

Vårdprogram

för vuxna med depression

De tre viktigaste budskapen till primärvården

Missa inte diagnosen! Telefonrådgivande sjuksköterska bör använda screeningfrågor. Läkaren bör använda skattningsformulär. Det är viktigt att tillräcklig tid avsätts för första läkarbesöket.

Behandla effektivt! Tänk inte bara på läkemedelsbehandling utan även på egenvård och samtalskontakt/uppföljning via kurator, psykolog eller psykiatri-sjuksköterska. Teamarbete är viktigt. Beakta också anhörigas situation.

Följ upp! Vid insättning av läkemedelsbehandling bör uppföljning ske efter en vecka via telefon och återbesök inom tre veckor.

De tre viktigaste budskapen till psykiatrin

Skapa hög tillgänglighet! Både åt remitterter för stöd och rådgivning och åt prioriterade patienter för kvalificerad medicinsk och psykoterapeutisk bedömning.

Missa inte missbruket! Det och annan samsjuklighet måste beaktas vid en individualiserad behandling.

Lägg vikt vid vårdplanen! Formulera problem, mål, åtgärd och tidpunkt för utvärdering av insatserna senast efter tredje besöket. Se till att vårdplanen i öppen och slutna vård stämmer överens.

Arbetsgrupp:

Lindström Kjell; Distriktsläkare, Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
(ordförande)

Elofsson Bodil; Psykiatrisjuksköterska på vårdcentral, Jönköping

Ferm Margit; Representant för patient och anhörigföreningen SPES, Jönköping

Fritzell Karin; Psykolog, Värnamo

Hammarén Monika; Psykiatriker, Jönköping

Isaksson Sonny; Skötare, Eksjö

Mauritz Maria; Distriktsläkare, Jönköping

Petersson Annika; Vårdutvecklare psykiatri, Jönköping

Rapakko Jouko; Vårdenhetschef psykiatri, Eksjö

Rydin David; Bitr. verksamhetschef/leg psykoterapeut, Värnamo

Thelander Angelika; Vårdcentralskurator, Jönköping

Ansvarig för uppdatering och revidering:
Kjell Lindström, kjell.lindstrom@lj.se

Fastställd i: Medicinsk programgrupp Primärvård, 2004
Medicinsk programgrupp Psykiatri, 2004
Reviderad augusti 2007

Sammanfattning

Depression har blivit vanligare på senare år och debuten sker i allt lägre åldrar. Vid en viss tidpunkt uppfyller mellan 4-10% av den vuxna befolkningen kriterier för egentlig depression.

Inom vården diagnostiseras bara omkring hälften av alla patienter som har depression, framförallt missas de lindriga depressionerna. Att förbättra diagnostiken ställer höga krav på den personal som patienten först kommer i kontakt med. Sjuksköterskor som arbetar med telefonrådgivning behöver kunskap för att kunna ställa de rätta frågorna. Vid läkarbesöket behövs tillräckligt med tid för att möjliggöra en utförlig anamnes och användandet av depressionsskattningsformulär.

Vanliga symtom är nedstämdhet och/eller intresseförlust samt aptitförändringar, sömnstörning, hämning, energilöshet, skuld känslor, koncentrationsvårigheter eller självmordstankar. Den allvarligaste följden av depression är suicid, men både för individ och samhälle medför den nedsatta arbets- och funktionsförmågan stora förluster.

Målsättningen med depressionsbehandlingen är tillfrisknande, vilket inte bara innebär frihet från symtom utan också återvunnen arbetsförmåga och social funktion. Detta mål kan uppnås för det stora flertalet patienter om tillgängliga behandlingsmöjligheter utnyttjas konsekvent. Behandlingen kan bestå av enstaka insatser eller en kombination av flera insatser. Egenvård (motion, sömn, regelbundna vanor m.m.) skall finnas med som bas i all behandling.

Läkemedelsbehandling bör pågå i minst fyra veckor innan utvärdering görs. I genomsnitt leder den först påbörjade antidepressiva läkemedelsbehandlingen till otillfredsställande resultat för var tredje patient. Efter uppnådd symtomfrihet bör behandlingen pågå i minst sex månader. Vid behandling av lindriga och måttliga depressioner är psykoterapi en lika effektiv behandling som läkemedel. Psykoterapi kan med fördel även användas när biverkningar av den antidepressiva medicineringsen blir för svåra och vid graviditet eller amning. Elektrokonvulsiv behandling (ECT) är en säker och effektiv behandling vid svåra depressioner.

Teamsamverkan leder till bättre behandlingsresultat. Uppföljningen är viktig för att stötta patienten och för att kunna värdera behandlingsresultatet och en eventuell suicidrisk. Risken för återinsjuknande är stor men minskar efter en väl genomförd behandling och uppföljning.

Det är viktigt att beakta anhörigas situation och då särskilt barnen till deprimerade patienter.

