetitiv transkraniell magnetstimulering (rTMS) är en behandling som kan övervägas vid svårbehandlad medelsvår depression, se [RMR rTMS](#).

Farmakologisk behandling

SSRI som grupp är förstahandsval vid alla former av unipolär depression. Bland SSRI rekommenderas sertralin (50–200 mg) som förstahandsmedel och escitalopram (10–20 mg) kan vara ett likvärdigt alternativ. Innan behandling gett effekt kvarstår ev. risk för suicid och initialt kan förstärkt ångest förekomma. Tätt kontakt i början av behandlingen är viktig, bl.a. för att bedöma suicidrisk och om initiala biverkningar medför att patienten avbryter behandlingen. Försiktig upp-trappning kan minska problematiken, men vid risk att få kraftig ångestförstärkning kan oxazepam, hydroxizin eller prometazin användas under 2 veckor. Förskriv minsta möjliga förpackning. Insatt behandling ska utvärderas efter 4–6 veckor. Om förstahandsvalet inte haft avsedd effekt trots maxdos bör behandlingen omprövas. Alternativ kan vara att lägga till en låg dos mirtazapin (15–30 mg) eller att byta till:

- mirtazapin (30–60 mg)
- venlafaxin (75–300 mg)
- duloxetin (30–120 mg)
- läkemedel med annan farmakologisk profil, t.ex. bupropion (aktiverande), vortioxetin eller agomelatin (sömnbefrämjande)
- tricykliskt antidepressiva (TCA), t.ex. klomipramin. TCA har god effekt men är förenade med antikolinerga biverkningar med påverkan på såväl kroppsliga som mentala funktioner och har en hög toxicitet.

Uteblivet behandlingssvar kan bero på bristande följsamhet till mediciner, farmakokinetisk/-dynamisk variation eller interaktion med andra läkemedel. Överväg koncentrationsbestämning men också fördjupad utredning för att ta ställning till eventuell komorbiditet eller differentialdiagnostik. Ibland kan förstärkning med t.ex. litium eller andra generationens antipsykotika behövas.

För information om vilka läkemedel som kan koncentrationsbestämmas vid Regional laboratoriemedicin, sök på substans eller läkemedelsnamn på [Labbutbud](#). För analyser vid andra laboratorier, se respektive hemsida eller ta kontakt.

Sexuella biverkningar

Informera patienten om att sexuella biverkningar kan uppstå vid SSRI-behandling, både hos kvinnor och män. Ofta ses minskad sexuell lust (libido) främst associerad till orgasmsvårigheter för kvinnor och fördröjd ejakulation för män. Vid god SSRI-effekt och låggradiga besvär kan kombination med bupropion eller buspiron provas liksom uppehåll med enstaka tablett. Vid uttalade besvär kan byte till preparat med låg eller ingen serotonerg profil väljas, t.ex. mirtazapin, bupropion eller agomelatin. Överväg även andra orsaker till sexuell dysfunktion.

Graviditet och amning

Sertralin är förstahandsval. Vid nypupptäckt graviditet under pågående behandling med SSRI bör behandlingen fullföljas om tillståndet motiverar det. Se [Janusmed. RMR](#) som specificerar vårdnivå finns.

Uppföljning

Effekt av vald behandling följs upp, gärna med stöd av skattningsskala, t.ex. [MADRS](#). Vid otillräcklig effekt överväg kompletterande behandling och/eller intensivare behandlingsinsats. Läkemedels-terapi bör fortgå oförändrad i 6–12 månader efter symtomfrihet. Läkemedlet bör sättas ut med 25 % i två veckors intervall, med extra försiktighet på slutet, för att undvika utsättningsreaktioner. Vid recidiv i samband med utsättning ska behandling i full dos återinsättas och långtidsbehandling övervägas. Långtidsbehandling utvärderas minst årligen.

Recidiverande depression

Patienter som haft ≥ 3 depressioner, eller mycket djupa depressioner, bör erbjudas antidepressiv långtidsbehandling och i samråd med specialistpsykiatri tas ställning till profylax med stämningsstabiliserande. Långtidsbehandling ska även övervägas vid täta återfall, debut före 20 års ålder, debut i hög ålder eller vid samsjuklighet med stor återfallsrisk. Profylaktisk antidepressiv behandling ska ges i samma dos som krävdes för att häva depressionen.

