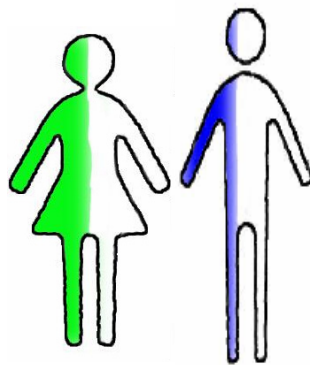


# Vårdprogram för DEPRESSION



## FÖRORD

Depressionssjukdomarna är bland de viktigaste orsakerna till ohälsa, produktivitsbortfall och arbetsoförmåga. Cirka varannan kvinna och var femte man drabbas under livet av depression. De flesta får ytterligare minst en depression .

Depression kan leda till flera allvarliga konsekvenser. Därför är det viktigt att diagnostisera och behandla depression när den förekommer. Depression kan leda till ensamhet, låg livskvalitet, ökad användning av sjukvård och hemvård, kognitiv nedgång, ADL-svårigheter, självmord och ökad dödlighet i andra sjukdomar. Det har också visat sig att personer med depression har en ökad risk att insjukna i kardiovaskulära sjukdomar, såsom stroke och hjärtinfarkt. Depression kan försämra prognosen i dessa sjukdomar.

Efter uppdrag av specialistansvarig för psykiatri har en arbetsgrupp med en representation från de tre sjukhusen inom SU och Sahlgrenska akademien under hösten 2004, arbetat med ett Vårdprogram om Depressionssjukdomar. Enligt uppdrag skulle det vara kort och harmoniera med SBU-rapporter, läkemedelsrekommendationer, eventuella Nationella riktlinjer eller motsvarande. Det har varit gruppens strävan att programmet skall vara praktiskt användbart i direkt patientarbete.

Efter synpunkter från verksamhetscheferna inom psykiatri SU, har programmet kompletterats/utvidgats under våren. Bland annat har två nya kapitel, dels om behandling av unga och dels om ”äldres speciella sjukdomsbild” har tillförts. Dessa har skrivits av öl, med. dr Tord Ivarsson, BUP respektive öl, doc. Ingvar Karlsson, Neuropsykiatri Mölndal.

I vårdprogrammet används SBU:s principer för evidensgradering, där begreppet evidensstyrka beskriver hur starkt bevisvärde ett uttalande har. Evidensstyrka 1 (Starkt vetenskapligt underlag) förutsätter minst två välgjorda studier med högt bevisvärde eller en välgjord systematisk översikt av randomiserade kontrollerade studier. Evidensstyrka 2 (måttligt vetenskapligt underlag) förutsätter en välgjord studie med högt bevisvärde, samt minst två med medelhögt bevisvärde.

Det finns en snabb utveckling inom farmakologisk behandling, men också snabba organisatoriska förändringar i fördelning av uppdrag att sköta de olika psykiatriska sjukdomarna. För framtiden ser vi det som angeläget att vårdprogrammet får vara en del i en kontinuerlig vidareutveckling och fortbildning i kunskap om depressionssjukdomarna inom det allmänpsykiatriska området av SU psykiatrin.

## ARBETSGRUPP

### SU/S

Ulf Palm, med dr, överläkare, leg psykoterapeut, ordförande

Mikael Scharin, leg psykolog, spec i neuropsyk, sekreterare

### SU/Ö

Anna Loewenstein, överläkare

Christer Wendestam, med dr, överläkare

### SU/M

Christine Andersson, överläkare, leg psykoterapeut

## SAHLGRENSKA AKADEMIN

Ingmar Skoog, professor, överläkare

Margda Waern, docent, specialistläkare

*Medicinsk programarbete Sahlgrenska Universitetssjukhuset.*

Instruktion till er som inte är vana att använda hyperlänkar. Hyperlänken tar er snabbt till den plats i dokumentet som termen anspelar på. Hyperlänken är [färgad och understruken](#). För att ta er tillbaka till den plats ni tidigare var tidigare, klicka på "tillbaka pilen" <= som ni ser i listen, uppe i vänster hörn under "Arkiv" och ser ut så här <= =>.

## SAMMANFATTNING

Depression är en folksjukdom med hög [förekomst](#) i samhället. [Utredning](#) och [diagnos](#) är av stor betydelse. [Differentialdiagnos](#) är viktig vid nyinsjuknande i en depression, för att bl.a. utesluta somatiska sjukdomar eller andra fysiologiska skäl till symtom. Diagnostiken består av analys av: symtom, förlopp och svårighetsgrad. [Depressionens symtom](#) som är kärnan i sjukdomen beskrivs ofta utifrån tre områden: Emotionella-, hämning- och somatiska symtom. Depressionens [förlopp](#) är av betydelse för ställningstagande till typ av depression. Det diagnosystem som används i sjukvården är ICD 10, medan både forskare och kliniker föredrar DSM IV systemet.

[Depressionens svårighetsgrad](#) eller djup kan bedömas via professions- eller [självskattningsinstrument](#). Svårighetsgraden avgör val av akut behandling. Är depressionen svår eller mycket svår, övervägs alltid [farmakologisk behandling](#) och/eller [ECT](#).

Vid behandling av depressioner, krävs en [god klinisk praktik](#) som kan innefatta aktiverande handlingsplaner, sociala åtgärder, fokuserad [psykoterapi](#) och rehabilitering. Av betydelse i behandlingen av depressionen är i hur stor grad patienten återhämtar sig. Vid [partiell](#) eller [ingen återhämtning](#) skall alltid tillägg av, eller byte av behandling övervägas då ofullständig remission är den enskilt viktigaste anledningen till återinsjuknande. Risk för förtidig död i somatiska sjukdomar eller självmord är kraftigt förhöjd. [Suicidriskbedömning](#) är ett viktigt inslag och bör behärskas av all personal med patientkontakt. Vid åtgärder för suicidprevention måste ibland [tvångsvård](#) övervägas.

Den deprimerade personens familj och anhöriga belastas ofta varför [parterapi](#), [anhörigutbildning](#) eller [stödgrupper för](#) anhöriga kan vara viktiga inslag i behandlingen.

Barnen till psykiskt sjuka förväntas bli prioriterade, då det finns många [risker för ohälsa](#) hos dem. Man bör försöka stärka barnens skyddsfaktorer.

[Bipolär depression](#), [depression med atypiska symtom](#), depression med ett [somatiskt syndrom](#) (melankoli), [svår depression](#) eller depression med [psykotiska symtom](#) är exempel på tillstånd som påverkar val av akut behandling. Även depressionsbehandling [vid graviditet och amning](#) är en omständighet där särskild hänsyn måste tas vid valet av behandling. Diagnostik och behandling av [ungdomar](#) och [äldre](#) kan visa skillnader från andra åldersgrupper.

Depression beroende på trauma, säsonsberoende depression, depression vid samtidig [somatisk sjukdom](#), depression vid samtidig reaktion på [utmattning](#), samtidig personlighetsstörning eller neuropsykiatriska symtom, påverkar ej val av akut behandling utan behandlas utifrån patientens symtombild. Behandling kan ske i [öppen-](#) eller [sluten vård](#).

## Innehållsförteckning

Förord.....	2
Sammanfattning.....	3
Innehållsförteckning.....	4
Epidemiologi, utredning och diagnos.....	5
Symtom .....	6
Skattning av svårighetsgrad.....	8
Förlopp.....	8
Behandling.....	9
God klinisk praktik .....	9
Farmakologisk behandling.....	10
Långtidsbehandling.....	11
ECT (Elektrokonvulsiv behandling).....	14
Ljusbehandling.....	16
Psykoterapeutisk/Psykologisk behandling .....	16
Famijeterapi, patient- och anhörigutbildning.....	17
Barnperspektivet .....	18
Suicid och depression .....	19
Depression hos ungdomar.....	21
Depression vid åldrande och demens.....	23
Kvalitetsindikationer .....	25
Nivåstrukturering och Prioritering .....	26
Bilaga 1 ICD 10.....	27
Bilaga 2 DSM.....	28
Bilaga 3 Diagnoskriterier för utmattningssyndrom.....	29
Bilaga 4 MADRS-S.....	30
Bilaga 5 Självmordsstegen.....	36
Bilaga 6 Sad Persons Scale.....	37
Bilaga 7 Barnformulär.....	38
Bilaga 8 Litteratur .....	40
Bilaga 9 Checklista.....	41

## EPIDEMIOLOGI

Depression tillhör våra största folksjukdomar. Livstidsfrekvensen är ca 45 % hos kvinnor och 22 % hos män. Månadsfrekvensen brukar anges till 5-10 % i befolkningen. De flesta befolkningsstudier visar att endast en liten andel av personer med depression upptäcks av sjukvården och en ännu mindre andel får behandling. Många får istället lugnande eller sedativ behandling. Ett flertal [faktorer](#) ökar risken för att insjukna i depression. En del av dessa kan inte påverkas, medan andra kan påverkas och har betydelse när man skall behandla en person med depression.

## UTREDNING

Utredningen syftar till att fastställa vilken typ av sjukdom patienten lider av, hur den har uppstått samt vilken påverkan sjukdomen eller störningen har på patientens förmåga att fungera i livet (funktionsnivå).

Utredningen börjar med att identifiera patientens symtom. Depressionsdjup, sjukdomsförlopp samt suicidalitet har betydelse för handläggningen.

Somatiska orsaker till depression skall alltid uteslutas vid nydebuterad depression. Detta sker genom att fysiska orsaker till symtomen prövas. Samma laboratorieundersökningar skall göras vid nydebuterad depression oavsett om patienten vårdas i öppen eller slutenvård. Rutinprover kan behöva kompletteras utifrån patientens kliniska bild. Då många patienter har en primärvårdskontakt, kan man efterfråga vilka undersökningar som redan genomförts. Det är viktigt att fråga om aktuell medicinering, missbruk, hereditet och tidigare psykiatrisk sjukdom.

Särskilt viktigt är att utreda om patienten har haft hypomana eller maniska episoder eller gjort självmordsförsök. Att förstå hur psykiska symtom uppstår i en psykosocial situation är väsentligt för hur behandlingen läggs upp. Om patienten har haft en betydande påverkan av psykosociala faktorer förväntas behandlingen inrikta sig på dessa, efter det att de akuta psykiatriska symtomen har behandlats.

Samtidig psykisk sjukdom, eller komorbiditet, både för syndrom och eventuell personlighetsstörning skall utredas och diagnostiseras. Symtom av neuropsykiatrisk störning skall noteras eller utredas vidare.

Psykosociala omständigheter utreds, då stressfaktorer som utlöst depression bör bli föremål för åtgärder. Patientens funktionsnivå bedöms vid den initiala psykiatriska kontakten.

## DIAGNOS

Diagnosen utgör förutsättning för all behandling eller andra åtgärder. Det diagnostiska arbetet kräver förmågan att se i flera perspektiv samtidigt. Förenklat kan sägas att man i det diagnostiska arbetet tar ställning till art (kategoriskt system) och grad (dimensionellt system) av ett problem.

En depression (kategori) kan vara lindrig, måttlig, eller svår (dimension).

Genom DSM-systemet, kommer vi in i ett fördjupat diagnostiskt tänkande, där flera aspekter på sjukdomen bedöms.

1. SYNDROM (Axel I) t.ex. föreligger diagnosen depression eller ej?
2. PERSONLIGHETSSTÖRNING eller MENTAL RETARDATION (Axel II)  
Föreligger tecken på en varaktig störning?
3. SOMATISK SJUKDOM (Axel III) Föreligger samtidig fysisk sjukdom?

*Medicinsk programarbete Sahlgrenska Universitetssjukhuset.*

4. TRAUMATISKA LIVSHÄNDELSE (Axel IV) Föreligger traumatiska händelser (art) och med vilken svårighetsgrad eller djup har det påverkat patienten? Detta kan variera från extremt t.ex. vid våldtäkt, mordförsök, eller krigshändelser till mildare varianter av trauma som skilsmässa eller förlust av arbetet o.s.v.
5. Axel V GAF (Global Assessment of Functioning) bör inte ses som en separat kategori eller dimension, utan är ett globalt eller sammanräknat mått på hur de övriga fyra dimensionerna stör personens funktionsnivå eller livskvalitet.

