

# Depression

Fastställt januari 2018 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltigt till januari 2020.

## Huvudbudskap

- Psykopedagogiska insatser till vuxna och psykopedagogisk basbehandling till barn och ungdomar bör först erbjudas
- Depressionsdjupet avgör om psykoterapi och/eller antidepressiv medicinering rekommenderas. Förstahandsmedel vid läkemedelsterapi är sertralin för vuxna och fluoxetin för barn och ungdomar
- Suicidriskbedömning ska ingå som en del i diagnostiken och följas upp
- Somatisk sjuklighet och dödlighet är förhöjd vid depression och bör efterforskas i anamnes och status
- Ohälsosamma levnadsvanor avseende fysisk aktivitet, alkohol, rökning och kost bör uppmärksammas och åtgärder erbjudas. Fysisk aktivitet har effekt vid lindrig och medelsvår depression

## Bakgrund

Depression är vanligt och drabbar 15% av männen och 25% av kvinnorna. Transpersoner har en förhöjd risk. 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 kognitiva funktionsstörningar som minnes- och koncentrationsvårigheter. Det är viktigt att ställa diagnos tidigt och börja med en effektiv behandling som regelbundet följs upp och utvärderas. Längre tids obehandlad depression eller otillräcklig behandling kan leda till ett mer svårbehandlat tillstånd och minska möjligheten till fullständig remission. Risk för återfall finns vid depression som ej gått i fullständig remission, 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 kan kompletteras med en strukturerad intervju t.ex. MINI eller för specialistpsykiatrien SCID-I eller MINI-KID.

Skattningsskalan EPDS bör användas för att identifiera depression hos nyförlösta mammor och även partners risk för depression bör uppmärksammas.

Val av diagnoskod grundas på:

- första eller återkommande episod, svårighetsgrad (lindrig, medelsvår eller svår som skattas

med t.ex. MADRS), förekomst av psykotiska symtom och om partiell eller fullständig remission föreligger

## DSM-5 kriterier för egentlig depression

**A.** Minst fem av följande 9 symtom ska ha förekommit under samma tvåveckorsperiod och av dessa måste minst ett av två kardinalsymtom (1. nedstämdhet och 2. minskat intresse eller glädje) föreligga.

1. Nedstämdhet
2. Påtagligt minskat intresse eller minskad glädje
3. Betydande viktnedgång eller viktuppgång
4. Sömnstörning (för lite eller för mycket)
5. Psykomotorisk agitation eller hämning
6. Svaghetskänsla eller brist på energi
7. Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldskänslor
8. Minskad tanke- och koncentrationsförmåga
9. Återkommande tankar på döden eller återkommande självmordstankar

**B.** Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete, eller inom andra viktiga funktionsområden

**C.** Episoden kan inte tillskrivas effekter av droger eller något annat medicinskt tillstånd

## Under- och differentialdiagnostik

Depressiva tillstånd kan ibland vara svåra att identifiera, framför allt vid samtidig somatisk eller annan psykisk sjuklighet. Även genus- och kulturrelaterade skillnader kan leda till underdiagnostik. Kvinnor efterfrågar vård i större utsträckning än män och i många kulturer presenteras somatiska besvär i första hand vid depression.

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. Diagnosen dystymi avser alla former av depression med signifikanta depressiva symtom med minst två års varaktighet som inte uppfyller kriterier för egentlig depression. Normala reaktioner på allvarliga händelser, t.ex. sorg eller livskris, kan i vissa fall övergå till en egentlig depression som ska behandlas. Skadligt bruk av alkohol bör utredas. Vid alkoholabstinens är depressiva symtom vanliga och man bör därför avvakta cirka tre veckor med diagnostik för depression. Även andra droger, t.ex. anabola steroider, kan vid utsättning ge djupa depressioner. Utmattningsyndrom och en begynnande demens innehåller ofta en depressiv komponent.

För att upptäcka behandlingsbara depressionstillstånd med somatisk orsak bör tillstånd som

thyreoideastörning, hyperkalcemi och vitamin B12-brist övervägas. Övrig läkemedelsbehandling bör beaktas eftersom en del läkemedel har depression som biverkning (t.ex. beta-blockerare, opioider och anti epileptika). Ökad depressionsförekomst ses vid t.ex. hjärtinfarkt, stroke, Parkinsons sjukdom, hjärntumörer och vid annan psykiatrisk sjuklighet samt vid skadligt bruk av alkohol/droger.

