

Depression

Fastställd juni 2024 av Läke-medelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. juni 2026.

Huvudbudskap

- 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
- Depressionsdjupet och patientens preferens avgör om psykoterapi och/eller antidepressiv mediciner rekommenderas. Förstahandsmedel vid läkemedelsterapi är escitalopram för vuxna och fluoxetin för barn och ungdomar
- Överväg om en depression är del i en bipolär sjukdom
- 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 svår depression (t.ex. med psykotiska symtom) ska patienten remitteras akut till specialistpsykiatri
- Se även [PSVF Depression](#) samt [VGR anpassning](#)

Bakgrund

Depression är vanligt och 4% av befolkningen uppger att de fått diagnosen depression senaste året. Sjukdomen är betydligt vanligare hos kvinnor. Risken för självmord är hög 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 ibland vara svåra att identifiera, framför allt vid samtidig somatisk eller annan psykisk sjuklighet. Symtom på depression kan ta sig olika uttryck för kvinnor och män och skilja sig åt beroende på kulturell bakgrund, vilket kan leda till över/underdiagnostik. 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 en 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", vars definition finns beskriven i såväl DSM-systemet som ICD. Depression diagnostiseras genom det kliniska samtalet och diagnoskriterier går igenom. MADRS bör användas för att bedöma depressionsdjup och för att följa förloppet. Samtalet kan kompletteras med en strukturerad intervju t.ex. [MINI](#) i primärvården. I specialistpsykiatri bör [MINI/SCID-I](#) 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. Svårighetsgraden 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.

Se [Vård- och insatsprogram \(VIP\) Depression](#)

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 under 18 år som far illa eller riskerar att fara illa](#).

Differentialdiagnostik

Det är viktigt att överväga om en depression är en del i en bipolär sjukdom, eftersom 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 i normalfallet inte behandlas. De 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 thyreoideastörning, 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.

Den sammanlagda bedömningen 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

Patienten bör inom två veckor få kontakt i första hand med vårdsamordnare och få stöd med psykopedagogiska insatser innehållande muntlig och skriftlig information. För litteraturförslag och egenvårdsrekommendationer, se "[Psykologisk behandling vid depression – stegvis behandling](#)". Målsättningen för behandling är fullständig remission av de depressiva symtomen. Behandlingsplanering görs i dialog med patienten och vid behov med närstående. Ge råd kring patientens livssituation och [livsstilsfaktorer](#) som fysisk aktivitet, sömn, alkohol, tobaksbruk och droger. Fysisk aktivitet har visat effekt vid lätt till medelsvår depression och kan minska risken för försämring/återfall. Den kan även förstärka effekten av läkemedelsbehandling.

Psykoterapi bör erbjudas så tidigt som möjligt efter diagnos och väntetiden bör inte överstiga 4 veckor. Bäst dokumenterad effekt har KBT och IPT, men även psykodynamisk korttidsterapi kan vara ett alternativ. Överväg om [internetförmedlad psykoterapi](#) passar.

Fysisk aktivitet kan med fördel initieras på mottagningen. Se [Vård- och insatsplan](#).

Lindrig depression (symtom utan påtaglig påverkan på funktionsnivån)

Psykoterapi med kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi (IPT) rekommenderas.

deras i första hand. Läkemedelsbehandling kan erbjudas.

Medelsvår depression (symtom med påtaglig påverkan på funktionsnivån)

Depressionsdjup och patientens önskemål avgör om psykoterapi och/eller antidepressiv medicinering ska erbjudas.

Svår depression (symtomen medför en uttalad nedsättning av funktionsförmågan)

Behandling ges i form av antidepressiva eller ECT. I svårare fall, t.ex. 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.

Recidiverande depression

Patienter som haft ≥ 3 depressioner, eller mycket djupa depressioner, bör erbjudas antidepressiv långtidsbehandling och profylax med litium bör övervägas. Långtidsbehandling ska övervägas vid täta återfall, debut före 20 års ålder och debut i hög ålder vid samtidig hjärnskada. Den profylaktiska antidepressiva läkemedelsbehandlingen ska ges i samma dos som krävdes för att häva depressionen. Vid samsjuklighet är kontinuitet särskilt viktig och psykoterapi enligt vedertagen metod bör erbjudas.

Icke-farmakologisk behandling

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

Farmakologisk behandling

SSRI som grupp är förstahandsval vid alla former av unipolär depression. Bland SSRI rekommenderas escitalopram (10–20 mg) som förstahandsmedel och sertralin (50–200 mg) kan vara ett likvärdigt alternativ. Innan behandlingen gett effekt kvarstår ev. risk för suicid. Tätt kontakt i början av behandlingen är viktig, bl.a. för att bedöma suicidrisk och om initiala biverkningar medför att patienten avbryter behandlingen. Försiktig dosupptrappning kan minska problematiken, men vid risk att få kraftig ångestförstärkning kan oxazepam användas under 2 veckor. Insatt behandling ska utvärderas efter 4–6 veckor. Om förstahandsvalet inte haft avsedd effekt trots maxdos bör behandlingen omprövas. Alternativ kan vara:

- kombinera pågående SSRI-behandling med en lägre dos (15–30 mg) mirtazapin
- mirtazapin (30–60 mg)
- venlafaxin (75–300 mg)
- duloxetin (30–120 mg)
- läkemedel med en 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.

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

Sexuella biverkningar

SSRI kan ge sexuella biverkningar. Både kvinnor och män rapporterar påverkan på sexuell funktion i samma omfattning orsakad av minskad sexuell lust (libido), främst associerat till orgasmsvårigheter för kvinnor och fördröjd ejakulation för män. Vid god SSRI-effekt och låggradiga besvär kan kombination med bupropion eller buspiron prövas 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.

Graviditet och amning

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

Uppföljning

Effekten av vald behandling följs upp, gärna med stöd av skattningsskala, t.ex. [MADRS](#). Vid otillräcklig effekt, överväg kompletterande behandling och/eller intensivare behandlingsinsats. Läkemedelsterapi 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.

Barn och ungdomar

Depression före tonåren är ovanligt men förekommer. Den kliniska bilden 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 skolprestationer. 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 en 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 ingen respons på två SSRI preparat i full dos, prova duloxetin (30–60 mg). Vid otillräcklig respons överväg tillägg med bupropion (150–300 mg). Vid svår depression som ej svarat på annan behandling bör ECT eller litium övervägas. Undvik paroxetin och venlafaxin pga. 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. Skattningsskalan [GDS-20](#) kan användas i diagnostiken.

Psykoterapi bör erbjudas till äldre. Psykosociala insatser för att t.ex. bryta ensamhet kan ha god effekt.

Hos äldre kan det ofta ta längre tid tills läkemedelsbehandlingen ger full effekt och effekten med antidepressiv medicinering blir svagare. En lägre start- och underhållsdos rekommenderas hos äldre. Föreligger hjärtsjukdom eller polyfarmaci vid insättningen bör risken för arytmi på grund av QTc-förlängning beaktas. SSRI ger ökad blödningsrisk, särskilt i kombination med trombocythämmande läkemedel och antikoagulantia. Beakta att SSRI-behandling initialt eller kombinationsbehandling med tiaziddiuretika kan ge hyponatremi.

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

Överväg kontakt med socialtjänst och genomför [SIP](#) vid behov.

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

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.