Diagnostik i psykiatri kompliceras av att vi har två olika språk eller diagnostiska system att beskriva sjukdomar eller störningar: ICD 10 (International Classification of Diseases) och DSM (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders). I sjukvården förutsätts att vi diagnostiserar enligt ICD-systemet (se The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines Geneva : WHO, 1992), medan både forskare och kliniker oftare använder DSM-systemet (se Mini DSM IV). I huvudsak är de två systemen ”översättningsbara” och utgör inga motsättningar. Man kan även se att de två systemen över tid blir allt mer lika varandra.

Vid all modern psykiatrisk diagnostik iakttar man försiktighet i ställningstagande till genes eller orsak till symtomen, med några få undantag (t.ex. Anpassningsstörning, PTSD, Utmattningsyndrom, Okomplicerad sorg, Organiskt syndrom). Detta kan förklaras av den debatt som försiggått om uppkomsten av psykiska ohälsa. Är det arvet eller miljön som styr sjukdomars utveckling?

Det finns en konsensus i en stress – sårbarhets modell där man godtar att både miljö och genetiska/individuella faktorer styr symtomens utveckling och prognos. De skilda sjukdomarna tycks ha olika grader av inverkan från modellens delar. Bipolär sjukdom, tycks t.ex. ha större inverkan från genetiska faktorer än unipolär depression.

I en stress- och sårbarhetsmodell kan man se olika former av stress i några av de riskfaktorer som identifierats vid depression. Det kan röra sig om t.ex sorg, andra negativa livshändelser, fysisk smärta, arbetslöshet, social isolering, ensamhet, dåligt socialt nätverk, ADL-inskränkningar och institutionalisering. Som sårbarhet för depression kan ses ärftliga faktorer, tidig föräldraförlust, personlighetsfaktorer och neuropsykiatriska tillstånd.

## SYMPTOM

Depressionssymtomen kan indelas i tre huvudgrupper: Emotionella symtom, hämningssymtom, och somatiska symtom.

Exempel på emotionella symtom är nedstämdhet såsom hopplöshet, hjälplöshet och sorgsenhet, livsleda och självmordstankar, depressivt tankeinnehåll som värdelöshetskänslor, självanklagelser, tankar om synd och skuld och känslor av meningslöshet. Ökad irritabilitet och ångest är ofta framträdande vid depression, men ingår inte i de kriterier som finns för depression i ICD-10 eller DSM IV.

Hämningen är en del av depressionens kardinalsymtom och drabbar såväl fysiska som somatiska funktioner. Man brukar indela hämningen i emotionell, viljemässig, psykomotorisk och kognitiv hämning.

Exempel på emotionell hämning är känslomässig stumhet och likgiltighet (även mot nära anhöriga), plågsam frånvaro av känslor (anestesi dolorosa), utslätade affekter och minskat

känslomässigt engagemang som intresse för omvärlden, lust och nöje av sådant som förut varit roligt (anhedoni).

Exempel på viljemässig hämning är förlust av initiativförmåga, aspontanitet, svårighet att bestämma sig, igångsättningssvårigheter, förlust av energi och trötthet.

Exempel på psykomotorisk hämning är minskat talflöde, svarslatens, utslätad och entonigare röst, långsamma rörelser, och minskad ansiktsmimik.

Exempel på kognitiv hämning är långsamt tänkande, subjektiva minnesstörningar, dålig koncentrationsförmåga, fattigdom på idéer, försämrat logiskt tänkande, särskilt i det som berör det depressiva tankeinnehållet och minskade associationer.

Depression ger också upphov till ett antal somatiska symtom, varav en del finns bland kardinalsymtomen såsom störd dygnsrytm och aptitlöshet. Många somatiska symtom skulle kunna vara tecken på en hämning såsom obstipation, minskad salivutsöndring, minskade sexualfunktion och aptitlöshet. Vid depression där somatiska symtom är framträdande, kallar man det för en depression med somatiskt syndrom eller en melankolisk depression.

De somatiska symtomen är gastrointestinala (minskad aptit, viktminskning och förstoppning), eller påverkan på sömnen där tidigt uppvaknande är mest typiskt, men även sönderhackad ytlig sömn och insomningssvårigheter är vanliga. Ibland kan ett ökat sömnbehov föreligga.

De flesta symtom är värre på morgonen och tidiga förmiddagen. Exempel på detta är att patienterna kan vakna vid 3-5 tiden på morgonen med svår ångest.

Sexuella symtom som minskad sexuell lust kan förekomma tidigt, före andra depressionssymtom och försvinner oftast sist vid tillfrisknandet. Andra sexuella symtom är impotens och minskad orgasmförmåga. Andra symtom kan vara störd menstruationscykel, minskad sekretion, minskad tårsekretion, muntorrhet samt ökad smärtekänslighet. Det sistnämnda innebär att smärre krämpor och smärtor upplevs mycket svårare vid en depression. Detta kan vara en anledning till att deprimerade ofta söker sjukvård för olika somatiska krämpor.

Depressionen kan ibland leda till psykotiska symtom i form av vanföreställningar. Dessa vanföreställningar är stämningkongruenta (syntyma), d.v.s. följer sinnesstämningen.

Exempel på syntyma vanföreställningar är att patienten tror sig ha en svår sjukdom (hypokondri), upplever sig vara ruinerade eller att de gått i konkurs, att de begått vedervärdiga handlingar o.s.v. Om patientens vanföreställningar inte följer sinnesstämningen, så kallat stämningssinkongruenta, bör annan diagnos övervägas.

Atypisk depression kan yttra sig som ökad sömn, ökad aptit, tyngdkänsla i armar och ben och kritikkänslighet. Depressionen kan också leda till att lindriga psykiska symtom som t.ex. fobier eller tvångshandlingar förvärras och dominerar bilden. Även andra symtom kan vara uttryck för depression som skenbar upprymdhet, psykomotorisk agitation, irritabilitet, aggressivitet, ökad sömn, pseudodemens, hypokondri, tvångstankar, tvångshandlingar och paranoidea föreställningar. När både depressiva och maniska symtom framkommer samtidigt talar man om en blandad episod. En närmare penetration av patientens sjukhistoria leder då ofta till rätt diagnos.

Ställningstagande till hur och varför symtom kan uppstå är avgörande i det differentialdiagnostiska arbetet och de åtgärder som vidtas.

Flera somatiska sjukdomar kan ge upphov till depression även innan symtom på den somatiska sjukdomen framträder. Bland sjukdomar som ofta kan ge upphov till depression finns tyroideasjukdomar, hyperparatyroidism, bristtillstånd (anemi, B12, folatbrist), infektioner, diabetes, stroke och andra kardiovaskulära sjukdomar, cancer, carcinoida (hormonproducerande) tumörer, Parkinsons sjukdom och Cushings syndrom.

*Medicinsk programarbete Sahlgrenska Universitetssjukhuset.*

Flera läkemedel har som biverkan att de kan ge upphov till depression t.ex. neuroleptika och betablockerare. Missbruk av alkohol eller andra droger kan ge en depressionsbild eller orsaka depression.

## SKATTNING AV DEPRESSIONENS SVÅRIGHETSGRAD

När det gäller effekten av psykologisk behandling eller läkemedel är rekommendationerna olika om man betraktar depressionen som lindrig, måttlig eller svår.

Ett sätt att mäta svårighetsgrad är med skattningsskalor, t ex MADRS-S (Mongomery, Åsberg Depression Rating Scale-Self adminiterd) eller BDI (Beck Depression Index).

Adekvata gränser i MADRS egen skattningsskalor visas i tabell nedan.

MADRS-S	Poäng
0-12	Ingen depression
13-19	Lindrig depression
20-34	Måttlig depression
> 34	Svår depression

Tabell 1. Tabellen visar hur poäng i MADRS bedöms vad gäller svårighetsgrad i depression.

(Svanborg P & Åsberg M. A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self rating version of the Montgomery Åsberg Rating Scale (MADRS). Journal of Affective Disorders 2001; 64: 203-216.)

Gräns till svår depression är >29 i BDI och >25 i HDRS (Hamilton Depression Rating Scale)

Utfallet på dessa skalor skall dock endast utgöra en del i den kliniska bedömningen.

## FÖRLOPP

Förloppet bestämmer bl.a. vilken kategori av depressionssjukdom det rör sig om.

Insjuknandet i en depression, som inte föregåtts av mani eller hypomani, är en unipolär depression. Risken för återfall, recidiverande depression, efter första insjuknandet har beräknats till ungefär 50% inom två år och 80% under patientens återstående livstid. Cirka 10-20% löper risk för att utveckla kronisk depression som varar mer än två år.

Affektiv sjukdom där patienten pendlar mellan depression och mani (självövervärdering) ger en bipolär sjukdomsbild (Bipolär I). Pendlar patienten mellan depressiva episoder och hypomana (förhöjt stämningsläge), men ej maniska perioder, kallar man detta också bipolär sjukdom (Bipolär II). En depressiv episod som föregåtts av mani eller hypomani, är en bipolär depression och är ofta svår att behandla. Bipolär sjukdom kan svänga över tid med en allt snabbare frekvens. När en patient under ett år har mer än två cykler av mani/depression, används termen ”rapid cycling”.

Dystymi är en kronisk (mer än två år) nedstämdhet av måttlig grad, som inte uppfyller de fulla kriterierna för depressiv episod, men där den drabbade upplevt åtminstone två tydliga depressionssymtom. En dystymi kan djupna till en depressiv episod (egentlig depression). Detta kallas ibland ”double depression”.

Där det föreligger ett övertygande samband mellan påtaglig överbelastning på individen och depression, talar man om utmattningsdepression eller depression med ett [utmattningssyndrom](#). I ett pågående forskningsprojekt (Marie Åsberg och medarbetare) har man funnit att 80% av



personer som kan beskrivas som ”utbrända” uppfyller samtliga [kriterier](#) för depression. Kriterier för utmattningssyndrom redovisas i bilaga 3.

## BEHANDLING

### GOD KLINISK PRAKTIK

God klinisk praktik eller beprövad erfarenhet utgör stommen i verksamheten såväl i slutenvård som öppenvård och är ännu svår att utvärdera på ett vetenskapligt sätt. Effekten av psykosocial rådgivning vid akuta sociala svårigheter som familjekonflikter, bostadslöshet, ekonomiska problem eller arbetslöshet, som kan föregå depressiva reaktioner har t.ex. inte utvärderats systematiskt.

Utvärderingsstudier av psykiatrisk sjukgymnastik har ännu ej tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet för att man skall kunna hävda stark evidence eller vetenskapliga bevis för dessa behandlingar. Liknande förhållanden ses vid psykiatrisk arbetsterapi och rehabilitering. Trots detta fattas beslut om behandling med dessa metoder som kan kallas god klinisk praktik eller beprövad erfarenhet.

God psykiatrisk omvårdnad i slutenvård innefattar:

- Utlösande stressfaktorer identifieras och en åtgärdsplan läggs upp tillsammans med patienten så fort det är möjligt.
- hög kontaktfrekvens med patienten
- beteendeaktivering för att minska hopplöshet så snart som möjligt, gärna med ett psykopedagogiskt eller problemlösande innehåll.
- att anpassa kontaktinnehållet efter patientens funktionsnivå
- att inkludera familjemedlemmar så tidigt som möjligt i kontakten med avdelningen
- att upprätta en vårdplan tillsammans med patienten
- att säkra kontinuiteten mellan slutenvård och öppenvård.