## Suicidriskbedömning

Suicidriskbedömning innefattande suicidstegen ska alltid göras, även vid lindrig depression. Beakta akut utlösande faktorer och skyddande faktorer (bra socialt nätverk för vuxna respektive en bra skydds- och omsorgsförmåga hos vårdnadshavare för unga). Resultatet av bedömningen har betydelse för val av behandling 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. Graden av intention kan bedömas genom att ställa en serie frågor till patienten.

### Suicidstegen

Hur mår du?  
Är du deprimerad?  
Känns det hopplöst?  
Har du önskat att du vore död?  
Har du haft tankar på att göra dig någonting?  
Hur skulle du göra då?  
När, var och hur?  
Har du försökt någon gång?  
Har du tänkt så de senaste dagarna?

### Tema

- Dödstankar
- Dödsönskan
- Suicidtankar
- Suicidavsikt
- Suicidplaner
- Suicidförsök

## Behandling

Patienten erbjuds sammansatta behandlingsåtgärder enligt principen om stegvis vård utifrån lägsta effektiva interventionsnivå.

Psykopedagogiska insatser bör ges till alla patienter med muntlig och skriftlig information. För förslag på litteratur och egenvårdsrekommendationer, se 1177. Målsättningen för behandling är fullständig remission av de depressiva symtomen. Behandlingsplanering görs i dialog med patienten och vid behov med närstående.

## Lindrig depression (symtom utan påtaglig påverkan på funktionsnivån)

Psykoterapi med kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psykoterapi (IPT) är förstahandsval. Läkemedelsbehandling kan erbjudas. Fysisk aktivitet har effekt, se FYSS.

## Medelsvår depression (symtom med påtaglig påverkan på funktionsnivån)

Depressionsdjupet inom medelsvår depression avgör om psykoterapi och/eller antidepressiv medicinerings rekommenderas. KBT för sömnproblem vid depression stärker effekten av depressionsbehandlingen. Fysisk aktivitet (t.ex. guidad konditionsträning i grupp) bör användas för att förhindra övergång i svår depression och kan även förstärka effekten av läkemedelsbehandling.

## Svår depression (symtomen medför en uttalad nedsättning av funktionsförmågan)

Behandling ges i form av antidepressiv medicinerings eller i svårare fall, t.ex. vid melankoli eller psykotiska symtom och vid uttalad suicidrisk, elektrokonvulsiv behandling (ECT).

## Recidiverande depressioner

Patienter som haft  $\geq 3$  depressioner, eller mycket djupa depressioner, bör erbjudas antidepressiv långtidsbehandling och profylax med litium bör övervägas. Täta återfall, debut före 20 år och debut i hög ålder, speciellt vid samtidig hjärnskada, är faktorer som talar för långtidsbehandling. Den profylaktiska medicinerings med läkemedel ska ges i samma dos som krävdes för att häva depressionen. KBT eller mindfulnessbaserad kognitiv terapi bör övervägas som återfallsprevention till vuxna i remission.

## Icke-farmakologisk behandling

Psykoterapi har effekt på depression i alla åldrar och är ett behandlingsalternativ vid lindrig-medelsvår depression, så tidigt som möjligt efter diagnos. Väntetiden bör inte överstiga 4 veckor. Bäst dokumenterad effekt har KBT och IPT, men även psykodynamisk korttidsterapi kan vara ett alternativ. Behandlingen kan administreras på flera sätt – som textbaserad behandling med bok eller via internet i kombination med behandlarstöd, som gruppbehandling eller individuell behandling. Vid komorbid insomni erbjuds KBT för insomni.

Ohälsosamma levnadsvanor, t.ex. tobaksbruk, skadligt bruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet bör uppmärksammas och åtgärder erbjudas enligt befintliga RMR. Fysisk aktivitet har visat effekt vid lätt till medelsvår depression. Transkraniell magnetstimulering (TMS) är en ny behandling av lätt till medelsvår depression och ett ordnat införande är beslutat. ECT används vid svår och svårbehandlad depression.

## 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) i andra hand. Innan behandlingen gett effekt kvarstår ev. risk för suicid. Den kan t.o.m. öka om hämningen släpper innan grundstämningen höjs. Tät 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. Insatt behandling bör prövas och utvärderas under 4-6 veckor i adekvat dos innan annat behandlingsalternativ övervägs. Om förstahandsvalet inte haft

avsedd effekt trots doshöjning bör behandlingen omprövas.

