

# Depression

Fastställt mars 2022 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltigt t.o.m. mars 2024.

## Huvudbudskap

- ▶ Psykopedagogiska insatser till vuxna och psykopedagogisk basbehandling till barn och ungdomar bör erbjudas som ett första steg
- ▶ Depressionsdjupet avgör om psykoterapi och/eller antidepressiv medicinering rekommenderas. Förstahandsmedel vid läkemedelsterapi är escitalopram för vuxna och fluoxetin för barn och ungdomar
- ▶ Överväg om en depression är en 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 bör efterforskas i anamnes och status
- ▶ Ohälsosamma levnadsvanor avseende fysisk aktivitet, alkohol, rökning, sömnvanor och kost bör uppmärksammas och åtgärder erbjudas. Fysisk aktivitet har effekt vid lindrig och medelsvår depression

## 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 kognitiva funktionsstörningar som minnes- och koncentrationssvårigheter. 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 över/underdiagnostik. 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. Längre tids obehandlad depression eller otillräcklig behandling kan leda till ett mer svårbehandlat tillstånd och minskar möjligheten till fullständig remission. Risk för återfall ökar om depressionen 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 diagnoskriterier går igenom. 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.

### DSM-5 kriterier för egentlig depression. Både A, B och C kriteriet måste vara uppfyllt.

#### A. Minst fem av följande nio symtom ska ha förekommit under samma tvåveckorsperiod och av dessa måste minst ett av de två första 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 skuld känslor
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

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. Det kan i vissa fall utvecklas till depression. Hos patienter som har svårt att nyorientera sig efter en negativ händelse kan diagnosen anpassningsstörning övervägas.

Skadligt bruk av alkohol bör utredas och vid behov kan B-Peth tas. Vid alkoholabstinens är depressiva symtom vanliga och man bör därför ofta avvakta 2–4 veckor med depressionsdiagnostik. Även andra droger, t.ex. anabola steroider, kan ge djupa depressioner. För att upptäcka behandlingsbara depressionstillstånd med somatisk orsak ska tyreoroideastörning, anemi, hyperkalcemi, glutenintolerans, vitamin D- och B12-brist övervägas. Övrig läkemedelsbehandling bör beaktas eftersom en del läkemedel har depression som biverkning (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. 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 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

Patienter bör få muntlig och skriftlig information. För litteraturförslag och egenvårdsrekommendationer, se "[Psykologisk behandling vid depression – stegvis behandling](#)". Överväg om [internet-förmedlad psykoterapi](#) kan vara aktuellt. 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. Den kan även förstärka effekten av läkemedelsbehandling.

Fysisk aktivitet kan med fördel initieras på mottagningen. Se [FYSS](#).

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

Psyko­terapi med kognitiv beteendeterapi (KBT) eller interpersonell psyko­terapi (IPT) rekommenderas 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 inne­liggande vård. Ta ställning till vårdintyg om allvarig psykisk störning bedöms föreligga och patienten inte medverkar till vård.

### Recidiverande depression

Patienter som haft  $\geq 3$  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

Patienten bör få kontakt med [vårdsamordnare](#) och [erbjudas sammansatta behandlingsåtgärder](#). Psyko­terapi bör erbjudas 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.

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 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. Insatt behandling bör prövas i 4–6 veckor i adekvat dos och utvärderas. 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) alt. duloxetine (30–120 mg). Tricykliskt antidepressiva (TCA), som klomipramin, har god effekt men är förenade med antikolinerga biverkningar med påverkan på såväl kroppsliga som mentala funktioner och har en hög toxicitet. Läkemedel med en annan farmakologisk profil än SSRI, t.ex. bupropion, vortioxetin och agomelatin, kan också prövas. Dåligt behandlingssvar kan bero på bristande följsamhet till mediciner­ingen, genetisk 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 lågradiga 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 [Janus-info](#). [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 gradvis under flera veckor för att undvika utsättningsreaktioner. Vid recidiv i samband med utsättning ska behandling i full dos återinsättas och långtidsbehandling övervägas. Långtidsbehandlingen 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 ligkiltighet. 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, hypotyreoos, 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 diagnosticering. 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. Undvik paroxetin och venlafaxin pga. risk för att utlösa självska­debeteende 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 stämmningsläget kan t.ex. uttryckas med symtom som sömnbesvär, ångest, värk och vikt­nedgång. Vid återkommande depressioner är kognitiva symtom vanligt.

Psykopedagogiska insatser och psyko­terapi bör erbjudas till äldre. Psykosociala insatser för att t.ex. bryta ensamhet kan ha god effekt hos äldre.

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 arytmier 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

### Länkar:

Hemsida [Terapigrupp Psykiatri](#)

### Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp Psykiatri  
Georg Dolk, georg.dolk@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns 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)