God klinisk praktik i öppenvård och rehabilitering innefattar:

- Utlösande stressfaktorer identifieras och en åtgärdsplan läggs upp tillsammans med patienten så fort det är möjligt.
- Rådgivning rörande egenvård bör inkludera information om betydelsen av regelbunden fysisk aktivitet och regelbundna mat- och sömnvanor.
- Patienters kombinationsbehandlingar mellan farmakologiska och psykologiska metoder övervägs och beslutas.
- Avspänningsövning, sömnråd, stresshantering, och fysisk träning kan vara viktiga delar av ett behandlingsprogram.
- Arbetsinriktad rehabilitering bör påbörjas så fort patienten kommit ur den mest akuta fasen.
- Sjukskrivningens längd måste avpassas individuellt och relateras till situationen på patientens arbetsplats. I vissa fall kan det te sig osannolikt att patienten på grund av exempelvis kroniska konflikter på arbetsplatsen, ska kunna återgå till sitt ursprungliga arbete. I sådana fall bör rehabilitering så snart det är möjligt inriktas på byte av arbetsuppgifter/arbetsplats. Om arbetssituationen är gynnsam är det sannolikt bättre att patienten håller kontinuerlig kontakt med arbetsplatsen, t.ex. genom deltidssjukskrivning eller arbetsträning.
- Vid svåra eller varaktiga tillstånd planeras sysselsättning och medicinsk rehabilitering i öppenvård, eventuellt med stöd från kommunala hjälpinsatser (LSS).

## FARMAKOLOGISK BEHANDLING

Väsentligt vid farmakologisk behandling är att patienten är väl informerad om läkemedlets fördröjda effekt och förekommande biverkningar. Pedagogiska insatser för information om sjukdomens natur, förlopp och tanke bakom behandling skall alltid ges till patienten och helst också till anhöriga. Använd gärna informations-skrifter. Täta återbesök är av vikt där i akutskedet återbesök inom 1 till högst 2 veckor skall ske. Risk för fördjupning av depressionen föreligger innan antidepressiv effekt inträder och inte minst måste observation för ökad suicidrisk ske. Understöd av följsamhet av behandlingen är också väsentlig.

## UNIPOLÄR DEPRESSION

Det finns starkt stöd (evidensstyrka 1) för att antidepressiva läkemedel har effekt överlägsen placebo vid depression. Det finns likaledes stöd för att skillnaden i effekt av läkemedel kontra placebo ökar ju svårare depressionen är och att effekten av antidepressiva läkemedel är liten eller till och med obefintlig vid lätta egentliga depressioner.

Samtliga läkemedel godkända för depressionsbehandling har likvärdig effekt vid behandling av lindriga och måttliga depressioner under förutsättning att adekvata doser används. Skillnader kan dock föreligga mellan preparaten gällande biverkningsprofiler.

Vid svårare depressioner har de tricykliska preparaten klomipramin och amitriptylin något större effekt än SSRI preparaten.

Vad gäller de nya antidepressivas effekt i förhållande till SSRI preparat så är det ännu inte fullständigt utrett. Studier talar dock för att venlafaxin har större effekt än fluoxetin sett till andelen patienter som blir symptomfria.

Det finns inga stöd för att det är någon effektskillnad vid behandling av depression mellan de olika SSRI preparaten, men hänsyn skall tas till Rekommenderade receptläkemedel från Läkemedelskommittén i Göteborg <http://www.hot.vgregion.se/lkgoteborg> Är patienten redan insatt på annat än rekommenderade preparat behöver man inte byta. Har patienten tidigare svarat bra på ett preparat utanför listan kan ordinationen fortsätta. Härutöver får man ta hänsyn till individuella skillnader som patienten visar i förhållande till rekommenderade mediciner t.ex. i frågan om biverkningar.

Behandlingsinsatser i tidigt skede kan förkorta depressionsperioden. Vid initial ångestförstärkning kan man överväga adjuvant anxiolytisk behandling med bensodiazepiner. Beroende av bensodiazepiner utvecklas inte efter några veckors behandling och då den kliniska effekten förefaller relevant finns stöd för samtidig behandling med bensodiazepiner under högst 4 veckor där ångest och sömnproblem är framträdande. Effekt kan förväntas först efter 2 – 4 veckors behandling. Fullständig symptomfrihet kräver oftast ett par månaders behandling och återgång i social funktion och arbetsförmåga inte sällan ännu längre tid.

Om ingen förbättring ses inom en månad efter påbörjad behandling och där följsamhet bedöms adekvat är det osannolikt att en oförändrad behandling kommer att ge effekt. De alternativa strategier som då skall övervägas är en doshöjning till maximalt tolererad dos av pågående medel alternativt byte till annan typ av antidepressivt läkemedel. Ytterligare möjlighet är att kombinera två slags antidepressiva medel dock med viss ökad biverkningsrisk. Stöd för tillägg av litium finns men kräver särskilda kontroller. Det finns vetenskapligt stöd för kombination med mianserin eller mirtazapin till SSRI eller tricykliska

*Medicinsk programarbete Sahlgrenska Universitetssjukhuset.*

antidepressiva. Det finns även vetenskapligt stöd för byte till eller kombination med [psykologisk behandling](#) (se sid 16)

Vid partiell effekt efter 4 veckor bör en dosjustering uppåt göras eller redan här möjligen en kombinationsbehandling. Även här bör man alltid överväga att kombinera den farmakologiska behandlingen med psykologisk behandling.

Målsättning med antidepressiv behandling skall vara att patienten uppnår remission då endast partiellt tillfrisknande ökar risken för återfall.

#### KONCENTRATIONSBESTÄMNING AV LÄKEMEDEL

Koncentrationer av antidepressiva går att mäta. Det är välkänt att koncentrationer i blod varierar kraftigt från patient till patient. Detta beroende på att det är stora variationer hos olika individer på nedbrytande enzym i levern, Det finns låg- respektive högmetaboliserande patienter p.g.a. detta. Likaledes använder olika antidepressiva, till en del, olika enzysystem. Att praktiskt använda koncentrationsbestämningar kan vara av värde då biverkningar uppstår hos pat som behandlas även med måttliga doser av läkemedlet och likaså då ingen effekt fås trots relativt höga doser. Några säkra " terapeutiska " intervall finns dock inte.

#### BEHANDLING VID SVÅR DEPRESSION/PSYKOTISK DEPRESSION

Vid svåra depressioner med hög självmordsrisk, mat och dryckvägran eller inslag av psykotiska symptom har ECT behandling överlägset snabb och god effekt. Cirka 90% blir återställda efter ECT. Återfallsrisken efter framgångsrik ECT behandling är dock hög och därför skall liksom efter akutbehandling med antidepressiva läkemedel fortsatt läkemedelsbehandling genomföras.

Kombinationsbehandling med antidepressiva och så kallade atypiska neuroleptika har vid mindre studier visat positiv effekt men inga större kontrollerade studier är ännu gjorda.

#### DYSTYMI

Dystymi är ett tillstånd som definitionsmässigt innebär en nedstämdhet med minst 2 års duration utan att depressionens omfattning är sådan att det rör sig om egentlig depression. En del av dessa personer kan också utveckla period av egentlig depression så kallad "dubbeldepression". Idag finns ett starkt (evidensstyrka 1) stöd för att antidepressiv medicinering har effekt vid dystymi. Behandlingslängden skall vara betydligt längre än vid förstagångsepisod av egentlig depression.

#### ATYPISK DEPRESSION

Depressiva tillstånd som symptomväsentligt avviker från vad som är vanligt vid egentlig depression och ofta innefattar en hypersomni kombinerat med ökad aptit. Om terapivikt vid dessa tillstånd med specifika serotonin- eller noradrenalinåterupptagshämmare och TCA inträffar, finns stöd för att behandling med så kallade icke selektiva MAO-hämmare i många fall har effekt. Preparaten Fenelzin och Tranylcypromin är båda licenspreparat och kan prövas. Specifika biverkningsprofiler föreligger dock framför allt blodtrycksstegringar där tyramin- haltig kost måste undvikas.

#### LÅNGTIDSBEHANDLING OCH ÅTERFALLSPREVENTION

Återfallsrisken vid depression är hög. Särskilt inom den svårt sjuka grupp av deprimerade patienter som behandlas inom specialistpsykiatri. Särskilda riskfaktorer är genetisk disposition och insjuknande i tidig och sen ålder. Andra faktorer som ökar skälen till

*Medicinsk programarbete Sahlgrenska Universitetssjukhuset.*

långtidsprofylax är täta återfall i depression, minst 2 eller 3 episoder under senaste 5 åren liksom depressionsepisoder med psykotiska inslag och hög suicidrisk. Samsjuklighet med ångestsyndrom ökar indikationen för profylaktisk behandling.

Starkt vetenskapligt stöd (evidensstyrka 1) finns för att den antidepressiva läkemedelsbehandlingen skall fortgå efter att remission har inträtt. Behandlingen skall fortsätta med samma doser i minst 6 men i många fall upptill 12 månader då annars återfallsrisken är hög. Återfallsrisken kan halveras från mer än 40 procent till under 20 procent.

Kombinationsbehandling med litium finns varierat stöd för och fortfarande råder osäkerhet om dess profylaktiska effekt vid unipolära depressioner.

Utsättningssymptom kan uppträda efter en längre tids behandling med antidepressiva särskilt om behandlingen avbryts tvärt eller en kraftig dossänkning görs. Problemet kan ses redan efter någon dags glömd medicinering. Utsättningsproblem drabbar bara en minoritet av de behandlade men kan vara betydande svårighetsgrad. Utsättningssymptomen kan likna de som ursprungligen motiverade behandlingen men är oftast förenade med stark yrsel, huvudvärk, krypningar i kroppen och allmän sjukdomskänsla. För att minimera risken rekommenderas en gravis nedtrappning över åtskilliga veckor av läkemedlet. Utsättningssymptomen är inte uttryck för beroende och det finns heller inga stöd för detta vid behandling med antidepressiva läkemedel.

#### **BIPOLÄR DEPRESSION**

Behandling av bipolär sjukdom i depressiv fas innebär en svår balansgång på grund av risken att utlösa maniska skov med en antidepressiv behandling. Om patienten inte redan behandlas med stämningsstabilisator, litium eller antiepileptiskt läkemedel insättes sådant. Efter några dygn inleds behandling med antidepressivum i vanlig dos. MAO-hämmare anses vara gynnsammare än SSRI-preparat vad gäller risk för maniutveckling och SSRI i sin tur gynnsammare än TCA. (Irreversibla MAO-hämmare är licenspreparat och användning är idag i Sverige ringa, troligen på grund av risk för allvarliga biverkningar om ej dietföreskrifter följs.) Tillägg av atypiska neuroleptika i lågdos kan ibland vara värdefullt. ECT har oftast en mycket god effekt vid bipolär depression och risken för mani är mindre än vid behandling med antidepressiva. Bipolär depression kan i många fall vara mycket svårbehandlad och långdragen och utgör ofta betydligt svårare behandlingsproblem än patientens manier. Patienter med bipolär sjukdom bör skötas på specialistmottagning.

#### **PROFYLAKTISK BEHANDLING AV BIPOLÄR DEPRESSION**

Litium är det äldsta och mest beprövade medlet för återfallsprofylax vid bipolär sjukdom. Litium anses vara ett medel som har suicidprofylaktisk effekt. Det finns studier som även tyder på neuroprotektiv effekt.

Litiums effekt är dosberoende och den terapeutiska bredden snäv. Terapeutisk nivå i 12-timmarsprov bör ligga mellan 0,5 och 0,8 mmol/L. Behandling kräver noggrann uppföljning på specialistnivå med särskilda riktlinjer för återkommande provtagningar.

Antiepileptika kan provas antingen ensamt eller i kombination med litium eller antidepressiva. Vanligaste alternativen är valproat, karbamazepin och lamotrigin. Lamotrigin är intressant på grund av sin effekt vid akut behandling och även profylax av bipolär depression, men har i sällsynta fall allvarliga hudbiverkningar. Effekt och

biverkningar av dessa mediciner skattas utifrån kliniska observationer, men rutiner bör finnas för provtagning och kontroll.