Alternativ kan vara att kombinera pågående SSRI-behandling med en mindre dos mirtazapin eller att gå över till enbart mirtazapin (30-60 mg) eller venlafaxin (75-300 mg). Tricykliskt antidepressiva (TCA), som klomipramin, har god effekt men är förenade med antikolinerga biverkningar med påverkan såväl på kroppsliga som mentala funktioner. TCA har en hög toxicitet och kan därför vara olämpliga vid t.ex. suicidrisk. Läkemedel med en annan farmakologisk profil än SSRI, t.ex. duloxetin, bupropion, vortioxetin och agomelatin, kan också prövas. Dåligt behandlings svar kan bero på bristande följsamhet till medicinerings, genetisk variation eller interaktion med andra läkemedel. Vid otillräckligt svar på optimerad behandling kan förstärkning med t.ex. litium eller andra generationens antipsykotika prövas.

## 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 orgasm-svårigheter 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 nypupptäckt graviditet under pågående behandling med SSRI kan behandlingen fullföljas om tillståndet motiverar det. Se [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se). RMR som specificerar vårdnivå finns.

## Uppföljning

Effekten av vald behandling följs upp, gärna med hjälp av skattningsskala, t.ex. MADRS, avseende funktionsnivå och symtomens svårighetsgrad. Vid otillräcklig effekt, överväg kompletterande behandling och/eller intensivare behandlingsinsats. Läkemedelsterapi bör fortgå oförändrad i 6-12 månader efter symtomfrihet. Läkemedlet bör sättas ut gradvis under flera veckor för att undvika utsättningsreaktioner. Vid recidiv i samband med utsättning ska behandling i full dos återinsättas och långtidsbehandling övervägas.

## 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. 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, 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. 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 KBT och IPT erbjuds. Antidepressiv läkemedelsbehandling startas på BUP. Förstahandsval är fluoxetin (20-40 mg). Om remission ej nås, byt SSRI-preparat till sertralin eller escitalopram. Undvik paroxetin och venlafaxin pga. risk för att utlösa självskaade beteende 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 uttryckas med symtom som sömnbesvär, värk, viktnedgång eller upplevelse av annan kroppslig sjukdom. Detta kan ge intryck av annan sjukdom. Psykopedagogiska insatser och psykoterapi bör också erbjudas till äldre.

Hos äldre kan det ofta ta längre tid tills läkemedelsbehandlingen ger full effekt och effekten med antidepressiv medicinerings blir svagare. SSRI ger ökad blödningsrisk, särskilt i kombination med trombocythämmande läkemedel och antikoagulantia. En lägre start- och underhållsdos rekommenderas hos äldre. Föreligger hjärtsjukdom vid insättning bör risken för försämring av hjärtsjukdomen pga. biverkningar värderas. Undvik TCA. Beakta om initial SSRI-behandling eller kombinationsbehandling med SSRI och tiaziddiuretika ger hyponatremi. ECT är ett alternativ om patienten inte tål höga doser av antidepressiva läkemedel.

## Vårdnivå

Enligt RMR Anvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri har primärvården huvudansvaret för personer med depression och bör erbjuda hög tillgänglighet samt en aktiv uppföljning med en planerad förnyad kontakt. Specialistpsykiatri kan konsulteras. Remittering av vuxna till specialistpsykiatri görs när två behandlingsförsök med adekvata behandlingsmetoder är genomförda eller om akut förhöjd suicidrisk föreligger.

Återremittering till primärvården kan ske då aktiva insatser från specialistpsykiatri inte längre behövs, t.ex. patienter med långvarig sjukdom i stabilt skede som är i behov av underhållsbehandling. Barn och ungdomar remitteras till BUP för bedömning och specifik psykoterapi samt läkemedelsbehandling.

### FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

Ingrid Lindstedt, ordförande  
Medverkande i framtagandet av denna riktlinje har, förutom terapigruppen, varit: Elna Persson, psykolog, Kunskapsstöd för psykisk hälsa

### REFERENSER

Terapigruppens hemsida:  
[www.vgregion.se/lakemedel/psykiatri](http://www.vgregion.se/lakemedel/psykiatri)

## Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Psykiatri  
Georg Dolk, [georg.dolk@vgregion.se](mailto:georg.dolk@vgregion.se)

Regionala Medicinska Riktlinjer (RMR) hittas på [www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel](http://www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel). Kan även beställas från Adress & Distributionscentrum; [adress.distributionscentrum@vgregion.se](mailto:adress.distributionscentrum@vgregion.se)