Barn och ungdomar

Depression före tonåren är ovanligt men förekommer. Klinisk bild karakteriseras av nedstämdhet, irritation och svårigheter att vara glad i situationer som brukar ge glädje. Det kan också vara oro under längre perioder, stagnation i utveckling, gnällighet, brist på nyfikenhet, sömnproblem, psykosomatiska besvär (t.ex. buksmärta), aggressivitet och likgiltighet. För barn är det viktigt att en bred medicinsk, psykologisk, social och pedagogisk bedömning görs för att utesluta bakomliggande orsaker, t.ex. ADHD, ångest, autismspektrumstörning, hypotyreos, celiaki, sömnproblem, sociala problem/barn som far illa och/eller inlärningsproblem. Tonåringar kan maskera sina svårigheter och visa upp en bekymmersfri fasad. Sömnproblem är vanligt liksom svårigheter med koncentration, vilket ger sjunkande skolprestation. En strukturerad intervju som [MINI-KID](#) kan användas som hjälp vid diagnostisering. Differentialdiagnoser kan vara trauma och posttraumatiskt stressyndrom. Insatser till små barn med nedstämdhet/depression bör primärt fokuseras på barnets sociala sammanhang och omsorgspersoner. Psykopedagogisk basbehandling bör först erbjudas i primärvården. Samverkan med skolhälsovård kan ske. Om ingen effekt ses efter 4–6 veckor, vid svårare depression efter 2 veckor, skrivs remiss till BUP. Där görs förnyad bedömning och ofta påbörjas KBT, IPT och/eller antidepressiv läkemedelsbehandling. Förstahandsval är fluoxetin (20–40 mg). Om remission ej nås, byt SSRI-preparat till sertralin eller escitalopram. Vid utebliven respons på två SSRI-preparat i full dos prova duloxetin (30–60 mg). Vid otillräcklig respons överväg tillägg med bupropion (150–300 mg) eller mirtazapin (7,5–30 mg). Vid svår depression som

ej svarat på annan behandling bör ECT eller litium övervägas. Undvik paroxetin och venlafaxin p.g.a. risk för att utlösa självskaðebeteende eller suicidtankar. Vid suicidriskbedömning är det viktigt att värdera vårdnadshavarnas skydds- och omsorgsförmåga. Se även [RMR Suicidriskbedömning för barn och ungdomar](#).

Äldre

Hos äldre är den kliniska bilden ofta annorlunda och det sänkta stämningsläget kan t.ex. uttryckas med symtom som sömnbesvär, ångest, värk och viktnedgång. Vid återkommande depressioner är kognitiva symtom vanligt. [MADRS](#) kan användas även hos äldre, [GDS-20](#) kan utgöra alternativ.

Psykoteri bör erbjudas till äldre. Psykosociala insatser för att t.ex. bryta ensamhet kan ha god effekt. Överväg kontakt med socialtjänst och genomför [SIP](#) vid behov.

SSRI är förstahandsval. Halverad start- och underhållsdos rekommenderas. Hos äldre kan det ofta ta längre tid tills läkemedelsbehandling ger full effekt och effekten kan bli svagare. Även mirtazapin (monoterapi eller tillägg) eller duloxetin (monoterapi) kan övervägas.

Undvik TCA. ECT är ett alternativ om patienten inte tål höga doser av antidepressiva läkemedel.

QT-förlängning/arytmirisk

SSRI kan ge QT-förlängning och därmed risk för allvarlig arytm. Detta gäller framför allt escitalopram (> 10 mg) och citalopram (> 20 mg) - inte minst i kombination med vissa andra läkemedel och tillstånd t.ex. PPI, betablockare, antipsykotika och hypokalemi. Föreigger hjärtsjukdom eller polyfarmaci vid insättning bör hänsyn särskilt tas till risken för arytm.

Blödningsrisk

SSRI kan ge ökad blödningsrisk, särskilt vid samtidig behandling med andra läkemedel som påverkar koagulationen, såsom ASA, COX-hämmare och DOAK. Se [Interaktioner Janusmed](#). Profylax med PPI kan övervägas individuellt utifrån övrig läkemedelsbehandling och riskfaktorer för GI-blödning.

Hyponatremi

SSRI kan ge hyponatremi, framför allt de första tre månaderna efter insättning och även senare, särskilt i kombination med vätskedrivande läkemedel. Se [Hyponatremi - 1177](#).

Vårdnivå

Följ [RMR Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri – vuxna](#). Enligt [ansvarsfördelningen för barn och ungdomar](#) ska remittering ske vid behov av bedömning, läkemedelsbehandling mot depression eller annan specifik behandling.

FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

Harald Aiff, ordförande

Länkar

[PSVF Depression](#) samt [VGR anpassning Depression, ångest och tvångssyndrom | Läkemedelsverket](#)
[Vård- och insatsprogram \(VIP\) Depression](#)

Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Psykiatri
Martin Hedeberg, martin.hedeberg@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på [www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel](#).
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.