Moderna neuroleptika, som olanzapin, risperidon och ziprasidon, används allt mer såväl i behandling av mani, bipolär depression och blandade maniskt depressiva syndrom som i profylaktiskt syfte, ofta tillsammans med litium och/eller antiepileptika.

#### DEPRESSION MED SOMATISK SJUKDOM

Depression försvårar rehabilitering och försämrar prognosen hos patienter med kronisk somatisk sjukdom. Dessa patienter behöver ofta längre vårdtider och en ökad risk för institutionalisering föreligger liksom för både naturlig död och suicid, det senare särskilt hos äldre män. Det är viktigt att dessa patienter identifieras och erbjuds specifik behandling. Det finns även belägg för att patientens fysiska funktionsnedsättning förbättras med depressionsbehandling.

Vid bedömning av patienter med svår somatisk sjukdom kan det ibland vara svårt att differentiera mellan krisreaktion och depression. En viss risk för överdiagnostisering kan förekomma om somatiska symtom såsom viktnedgång och energiförlust alltför okritiskt betraktas som depressionssymtom.

Angående behandling se avsnittet Unipolar depression. Det kan tilläggas att mirtazapin (Remeron) kan ha gynnsam effekt när bilden kompliceras av smärtproblematik. ECT kan ges vid de flesta somatiska tillstånd. På grund av dess motorikbefrämjande effekt kan ECT vara särskilt gynnsam för patienter med samtidigt depression och Parkinsons sjukdom. Det föreligger inga absoluta kontraindikationer för ECT, men ökad risk för komplikationer kan ses vid några somatiska tillstånd (se avsnittet ECT). Kontrollerade studier kring psykologisk behandling av patienter med depression och samtidigt kronisk somatisk sjukdom finns endast i begränsad omfattning. Resultat tyder på att psykologiskt stöd påverkar depressionen i positiv riktning i samma omfattning som hos somatiskt friska depressionspatienter.

#### BEHANDLING AV DEPRESSION VID GRAVIDITET

Depressiva tillstånd förekommer under graviditet i en frekvens av 10-20 %. För kvinnor med milda till måttliga depressioner kan psykologiskt stödjande behandling prövas. När allvarliga följder av en obehandlad svår depression kan befaras, hos en gravid kvinna, bör ECT eller farmakologisk behandling övervägas. Den senare måste ställas emot eventuella ogynnsamma läkemedelseffekter på fostret. Behandlingen måste därför alltid ske i samråd med kvinnan. Behandling med antidepressiva läkemedel under graviditeten har inte visats öka risken för missbildningar hos barnet (Evidensstyrka 2). Bland SSRI-preparaten är avsaknad av teratogenicitet bäst dokumenterat för fluoxetin. Det finns numera inget skäl att föredra tricykliska antidepressiva före SSRI hos gravida kvinnor. För många av de nya läkemedlen är dock dokumentationen begränsad.

Behandling under den senare delen av graviditeten kan medföra kortvarig (1-2 veckor) adaptationsstörning, till exempel irritabilitet, skrikighet och sömnproblem hos det nyfödda barnet. Trots detta rekommenderas ej att utsättning av läkemedlet sker inför förlossning på grund av risk för återfall i depression hos modern. Inga ogynnsamma långtidseffekter på barnet har påvisats, men dokumentationen är bristfällig.

## BEHANDLING AV DEPRESSION EFTER FÖRLOSSNING OCH UNDER AMNING

Depression av varierande svårighetsgrad förekommer hos 10-20 % av nyförlösta kvinnor. För patienter som uppfyller kriterierna för egentlig depression bör antidepressiv behandling övervägas. Risken för depressionsinsjuknande är ökad hos kvinnor som tidigare haft depression. Kvinnor med bipolär sjukdom har en hög risk för recidiv i postpartumperioden. En plan för behandling under denna period skall därför finnas i förväg.

De positiva effekterna av amning bedöms i allmänhet vara större än den ringa risken för barnet vid antidepressiv behandling av modern. Även i denna situation är det dock viktigt att riskbedömningen sker i samråd med kvinnan. Mot bakgrund av mer omfattande klinisk erfarenhet rekommenderas SSRI i första hand (Evidensstyrka 3). Paroxetin och sertralin utsöndras i modersmjölk mindre än övriga medel inom denna grupp. Den kliniska relevansen av dessa skillnader är dock oklar. För venlafaxin, mirtazapin, mianserin och reboxetin är kunskapen ännu begränsad. Litium utsöndras i modersmjölk i sådan mängd att ogynnsamma effekter på barnet ej kan uteslutas.

ECT är ett behandlingsalternativ vid allvarlig depression i post partumperioden.

SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors	citalopram, etc
SNRI	Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors	venlafaxin
NARI	Selective NorAdrenaline Reuptake Inhibitors	reboxetin
NASSA	Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressants	mirtazapin
TCA	TriCyclic Antidepressants	amitriptylin
RIMA	Reversible Inhibitors of MAO <sub>A</sub>	moklobemid
MAOI	MonoAmine Oxidase Inhibitors	fenelzin

Tabell 2. Tabellen visar grupper av antidepressiva läkemedel.

## ELEKTROKONVULSIV BEHANDLING (ECT)

ECT är en evidensbaserad form av behandling, som har hög effektivitet i kombination med få biverkningar. ECT har en specifik antidepressiv effekt och effekten uppträder snabbare och är större än vid läkemedelsbehandling.

### INDIKATIONER

ECT används vanligen som andrahandsalternativ vid svårare depressioner, när farmakologisk behandling inte visat sig fungera. Den kan dock användas som förstahandsval vid svåra depressioner med somatiskt syndrom (av melankolisk typ) i kraft av sin goda effekt och sitt snabba anslag, liksom vid depression med hög suicidrisk, vanföreställningar eller starkt uttalad hämning. ECT är särskilt användbart vid affektiv [blandad episod](#). Utöver den antidepressiva effekten har ECT en antimanisk effekt.

ECT kan med fördel också användas som depressionsbehandling vid:

- hög ålder
- depressioner post partum
- besvärande biverkningar av läkemedel

Behandling ges vanligen 3 gånger per vecka, ofta krävs 6-8 behandlingar i en serie, ofta ännu fler, framför allt till äldre patienter. Även om behandlingssvaret dröjer bör man ge minst 10 behandlingar i en serie innan man avbryter, samtidigt som man utvärderar om det finns något som förklarar den uteblivna effekten.

#### SAMTIDIG MEDICINERING

Det finns inget som tyder på att samtidig läkemedelsbehandling ökar den terapeutiska effekten. Läkemedel som inte skall ingå i behandlingen efter avslutad ECT bör sättas ut. Litiummedicinering som patienten skall fortsätta med behöver inte sättas ut, men man bör vara observant under ECT-serien då förlängda anfall och konfusion beskrivits i enstaka fall. Antiepileptika bör minskas eller sättas ut innan själva ECT-tillfället om inte särskilda skäl föreligger. Bensodiazepiner kan också motverka krampbenägenheten. Om man behöver använda något mot svår ångest är oxazepam att föredra, men bör inte ges precis före behandling. Försiktighet bör sannolikt iaktas med de nya sömnmedlen av icke bensodiazepintyp, vilka även verkar på gabareceptorer.

För att förhindra återfall efter en ECT-serie bör patienten sättas in på ett antidepressivum eller ett annat återfallsförebyggande läkemedel. Det finns allt fler studier, även om de ej är kontrollerade, som stödjer ECT som underhållsbehandling.

#### RISKBEDÖMNING

ECT är en riskfri behandling med mycket få medicinska kontraindikationer. Vid förekomst av aneurysm, förhöjt intrakraniellt tryck, liksom vid nyligen genomgången hjärtinfarkt, får man väga olika risker mot varandra. Behandlingen bör ske först efter konsultation med berörda specialister och under intensiv övervakning. ECT kan ges till gravida kvinnor med iakttagande av särskild försiktighet och beredskap i slutet av graviditeten.

#### BIVERKNINGAR AV ECT

Minnesstörningar som ses i anslutning till behandling är mycket sällan bestående, mer än för händelsen i direkt anslutning till behandlingsperioden. Behandling med unilateral placering med rätt teknik anses ge lika god effekt som bilateral behandling.

## LJUSBEHANDLING

I vissa fall av depression är symtomen relaterade till årstiden, vanligen det mörka halvåret (s k vinterdepression). Det finns dock otillräckligt stöd för att diagnosen skulle vara en välavgränsad undergrupp av depressiva tillstånd.

Inom SU har ljusbehandling givits på psykiatri Sahlgrenska och Mölndal. Ibland har detta följts av underhållsbehandling två gånger per vecka fram till årstidsväxling. För närvarande ges ljusbehandling såväl polikliniskt i grupp vid polikliniken på Sahlgrenska som individuellt i patientens hem.

Efter hand som fler undersökningar har tillkommit anser man nu att effekten av ljusbehandling inte är säkert skild från placeboeffekt. Man har inte heller rapporterat om allvarliga biverkningar i ljusbehandling.

Utifrån bristande evidens av ljusbehandlingens effekt bör därför denna behandling inom specialpsykiatri endast ges som led i studier för att t ex identifiera specifika effekter eller särskilda patientgrupper för vilka ljusterapi har en verkan skild från placebo.

## PSYKOTERAPEUTISK/ PSYKOLOGISK BEHANDLING

Under 1900-talets senare del har systematisk psykoterapi tillämpats i den psykiatriska vården. SBU har 2004 gjort en stor litteraturöversikt och granskning av den vetenskapliga dokumentation för olika psykologiska metoders effekt vid depressions behandling.

Psykologiska metoder innefattar här olika former av traditionell psykoterapi samt rådgivning och psykosocialt stöd, självhjälp från skrifter eller elektroniska medier. Mer specifika definitioner anknyter oftast till terapeutens formella utbildning.

### LINDRIGA OCH MÅTTLIGA DEPRESSIONER

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd (Evidensstyrka 1) för att beteendeterapi (BT), kognitiv terapi (KT), kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT) är effektiva för behandling av lindriga till måttliga egentliga depressioner. Dessa terapimetoder är likvärdiga i effektivitet. De olika psykoterapierna är lika effektiva som tricykliskt antidepressiva och sannolikt lika effektiva som SSRI.

Det finns vetenskapligt stöd (Evidensstyrka 2) för att psykodynamiska korttidsterapier är effektiva men sannolikt är de mindre effektiva än ovan nämnda terapiformer. Det finns dock en tendens att de nyare studier som använder en tydligare strukturerad form av psykodynamisk korttidsterapi uppvisar bättre resultat, i regel likvärdigt med KBT samt uppvisar tilläggseffekt till antidepressiva läkemedel. Det som verkar känneteckna en effektiv terapi vid depression tycks vara en hög aktivitet hos terapeuten och fokus på de känslor och relationer som är mest aktuella i den depressiva episoden.

Det är inte säkert att kombinationsbehandling av antidepressiv medicinering och psykoterapi är effektivare än behandling var för sig, vid mild till måttlig depression



## SVÅRA AKUTA DEPRESSIONER

Behandling med enbart psykoterapi är otillräckligt vid svåra depressioner. Det finns dock ett vetenskapligt (Evidensstyrka 2) stöd för att kombinationsbehandling är effektivare än enbart läkemedel. Suicidala eller motoriskt hämmade patienter har dock inte funnits med i behandlingsstudier d v s det har inte funnits patienter med extrema uttryck för svårigheter.

Tillägg av KBT inom slutenvård har inte givit samma behandlingsvinster som inom andra vårdformer. I slutenvård tycks [god psykiatrisk omvårdnad](#) och kontinuerlig läkarkontakt vara fullgod behandling för patienter.

## ÅTERFALLSPREVENTION OCH UNDERHÅLLSBEHANDLING

Den viktigaste faktorn vid prognosen är patientens status vid behandlingsavslut. Full remission av symtom minskar risk för återfall. Vid ofullständig eller utebliven effekt av psykologisk behandling finns det ett vetenskapligt stöd för byte till eller kombination med [farmakologisk behandling](#) eller [ECT](#).

För patienter som inte svarat fullständigt på antidepressiva läkemedel minskar återfallsrisken betydligt om man lägger till BT, KBT, KT eller IPT (Evidensstyrka 2). Det finns dessutom stöd för att läkemedelsbehandlade patienter för vissa särskilt återfallsbenägna patienter långsiktigt klarar sig bättre om de efter den antidepressiva läkemedelsbehandlingen också får KBT.

En viktig fråga är att utveckla behandling för patienter med uteblivet eller ofullständigt svar på antidepressiv farmakologisk behandling. Detta är en stor grupp (ca 50%). Forskningen visar att många patienter kan bli hjälpta av en övergång till eller tillägg av systematisk psykoterapeutisk behandling.

## DEPRESSION MED UTMATTNINGSSYNDROM

Randomiserade kontrollerade studier saknas i stort sett, men pågår på flera ställen, och resultat kan väntas inom några år. Den kliniska erfarenheten och den begränsade vetenskapliga evidens som trots allt finns talar för att behandlingsprinciper som redogörs för i avsnittet [god klinisk praktik](#) gäller också för patienter med utmattningssyndrom. Särskilt viktigt är det med fysisk träning samt planeringsmöte mellan arbetsgivare och FK.

## FAMILJETERAPI, PSYKOPEDAGOGISK INTERVENTION, PATIENTUTBILDNING OCH ANHÖRIGUTBILDNING

För normalt harmoniska äktenskap har individuell terapi större effekt än parterapi. Effekten av parterapi ökar dock med ökad disharmoni i äktenskapet och kan då ge motsvarande effekt som individuell kognitiv terapi. Psykopedagogiskt familjestöd med stödgrupper för anhöriga eller patienter bidrar till att stärka de skyddande faktorer som kan förhindra återfall. Forskningsresultat visar en minskad återfallsförekomst och ökad social funktion för patienten liksom minskad merbelastning för närstående.

Erfarenhet finns att människor med långvarig sjukdom har god nytta av bättre kunskaper om sin sjukdom. Om patienten är välinformerad ökar förmågan att samarbeta kring medicinering, att söka i tid vid återfall och att undvika utlösande stressfaktorer. Patienter med depression bör få information om sin sjukdom och samtal kring utlösande stressfaktorer individuellt eller i grupp. Utbildning i grupp har prövats för depressionspatienter inom primärvården och visat

*Medicinsk programarbete Sahlgrenska Universitetssjukhuset.*

på goda resultat Oftast kombineras en föreläsning om olika aspekter på depression med samtal i grupp tillsammans med vårdpersonal. Psykopedagogisk intervention ingår i familjearbete med kognitiv-beteendeterapeutisk metodik.

Anhöriga till patienter med psykisk sjukdom drabbas hårt och får ofta själva hälsoproblem. Sedan flera år erbjuder psykiatrin inom SU återkommande utbildningar för anhöriga till patienter med depression eller bipolär sjukdom. Utvärdering har visat att de närstående i första hand efterfrågar kunskap om sjukdomstillståndet men vill också få möjlighet att samtala om sin egen situation och därmed dela erfarenhet med andra. Den anhörige som involveras i behandlingen blir oftast tryggare och kan bättre stödja den sjuke. Också andra huvudmän än sjukvården, kan erbjuda stöd till barn och andra anhöriga.

## BARNPERSPEKTIVET I PSYKISK VÅRD

Närståendeperspektivet bör också omfatta barnen. Politikerna i Västra Götaland menar att barnperspektivet måste genomsyra alla hälso- och sjukvårdens verksamheter. Socialstyrelsen har också på olika sätt uppmärksammat barnens problem.

Bland de särskilt sårbara grupperna är barn till föräldrar som dör hastigt (suicid) och barn till psykiskt sjuka (funktionshindrade) föräldrar. Barn till deprimerade patienter far ofta illa. Forskning visar på sårbarhet för ohälsa hos barn till föräldrar med depression och manodepressiv sjukdom. Barn till deprimerade föräldrar uppvisar i större utsträckning än andra barn generella anpassningsproblem i form av försämrade skolprestationer och sociala svårigheter i skolan. Betydande variationer finns dock när det gäller typ av depression och depressionens svårighetsgrad. Barn som upplevt en förälders självmordsbeteende väljer i större utsträckning själva denna utväg.

Risikfaktorer för barn vid psykisk sjukdom hos förälder.

- Intensiv och långvarig sjukdom.
- Negativ inverkan på samspel med och relation till barnet.
- Samtidigt missbruk.
- Suicidförsök, suicid – utvidgat suicid.
- Förekomst av våld i familjen.
- Arbetslöshet och dålig ekonomi.
- Ökad genetisk disposition för psykiska problem hos barnet.

Skyddsfaktorer för barn vid psykisk sjukdom hos förälder.

- Tillgång till frisk förälder eller annan nära vuxen
- Trygg anknytning och varm nära relation med den sjuke föräldern.
- Vardagstrygghet, säker tillflykt.
- Praktiskt socialt stöd till familjen.
- Kontakt med andra barn, gruppstöd.
- Trygg och bra kamratrelationer i skolan.

För att söka förebygga problem hos barnen bör man om möjligt minska antalet riskfaktorer och öka antalet skyddande faktorer.

Inom Vuxenpsykiatrin är det viktigt att uppmärksamma och synliggöra barnens situation. Kuratorn blir nyckelperson för att utveckla metoder för detta. Ett färdigt frågeformulär kan underlätta i samtal med patienten (se Barnformuläret i bilaga). I första hand ska föräldrarna få stöd att se barnens behov. När detta inte är tillräckligt kan samverkan med sociala myndigheter behövas. Upparbetade samverkansmodeller är ett bra stöd.

*Medicinsk programarbete Sahlgrenska Universitetssjukhuset.*

## BRUKARFÖRENINGAR

I Göteborgsområdet finns för personer med affektiv sjukdom följande intresseföreningar.

- Patient och anhörigföreningen NYCKELN- för drabbade av depressionssjukdomar. Telefon 031-775 79 77
- Intresseförening för bipolär sjukdom IBIS Telefon 0730-92 50 09
- SPES stöd till efterlevande vid suicid. Telefon 031-775 79 77

## SUICID OCH DEPRESSION

I Sverige dör varje år ungefär 1500 personer till följd av självmord. Man brukar räkna suicidal, dvs. antalet suicid per 100 000 invånare. För landet i sin helhet rapporterades 17,4 suicid per 100 000 invånare år 2001. Motsvarande siffra för Göteborgs kommun var i samma storleksordning (16,3/ 100 000).

Ungefär 7000 personer söker sjukhusvård i samband med suicidförsök varje år.

Uppskattningsvis finns lika många som gör försök utan att sedan söka vård. Ett tidigare suicidförsök är den enskilt största riskfaktorn för framtida suicid, varför tidigare försök bör kartläggas vid varje nybesök.

### VILKA ÄR SJÄLVMORDSNÄRA PATIENTER?

Risken för fullbordat självmord är störst under året som följer ett självmordsförsök.

Expertgruppen som tog fram Psykiatriska Föreningens Riktlinjer för vård av suicidnära patienter betonade därför denna patientgrupp när man definierade begreppet Självmordsnära patienter, som inkluderar:

- Personer som nyligen (inom senaste året) har gjort ett självmordsförsök
- Personer med allvarliga självmordstankar där självmordsrisk bedöms föreligga den närmaste tiden
- Personer som av andra skäl bedöms vara i riskzon, även om de inte själv bejakar självmordstankar

### DEPRESSION: DEN FARLIGASTE DIAGNOSEN NÄR DET GÄLLER SUICIDRISK

I stort sätt alla psykiska sjukdomar är kopplade med en ökad självmordsrisk (undantag demens och mental retardation), med riskökningen är störst vid depression. Mellan 50 och 60 % av de som suiciderar beräknas ha en klinisk depression vid tiden för sin död. Cirka 10 % av dem som erhåller slutenvård för depression tar så småningom sina egna liv. Det är svårt att uppskatta motsvarande siffra när det gäller deprimerade som inte vårdas på sjukhus, men det kan konstateras att risken är förhöjd och förblir förhöjd resten av livet.

Finns det någon subtyp av depression med särskild hög risk för suicidalitet? Klinisk erfarenhet visar ökad risk hos agiterade patienter, särskilt om depressiva vanföreställningar finns med i symtombilden. En patient med starkt psykomotorisk hämning kan vara oförmögen att företa sig saker, men det är viktigt att komma ihåg att bilden kan ändras snabbt. I ett längre tidsperspektiv (ett år) har det visat sig att depressioner med inslag av ångest och/eller sömnstörning har en större risk jämfört med depressioner utan dessa symtom.

När det gäller bipolär sjukdom förekommer suicid främst under depressiva episoder, men risken vid [blandad episod](#) betonas också. Forskning har visat en högre risk vid Bipolär II

*Medicinsk programarbete Sahlgrenska Universitetssjukhuset.*

(depressioner och hypomanier) jämfört med Bipolär I (depressioner och manier). Samtidig förekomst av missbruk ökar suicidrisken hos både unipolära och bipolära depressionspatienter.

#### NÄR SKALL SUICIDRISK BEDÖMAS?

En bedömning av suicidalitet bör ingå vid varje nybesök/akutbesök. Under behandlingstiden görs sedan nya bedömningar vid behov. Situationer som talar för förnyad riskbedömning inkluderar:

- ändringar i symtombilden (obs även oförklarlig förbättring)
- i samband med nyinsatt behandling
- ändringar i patientens livssituation
- inläggning/permission/utskrivning från slutenvård
- efter självmordsförsök

#### HUR VÄRDERAR MAN SJÄLVMORDSRISK HOS EN DEPRIMERAD PATIENT?

Basal kunskap skall finnas hos all psykiatrisk vårdpersonal. De grundläggande redskapen är ett förtroligt samtal, penetration av eventuellt självdestruktiv tankeinnehåll samt kännedom om några statistiska riskfaktorer (se [Bilaga suicidstege](#) och [Sad Persons Scale](#)).

I samband med suicidförsök görs alltid en suicidriskbedömning. Dessa fall bör bedömas akut av psykiatrisk specialist och inläggning bör alltid övervägas för observation, utredning och individuell behandlingsplanering. Om inläggning inte är aktuellt skall patienten förses med snar tid för återbesök, och med information kring hur man söker hjälp om situationen skulle försämrans innan återbesöket. Kontakten med anhöriga är viktigt och bör initieras i ett tidigt skede. Uteblir en suicidnära patient från återbesök bör kontakt tas med anhöriga och hembesök bör övervägas.

#### TVÅNGSVÅRD VID SUICIDALITET?

Ibland tackar den suicidala patienten nej till erbjuden vård. Då kan det uppkomma svåra etiska ställningstaganden. Har man konstaterat hög suicidrisk kan Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT) vara indicerat. Men observerar att LPT gäller endast om 1) det föreligger en alvarlig psykisk störning 2) tillståndet kräver dygnetruntvård och 3) patienten motsätter sig vård/kan inte göra ett grundat ställningstagande. Suicidalitet i sig räcker inte som skäl för tvångsintagning.

Hur går man då till väga, om en suicidal individ vägrar vård och förutsättningar för LPT inte är uppfyllda? För individen kan det vara ett trauma i sig att få höra att man borde läggas in på en psykiatrisk klinik. Den som erbjuder vård måste ta tid på sig, lyssna och resonera med respekt. Ofta kan den som befinner sig i svår kris förstå att en inläggning kan ge ett andningshål, en möjlighet att samla kraft och hitta andra lösningar. Ibland kan man gemensamt komma fram till ett alternativ till inläggning som är acceptabelt ur patientens perspektiv, och som inte äventyrar patientsäkerheten.

## DEPRESSION HOS UNGDOMAR (13-17 ÅR)

Diagnoser inom depressionsområdet kan ställas med samma kriterier som för vuxna. Däremot kan det skilja sig något om vad som är vanligaste symptom och det sätt varpå de depressiva symptomen presenterar sig. Blandad irriterbarhet och depressiv sinnesstämning med anhedoni med inslag av agitation och skolproblem gör att föräldrar ibland söker för beteendeproblem snarare än för depression. Vanligen söker inte ungdomar själva hjälp för sina symptom. Första episodens debutålder är 14.5 år (prevalens flickor 4-8 % och pojkar 2-3%) med en varaktighet om 9 månader (90% är i remission inom 1 ½ år) och med hög risk för återfall inom 3 år (50%). Inom 5 år har 2/3 av patienterna fått en ny episod, varför flertalet depressioner i sena tonår är återinsjuknanden.

Initialt när diagnosen depression ställts kan några samtal (utan depressionsspecifika tekniker) leda till att patienten går i remission. Om därefter fortsatt depression föreligger bör vid lindrig till måttlig depression först psykoterapi (KBT eller IPT) användas. Vid måttlig-svår depression bör läkemedel komma ifråga tillsammans med psykoterapi. Familjestöd och översyn över skolsituationen är nödvändig vid all depressionsbehandling men är inte formellt utvärderad vad gäller effekt på depressiviteten.

Kognitiv beteendeterapi vid depression är en målorienterad, symtomfokuserad, tidsbegränsad terapi där terapeutens uppgift är att hjälpa patienten och familjen att konkretisera målet med terapin och därefter aktivt hjälpa patienten att nå den överenskomna målsättningen. En central aspekt av KBT hos unga är att patienten i aktiv träning behöver få erfarenhet i socialt samspel för att positiva erfarenheter åter kan uppnås. Svårigheter i socialt samspel anses vara en så central aspekt att även färdighetsträning behöver ingå. Evidensen för KBT får ses som stark då mer än 20 RCT (randomiserade kontrollerade studier), varav 1 effektivitetsstudie har visat god effekt.

Interpersonell Terapi är också en målorienterad, symtomfokuserad, tidsbegränsad terapi som utgår från att interpersonella misslyckanden är en viktig faktor vid depressionsutveckling. Genom att systematiskt arbeta med olika typer av interpersonella teman (auktoriteter, jämbördiga relationer, förluster m.m.) skapas insikt kring patientens fungerande för att han/hon därefter genom aktiv träning kan realisera sina mål. Detta behöver inkludera social färdighetsträning. KBT och IPT har väsentliga likheter så som de f.n. praktiseras. Evidensen för IPT bör nu försiktigt bedömas som god (3 kontrollerade studier) inte minst som en av dessa utgjorts av en effektivitetsstudie.

Tricykliska antidepressiva har trots effekt vid depression hos vuxna ej bättre effekt än placebo hos unga. Sedan SSRI blev tillgängliga har flera RCT publicerats som visat måttlig effekt av SSRI (Fluoxetin, Sertralin, Paroxetine och Citalopram).

Under 2003 framkom en misstanke om att paroxetin ökade suicidaliteten jämfört med placebo. I avsikt att studera detta begärde Amerikanska FDA fram "råmaterialet" från alla RCT som gjorts på alla SSRI, både publicerade och opublicerade. När dessa sammanställdes framkom inte en säkerställd ökad risk för suicid samt att enbart fluoxetin hade effekt (efficacy) vid depression hos barn och unga.

Vid fluoxetine behandling påbörjas behandlingen vanligen med 10 mg som sedan ökas var 3-7 dag beroende på patientens tålighet för biverkningar, stöd i familjen etc. Effekten sätter in efter ca 2-3 veckor på fulldos (vanligen 20-50 mg) per dag och kan, pga fluoxetinets långa

halveringstid, tas som endos. Behandlingstiden skall normalt överstiga den "längd" en egentlig depression brukar vara (ca 9 månader) och utsättning bör ej göras under höst- och vinterhalvåret men kan reduceras till en underhållsdos (ofta ca 20-30 mg). Behandlingen bör kombineras med KBT dels för att detta reducerar suicidaliteten under de första behandlingsveckorna och dels för att den enda "effektivitets" studie som gjorts indikerar en förstärkt effekt av fluoxetine behandling vid samtidig KBT. Liksom hos vuxna behövs initialt en tät kontakt bland annat på grund av risk för suicid i början av behandlingskontakten. Försiktiga första belägg för effekt av underhållsdos när det gäller att minska risk för återfall har rapporterats nyligen. I nuläget med 3 RCT som gemensamt visat acceptabel effekt för fluoxetine får evidensnivån anses vara god.

Vid svår och/eller terapieresistent depression eller manisk episod kan ECT komma ifråga. ECT har inte prövats i RCT men det finns många fallbeskrivningar och öppna studier. Dessa har granskats i en metaanalys som indikerar att ECT är en både effektiv och säker behandlingsmetod. Amerikanska barnpsykiatriska föreningen har nyligen angivit riktlinjer för ECT användning. Otillräcklig evidens (bara öppna studier) anger att restriktioner för dess användning fortfarande bör gälla men att metoden vid svår eller terapieresistent depression bör komma ifråga.

## DIAGNOSTIK OCH BEHANDLING AV DEPRESSION VID ÅLDRADE OCH DEMENS

Depressiva tillstånd är vanliga i hög ålder, men visar flera skillnader mot vad som ses innan åldrandet. Såväl bakgrund, symptombild som behandlingsstrategier skiljer många gånger från det man ser i vuxenlivet.

### FREKVENS AV DEPRESSION I HÖG ÅLDER

Populationsstudier visar en förekomst av depressiva symptom i ca 15% i åldersgruppen 65 år och äldre. Frekvensen ökar med stigande ålder. Vid somatisk/neurologisk sjukdom är frekvensen depressiva symptom ca 30%. Vid demenssjukdom är frekvensen depressiva symptom ca 50%.

### ORSAK TILL DEPRESSION I HÖG ÅLDER

Neurodegenerativa skador, framför allt i form av vitsubstansförändringar, är associerade med depressiva tillstånd. Det finns också ett uppenbart orsakssamband mellan somatisk sjukdom och depressiva symptom i hög ålder. Svåra psykiska trauman kan leda till depression i hög ålder.

Depressionssjukdom i vuxenlivet kan fortsätta i hög ålder, men ändrar ofta karaktär och får ett kroniskt förlopp.

### KLINISK BILD AV DEPRESSION I HÖG ÅLDER

Depression i hög ålder visar en stor spännvidd mellan lätta tillstånd och djupa psykotiska tillstånd. Tillstånd med få symptom, som icke uppfyller kriterier på egentlig depression dominerar, framförallt i hög ålder och vid samtidiga somatisk sjukdom. En del, men inte alla, av dessa uppfyller DSM-kriterier för ”minor depression”. Tillstånd som uppfyller kriterier för egentlig depression är i minoritet.

Depression i hög ålder visar en kronicitet och vanligen ser man inte isolerade depressiva skov med full remission emellan. Det sänkta stämningsläget maskeras i hälften av depressiva tillstånd i hög ålder och detta är en viktig orsak till underdiagnostik. Ångest och oro dominerar ofta bilden, sjukdomen får en karaktär av ångest/depressionssyndrom. Det finns en stor tendens till somatisering av depressionssymptom i hög ålder med såväl sjukdomskänsla som smärtproblematik.

Exekutiva störningar ses vid ca 30% av alla äldre med depression. Ofta, men inte alltid, är det kopplat till vitsubstansförändringar. De exekutiva störningarna, med oförmåga till planering, minskad stresskänslighet och insufficiensreaktioner vid belastning, förväxlas ofta med ökade depressiva symptom. I motsats till rent depressiva symptom påverkas de endast lite av behandling.

### KONSEKVENSER AV DEPRESSION I HÖG ÅLDER

Depressiva tillstånd leder till ett påtagligt lidande. Också tillstånd som inte uppfyller kriterier för egentlig depression innebär ett stort lidande. Ett depressivt tillstånd leder till en minskad självständighet och ökat behov av hjälp. Depressiva tillstånd, också ”minor depression” och ”subthreshold depression”, har en fördubblad mortalitet i somatisk sjukdom. Denna ökade mortalitet av till synes lätta depressiva tillstånd är en viktig orsak till att man bör aktivt leta efter depression, framförallt vid somatisk sjukdom.

## BEHANDLING AV DEPRESSION I HÖG ÅLDER

Depression hos äldre är mindre väl studerad än depressioner i yngre år. Det gäller framförallt ”minor depression” och djupa depressiva tillstånd. Det medför brister i den evidensbaserade kunskapen. Hos äldre kommer biverkningsproblematiken att ha mycket stor betydelse för preparatval. Tricycliska antidepressiva har antikolinerga effekter som gör dem olämpliga till äldre, med tanke på risk för kognitiv påverkan. Paroxetin, fluoxetin och fluvoxamine skapar interaktionsproblem och bör undvikas. SSRI är förstahandsalternativ och kan förväntas vara tillräckligt i flertalet fall. Effekten kommer långsammare i högt ålder och full effekt kommer först efter 3 månaders behandling. Dos bör vara 20 – 30 mg av citalopram, 50 75 mg av sertraline. Escitalopram tolereras väl av äldre och kan ges i dos 10 – 20 mg, men är inte ett förstahandsval.

Vid terapivikt bör en mer intensiv behandling ges. Läkemedel som mirtazapin eller venlafaxin ger erfarenhetsmässigt mer kraftfull effekt än SSRI. Duloxetine är inte prövat på äldre. Begränsad erfarenhet finns av reboxetine. Det finns inga klara regler när en initial behandling bör anses otillräcklig, i öppen vård bör man avvakta 4 – 6 veckor innan behandlingstrategin överges för en mer kraftfull terapi. Vid djupa depressiva tillstånd kan kombinationsbehandling med ex. mirtazapin och SSRI vara effektivt. Djupa psykotiska depressiva tillstånd svarar snabbast på elektrokonvulsiv behandling (ECT). Behandlingen måste kompletteras med kraftfull antidepressiv läkemedelsbehandling för att undvika recidiv. Brist på B12/folsyra försvårar behandling och eventuella brister skall behandlas.

Depression hos äldre svarar på psykoterapi. Detta bör övervägas vid svårigheter att genomföra läkemedelsbehandling eller vid behandlingssvikt.

Äldre har en väsentligt högre recidivrisk än yngre. En förklaring till detta är sambandet mellan depression och neurodegenerativa förändringar. Vid misstanke om samtidig hjärnskada, eller vid långdragna symptom, bör långtidsbehandling övervägas primärt. Återfall får i hög ålder ofta svåra konsekvenser, och en individuell bedömning måste göras om ett utsättningsförsök skall göras.



## KVALITETSINDIKATORER VID BEHANDLING AV DEPRESSIONSSJUKDOM OCH BIPOLÄR DEPRESSION

Under arbetets gång har önskemål framkommit att man ska begränsa antalet kvalitetskriterier. Det är bättre att låta dessa skifta över tid och genom detta fortlöpande fokusera på aktuella utvecklingsområden.

1. Väntetid till nybesök för patienter med depression (antal dagar).
2. Andelen patienter med depression som funktionskattas med GAF vid nybesöket.
3. Andel patienter med depression som undersökts med självskattningsinstrument.
4. Antal dagar fram till registrerad diagnos räknat från nybesöket.
5. Andelen patienter med dokumenterad vårdplan uppgjord tillsammans med patienten.

## NIVÅSTRUKTURERING OCH PRIORITERING

Primärvården bör vara den basala sjukvården för personer som söker psykiatrisk hjälp i öppen vård.

Primärvården ansvarar för:

- Akut tillgänglighet
- Första kontakten vid psykiska störningar
- Bedömning av tvångsvårdsbehov
- Diagnostik och behandling vid depression där komplexitetsgrad eller funktionsnivå inte kräver vård på specialistnivå.

Specialistvården ansvarar för:

- Akuta specialistbedömningar.
- Bedömning och godkännande av tvångsvård samt vård och behandling av denna grupp inom såväl slutenvård som öppen vård
- Behandling av akuta suicidala tillstånd
- Behandling vid bipolär sjukdom, psykotisk depression samt svårbehandlade och/eller återkommande depressioner
- Behandling av personer dömda till psykiatrisk vård
- Psykiatrisk konsultation t.ex. vid oklara fall eller för bedömning av terapirefraktära depressioner

Prioritering sker i en stegvis process. De psykiatriska syndromens svårighetsgrad och behandlingsbarhet avgör behandlingserbjudanden.

Höjd prioritering föreligger när personens aktuella funktionsnivå p.g.a. psykisk ohälsa är gravt nedsatt (GAF <40).

Behandlingsbarhet innefattar en bedömning om i vilken grad specialistvården kan tillföra ett mervärde för patienten d.v.s. tillföra något som gör en skillnad för tillståndet / situationen.

## **ICD-10 kriterier för Depressiv episod**

- B1. Distinkt sänkt grundstämning
- B2. Bristande intresse eller glädje för annars lustfyllda aktiviteter
- B3. Minskad energi, ökad uttröttbarhet.
- C1. Bristande självtillit eller självförtroende
- C2. Omotiverade självförebåelser eller skuldkänslor
- C3. Tankar på död eller självmord
- C4. Försämring i tänkande/koncentration. Obeslutsamhet. Tveksamhet.
- C5. Psykomotorisk agitation eller hämning
- C6. Sömnstörning
- C7. Minskad eller ökad aptit

### **Lindrig episod:**

Minst två av B1-B3 och minst 4 totalt av samtliga symtom

### **Medelsvår episod:**

Minst två av B1-B3 och minst 6 totalt av samtliga symtom

### **Svår episod:**

Alla tre av B1-B3 och minst 8 totalt av samtliga symtom

Episoden skall ha varit minst 2 veckor och inte förklaras av psykoaktiva substanser eller något psykoorganiskt syndrom

För kriterier på övriga depressionssjukdomar gå till ICD 10

## DSM-IV KRITERIER FÖR EGENTLIG DEPRESSIONSEPIDOD

Ett "egentligt depressionssyndrom" definieras av kriterium A nedan.

- A. Åtminstone **fem** av följande symtom har förelegat under **en och samma tvåveckorsperiod** och inneburit en förändring av individens tillstånd; minst ett av dessa symtom är antingen **(1)** nedstämdhet eller **(2)** brist på intresse eller glädje.
- (1) **nedstämdhet**, under större delen av dagen, så gott som dagligen, vilket bekräftas antingen av personen själv (t ex känner sig ledsen eller tom) eller av andra (t ex ser ut att vilja gråta). **Obs:** Hos barn och ungdomar kan irritabilitet förekomma.
  - (2) påtagligt **minskat intresse** för eller **minskad glädje** av alla, eller så gott som alla, aktiviteter...
  - (3) avsevärd **viktnedgång** (utan avsiktlig bantning) eller **viktuppgång** (t ex mer än 5% av kroppsvikten under loppet av en månad), eller **minskad alternativt ökad aptit nästan dagligen**
  - (4) **sömlöshet** eller **hypersomni**. (för lite eller för mycket sömn nästan varje natt)
  - (5) **psykomotorisk agitation** eller **hämning** så gott som dagligen (observerbar för omgivningen och inte enbart en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller tröghet)
  - (6) **svaghetskänsla** eller **brist på energi** så gott som dagligen
  - (7) **känslor av värdelöshet** eller överdrivna eller obefogade **skuldkänslor** (vilka kan ha vanföreställningskaraktär) nästan dagligen (inte bara självförebåelser eller skuldkänslor över att vara sjuk)
  - (8) **minskad tanke-** eller **koncentrationsförmåga**, eller **obeslutsamhet** så gott som dagligen (vilket bekräftas antingen av personen själv eller av andra)
  - (9) **återkommande tankar på döden** (inte enbart rädsla för att dö), **återkommande självmordstankar** utan någon särskild plan, **gjort självmordsförsök** eller **har planerat för självmord...**
- B. Symtomen uppfyller inte kriterierna för blandepisod mani/depression
- C. Symtomen åstadkommer ett påtagligt lidande eller en påtaglig nedsättning av den sociala eller yrkesmässiga funktionsförmågan eller annan viktig aspekt av densamma.
- D. Symtomen beror ej på några direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller av somatisk sjukdom/skada (t ex hypothyreos).

Tillståndet inträffar *inte* inom 2 månader efter förlust av en närstående person (såvida det inte samtidigt föreligger en uttalad funktionsnedsättning, sjuklig upptagenhet med egen värdelöshet, självmordstankar, psykotiska symtom eller psykomotorisk hämning).

### **F43.8A Utmattningssyndrom**

Utmattningssyndrom har inte kunnat kodas tidigare men kan nu kodas under F43.8 ”Andra specificerade reaktioner på svår stress”, där tillståndet läggs in som exempel. I normalfallet skall denna kod vara ett tillägg (bidiagnos) till en annan huvuddiagnoskod, oftast en kod för depression. I sådana fall där andra psykiatriska diagnoskoder inte är aktuella kan koden F43.8 stå ensam.

Utmattningssyndrom blir i dessa fall huvuddiagnos. Utmattningssyndrom får även en fördjupningskod F43.8A. Med koden F43.8A skapas en möjlighet att skilja ut utmattningssyndrom i landstingens vårdregister.

### **Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom**

Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas.

A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.

B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.

C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:

1. Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning
2. Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
3. Känslomässig labilitet eller irritabilitet
4. Sömnstörning
5. Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
6. Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmsbesvär, yrsel eller ljudkänslighet.

D. Symtomen orsakar ett kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyroidism, diabetes, infektionssjukdom).

F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.

Från Socialstyrelsens rekommendationer [\\www.sos.se\publikationer](http://www.sos.se/publikationer)

**Bilaga 4.**

**MADRS-S**  
(MADRS självskattning)

Namn..... Datum.....

Avsikten med detta formulär är att ge en detaljerad bild av ditt nuvarande sinnestillstånd. Vi vill alltså att du skall försöka gradera hur du mått **under de senaste tre dygnen**.

Formuläret innehåller en rad olika påståenden om hur man kan må i olika avseenden. Påståendena uttrycker olika grader av obehag, från frånvaro av obehag till maximalt uttalat obehag.

Ringa med blyertspenna in den siffra som du tycker bäst stämmer med hur du mått de **senaste tre dagarna**.

Tänk inte alltför länge, utan försök arbeta snabbt.

**1. Sinnesstämning**

Här ber vi dej beskriva din sinnesstämning, om du känner dig ledsen, tungsint eller dyster till mods. Tänk efter hur du har känt dej de senaste tre dagarna, om du har skiftat i humöret, eller om det varit i stort sett detsamma hela tiden och försök särskilt komma ihåg, om du har känt dig lättare till sinnes då/om det har hänt något positivt.

Jag kan känna mig glad eller ledsen, alltefter omständigheterna.	0
Jag känner mig nedstämd för det mesta, men ibland kan det kännas lättare	1
Jag känner mig genomgående nedstämd och dyster. Jag kan inte glädja mig åt sådant som vanligen skulle göra mig glad	2
Jag känner mig genomgående nedstämd och dyster. Jag kan inte glädja mig åt sådant som vanligen skulle göra mig glad	3
Jag känner mig genomgående nedstämd och dyster. Jag kan inte glädja mig åt sådant som vanligen skulle göra mig glad	4
Jag känner mig genomgående nedstämd och dyster. Jag kan inte glädja mig åt sådant som vanligen skulle göra mig glad	5
Jag är så totalt nedstämd och olycklig att jag inte kan tänka mig värre	6

## 2. Oroskänslor

Här ber vi dej markera i vilken utsträckning du haft känslor av inre spänning, olust och ångest eller odefinierad rädsla under de senaste tre dagarna.

Tänk särskilt på hur intensiva känslorna varit, och om de kommit och gått eller funnits nästan hela tiden.

Jag känner mig mestadels lugn

0

1

Ibland har jag obehagliga känslor av inre oro

2

3

Jag har ofta en känsla av inre oro, som ibland kan bli mycket stark, och som jag måste anstränga mig för att bemästra

4

5

Jag har fruktansvärda, långvariga, eller outhärdliga ångestkänslor

6

## 3. Sömn

Här ber vi dej beskriva hur bra du sover. Tänk efter hur länge du sovit och hur god sömnen varit under de senaste tre nätterna. Bedömningen skall avse hur du faktiskt sovit, *oavsett om du tagit sömnmedel eller ej*. Om du sover *mer* än vanligt, sätt din markering vid 0.

Jag sover lugnt och bra, och tillräckligt länge för mina behov. Jag har inga särskilda svårigheter med att somna

0

1

Jag har vissa sömnsvarigheter. Ibland har jag svårt att somna, eller sover ytligare eller oroligare än vanligt

2

3

Jag sover minst två timmar mindre per natt än normalt. Jag vaknar ofta under natten, även om jag inte blir störd.

4

5

Jag sover mycket dåligt, inte mer än 2-3 timmar per natt

6

*Medicinsk programarbete Sahlgrenska Universitetssjukhuset.*

#### 4. Matlust

Här ber vi dej ta ställning till hur din aptit är, och tänka efter om den på något sätt skilt sig från vad som är normalt för dig. Om du skulle ha bättre aptit än normalt, markera då det på 0.

Min aptit är som den brukar vara	0
	1
Min aptit är sämre än normalt	2
	3
Min aptit har nästan helt försvunnit. Maten smakar inte och jag måste tvinga mig att äta	4
	5
Jag vill inte ha någon mat. Om jag ska få någonting i mig, måste jag övertalas att äta	6

#### 5. Koncentrationsförmåga

Här ber vi dej ta ställning till din förmåga att hålla tankarna samlade, och koncentrera dig på olika aktiviteter. Tänk igenom hur du fungerar vid olika sysslor som kräver olika grad av koncentrationsförmåga t ex läsning av komplicerad text, lätt tidningstext och TV-tittande.

Jag har inga koncentrationssvårigheter	0
	1
Jag har tillfälligt svårt att hålla tankarna samlade på sådant som normalt skulle fånga min uppmärksamhet (t ex läsning eller TV-tittande)	2
	3
Jag har påtagligt svårt att koncentrera mig på sådant som normalt inte kräver någon ansträngning från min sida (t ex läsning eller samtal med andra människor)	4
	5
Jag kan överhuvud taget inte koncentrera mig på någonting	6



## 6. Initiativförmåga

Här ber vi dej försöka värdera din handlingskraft. Frågan gäller om du har lätt eller svårt för att komma igång med sådant du tycker du bör göra, och i vilken utsträckning du måste övervinna ett inre motstånd, när du skall ta itu med något.

Jag har inga svårigheter med att ta itu med nya uppgifter

0

När jag ska ta itu med något, tar det emot på ett sätt som inte är normalt för mig

1

Det krävs en stor ansträngning för mig att ens komma igång med enkla uppgifter som jag vanligtvis utför mer eller mindre rutinmässigt

2

3

Jag kan inte förmå mig att ta itu med de enklaste vardagssysslor

4

5

6

## 7. Känsломässigt engagemang

Här ber vi dej ta ställning till hur du upplever ditt intresse för omvärlden och för andra människor, och för sådana aktiviteter som brukar bereda dig nöje och glädje.

Jag är intresserad av omvärlden och engagerar mig i den, och det bereder mig både nöje och glädje

0

1

Jag känner mindre starkt för sådant som brukar engagera mig. Jag har svårare än vanligt att bli glad eller svårare att bli arg när det är befogat

2

3

Jag kan inte känna något intresse för omvärlden, inte ens för vänner och bekanta

4

5

Jag har slutat uppleva några känslor. Jag känner mig smärtsamt likgiltig även för mina närmaste

6

### 8. Pessimism

Frågan gäller hur du ser på din egen framtid och hur du uppfattar ditt eget värde. Tänk efter i vilken utsträckning du gör dig självförbråelser, om du plågas av skuldkänslor, och om du oroar dig oftare än vanligt för t ex din ekonomi eller din hälsa.

Jag ser på framtiden med tillförsikt. Jag är på det hela taget ganska nöjd med mig själv

0

1

Ibland klandrar jag mig själv och tycker jag är mindre värd än andra

2

3

Jag grubblar ofta över mina misslyckanden och känner mig mindervärdig eller dålig, även om andra tycker annorlunda

4

5

Jag ser allting i svart och kan inte se någon ljusning. Det känns som om jag var en alltigenom dålig människa, och som om jag aldrig skulle kunna få någon förlåtelse för det hemska jag gjort

6

### 9. Livslust

Frågan gäller din livslust, och om du känt livsleda. Har du tankar på självmord, och i så fall, i vilken utsträckning upplever du detta som en verklig utväg?

Jag har normal aptit på livet

0

1

Livet känns inte särskilt meningsfullt, men jag önskar ändå inte att jag vore död

2

3

Jag tycker ofta det vore bättre att vara död, och trots att jag egentligen inte önskar det, kan självmord ibland kännas som en möjlig utväg

4

5

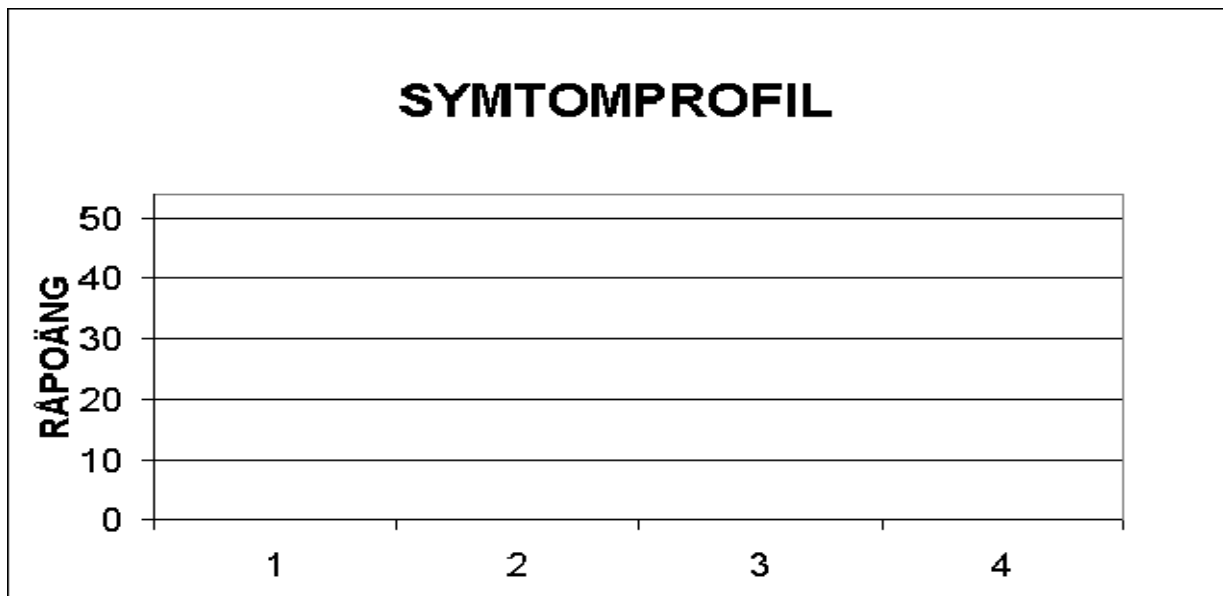
Jag är egentligen övertygad om att min enda utväg är att dö, och jag tänker mycket på hur jag bäst skall gå till väga för att ta mitt eget liv

6

**MADRS-S**  
(MADRS självskattning, sammanställningsblankett)

Namn	Pnr	Datum

		T1	T2	T3	T4
Fr 1	Sinnesstämning				
Fr 2	Oroskänsla				
Fr 3	Sömn				
Fr 4	Matlust				
Fr 5	Koncentrationsförmåga				
Fr 6	Initiativförmåga				
Fr 7	Känslomässigt engagemang				
Fr 8	Pessimism				
Fr 9	Livslust				
	Summa				



**Riktlinjer vid utvärdering:**

- 0-12 innebär sannolikt ingen depression
- 13-19 mild depression
- 20-34 måttlig depression
- >34 svår depression

Svanborg P & Åsberg M. A  
Journal of Affective Disorders 2001; 64: 203-216  
Mätningen kan med fördel upprepas. T1 = tillfälle 1 osv.

## Självmondsstegen

En metod att uppskatta *medveten* självmondsbenägenhet

Nivå	Frågor	Bakomliggande fenomen
1.	Hur mår du? Är du deprimerad? Känns det hopplöst?	Nedstämdhet
2.	Känns livet meningslöst? Har du tänkt att det vore skönt att slippa leva?	Dödstankar
1.	Har du önskat att du vore död?	Dödsönskan
2.	Har du haft tankar på att göra dig själv illa? Att ta livet av dig?	Självmondsstankar
3.	Har du velat eller känt dig nära att göra dig något?	Självmondsönskan eller impulser
4.	När har du tänkt att göra det? Var och hur?	Självmondsavsikter eller planer
5.	Har du försökt någon gång att begå självmond? När, var och hur?	Självmondshandling

Detaljerade följdfrågor kan ställas på varje nivå. Man strävar efter att ange patientens aktuella nivå (uttryckt i bakomliggande fenomen). Frågan avbryts, där undersökaren känner att sanningen ligger och där vidare frågande känns omotiverat och närgånget.

För att rätt tolka svaren skall aktuell relation och kontakt med patienten bedömas. Aktiv metod, tillgängligt medel (t ex sparade farliga tabletter), detaljerade planer i nära framtid och påbörjat verkställande tyder på hög självmondsrisk.

En riskbedömning kompletteras med värdering av:

- Suicidal kommunikation**; Utöver värdering av *medveten* självmondsbenägenhet bör man ta ställning till eventuell omedveten självmondskommunikation. Flertalet människor som begår självmond visar på olika sätt sina avsikter i förväg. Anhörigupplysningar är här väsentliga.
  - **Risikfaktorer** för självmond, använd gärna skalan SAD PERSONS (se bilaga 6).
  - **Akuta problem**, resurser och relationer.

**Sad Persons Scale\***

**Patient**.....

**Datum**.....

**Poäng**.....

			0 poäng	1 poäng
<b>S</b>	Sex	<i>Kön</i>	K	M
<b>A</b>	Age	<i>Ålder</i>	19–45 år	<19 år eller >45 år
<b>D</b>	Depression	<i>Depression</i>	Nej	Ja
<b>P</b>	Previous attempt	<i>Tidigare försök</i>	Nej	Ja
<b>E</b>	Ethanol abuse	<i>Alkoholmissbruk</i>	Nej	Ja
<b>R</b>	Rational thinking loss	<i>Tankestörning</i>	Nej	Ja
<b>S</b>	Social support lacking	<i>Socialt stödnät saknas</i>	Nej	Ja
<b>O</b>	Organized plan	<i>Aktiva suicidplaner</i>	Nej	Ja
<b>N</b>	No spouse	<i>Ogift, bor ensam</i>	Nej	Ja
<b>S</b>	Sickness	<i>Fysisk sjukdom</i>	Nej	Ja

\* Patterson WM et al. Evaluation of suicidal patients: The sad persons scale. Psychosomatics 1983, 24(4): 343-349.

**BILAGA 7.**

**BARNFORMULÄR – UNDERLAG FÖR INTERVJU**

**Familjesituation**

Gift  Sambo  Ensamstående  
 Har barn  Väntar barn

Barnens namn och ålder:  
Ange vårdnad: G=gemensam, E=enskild,  
I=ingen

Hur ser din familjesituation ut? Med vem bor  
barnet/barnen?

Namn och tel.nr. till andra  
föräldern/vårdnadshavaren:

Namn och tel.nr. till barn som inte bor hos  
dig:

**Barnets/barnens situation**

Är du orolig för ditt/dina barn? Vad oroar  
dig?

Finns det andra som är oroliga? Vad oroar  
dem?

Har någon av barnen problem (eller har  
tidigare haft)?

Vilka problem?

Vilket stöd tror du att barnet/barnen kan  
behöva?

Vilka personer kan vara till stöd för  
barnet/barnen?

**Kontakt med andra vårdgivare**

Med vilka har eller önskar du kontakt  
angående ditt/dina barn?

Har kontakt  
Önskar kontakt

MVC/BVC

Förskolan

Skolan

Vårdcentralen

BUP

Socialtjänst

Gyllingen

Annan

Planering av kontakter: Med vem? När?  
Önskar du hjälp med att kontakta vård-  
givare eller myndighet?

.....  
Önskat stöd från vuxenpsykiatri

Samtal om din situation som förälder

Råd om hur du kan samtala med ditt barn om din diagnos och behandling

Information från psykiatri direkt till barnet/barnen

Samtal tillsammans med närstående

Möjlighet att träffa barnet/barnen (gäller slutenvården)

Annat stöd till dig som förälder

Annat stöd till barnet/barnen

.....

**BILAGA 8.**

**Litteratur**

**Professionella**

Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt. Volym 1-3  
Stockholm: Statens beredning av medicinsk utvärdering (SBU) 2004

Ottosson, Jan Otto. Psykiatri. Stockholm : Liber, 2004

Wasserman, Danuta. Depression. En vanlig sjukdom. 3.utg Stockholm: Natur och kultur, 2003

**Anhöriga**

Gustavsson, Christina. När någon i din närhet har en depression. Västerås : Ica, 2004

**För patienter**

Redfield Jamison, Kaj. En orolig själ. Natur och Kultur, 2002

Agerberg, Miki. Ut ur mörkret. En bok om depressioner. Stockholm: Nordstedt, 2001



## BILAGA 9.

### CHECKLISTA FÖR NYBESÖK MED DEPRESSIONSSJUKDOM.

Checklistan ger möjlighet att stämma av i vilken omfattning allmänpsykiatrien arbetar efter vårdprogrammets intentioner. Checklista bör finnas med i journalen.

#### TILLGÄNGLIGHET ( FÖRSTA BESÖKET)

Har patienten med depression fått besök till specialist inom tre månader?	Ja	Nej
Har patienten efter suicidförsök fått besök i öppen vård senast inom 7 dagar	Ja	Nej

#### UTREDNING/DIAGNOSTIK (INOM EN MÅNAD)

Har patienten undersökts med skattningsinstrument (MADRS)?	Ja	Nej
Har patienten blivit bedömd med GAF?	Ja	Nej
Har somatisk undersökning genomförts?	Ja	Nej
Har laboratorieprover tagits/inhämtats från annat håll?	Ja	Nej
Har patienten fått diagnos inom 30 dagar från nybesöket?	Ja	Nej
Har patienten en skriftligt formulerad behandlingsplan?	Ja	Nej

#### UPPFÖLJNING/BEHANDLING (INOM 3 MÅNADER)

Har återbesök kunnat erbjudas inom en månad efter insatt behandling?	Ja	Nej
Har behandlingen utvärderats genom skattningsinstrument?	Ja	Nej
Om patientens depression inte gått i remission efter farmakologisk behandling har förändringar i denna omprövats?	Ja	Nej
Om patientens depression inte gått i remission, efter farmakologisk behandling, har byte/komplettering med psykologisk behandling erbjudits?	Ja	Nej
Om patientens depression inte gått i remission, efter psykologisk behandling, har byte/komplettering med farmakologisk behandling erbjudits?	Ja	Nej

#### UPPFÖLJNING/BEHANDLING (INOM 6 MÅNADER)

Vid recidivierande depression, har långtidsbehandling erbjudits?	Ja	Nej
Vid bipolär sjukdom, har profylaktisk behandling erbjudits?	Ja	Nej
Har optimal behandling kunnat erbjudas?	Ja	Nej
Har behandlingsgarantin blivit uppfylld? *		

\*Har **alla** behandlingar som beslutats inom specialistpsykiatrien påbörjats inom 90 dagar.