Depressioner hos äldre kan ofta förknippas med deras livssituation (ensamhet, sorg, somatiska sjukdomar m.m.). SSRI-preparat (serotonin återupptagshämmare) rekommenderas i första hand vid läkemedelsbehandling men det tar längre tid för att uppnå effekt hos äldre.

Primärvården har ansvar för diagnostik, behandling och uppföljning av lättare och medelsvåra depressioner. Specialistpsykiatrien har ansvar för patienter med svårare depressioner med hög suicidalitet, depressioner vid graviditet och amning, depressioner med psykotiska inslag och bipolär sjukdom.

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Orsaker till depression	1
Prevention	3
Diagnostik	3
Att ställa diagnosen	3
Frågor som kan ställas av sjuksköterskan vid telefonrådgivning på vårdcentralen	3
Symtom	4
Depressionsskattningsskalor	5
Diagnostiska kriterier enligt ICD-10	5
Dystymi	6
Utmattningssyndrom	6
Behandlingsalternativ	9
Trappmodell för behandling av depression i primärvården	9
Egenvård - Omvårdnad	9
Läkemedelsbehandling	10
Psykoterapi	12
Kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och psykoterapi/samtalsbehandling	13
Elektorkonvulsiv behandling ECT	13
TMS	14
Ljusbehandling	14
Genomförande av behandling	15
Teamarbete	15
Dos och behandlingstid	15
Depressioner och äldre	16
Orsaker	16
Diagnostik	16
Behandling	16
Anhöriga – närstående	18
Patient- och anhörigföreningar	19
Vårdnivåer	19
Primärvården ansvarar för	19
Specialistpsykiatri ansvarar för	19
Kvalitetsuppföljning	20
Mätetal för primärvården	20
Mätetal för psykiatri	20
Referenser	20
Bilagor	

Bakgrund

Jönköpings läns landsting har i flerårsplanen angivit som ett mål att antalet vårdprogram som tillämpas ska öka. Detta vårdprogram har tagits fram genom ett brett samarbete mellan primärvård och psykiatri i de tre sjukvårdsområdena och med förankring i respektive medicinska programgrupp. Representant för anhörigorganisationen SPES – Riksorganisationen för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd har också deltagit. Förhoppningen är att samverkan mellan primärvård och sjukhus ska förbättras och att kvaliteten och kostnadseffektiviteten i vården ska höjas.

Depression är en av våra folksjukdomar. Vid en viss tidpunkt uppfyller mellan 4-10% av den vuxna befolkningen kriterier för egentlig depression. Varannan kvinna och var fjärde man drabbas någon gång i livet av en depression enligt en svensk studie (Lundbystudien) medan utländska studier bara anger ungefär halva denna incidens. Redan vid 24 års ålder har 20% av kvinnorna och 10% av männen haft en depression. Debutåldern för kvinnor är lägre än för män. Knappt hälften av de deprimerade insjuknar en enda gång i sitt liv, men 25-35% får återfall och 15-20% utvecklar en kronisk depression. De flesta som drabbas av en depression får alltså ytterligare minst en sjukdomsepisod senare i livet. En person med en dåligt identifierad och ofullständigt behandlad depression löper mångdubbelt större risk att begå självmord än en person som inte är deprimerad (se vårdprogram om suicidprevention som beräknas vara klart omkring årsskiftet 2004/05). Dödligheten i hjärtsjukdom är också förhöjd och prognosen vid annan somatisk sjukdom och vid operativa ingrepp är sämre vid depression.

Depressioner har blivit vanligare på senare år och debuten sker i lägre åldrar. Det är huvudsakligen lindriga och måttliga depressioner som ökat, medan förekomsten av de svårare förefaller oförändrad eller minskad.

En enstaka depression behöver i en förlängning inte vara något negativt. På sikt kan sjukdomen ge individen nya infallsvinklar och leda till positiva förändringar. Om den drabbade får rätt hjälp och möjlighet att reflektera över sin situation, kan denne lära sig något och gå vidare, stärkt med nya kunskaper både om sig själv, omgivningen och livet.

Orsaker till depression

- Biologisk sårbarhet (hereditet) ofta i kombination med svåra levnadsförhållanden (kriser, sorg, existentiella och sociala problem).
- Kroppslig sjukdom t.ex. demens, hypotyreoos, hjärtsjukdom, stroke (upp till 30% får depression), cancer, muskuloskelettala smärttillstånd, kronisk astma, kroniska luftvägsinfektioner, virusinfektioner, blodbrist, B12-brist eller folsyrabrist.
- Annan psykisk sjukdom
- Läkemedel t.ex. inflammationshämmande medel, cytostatika, betablockerare, kalciumhämmare och kortisol.
- Missbruk av alkohol och droger.
- Andra orsaker är sömnbrist, långvariga stresstillstånd, känslighet för årstidsväxlingar m.m.

Prevention

Det saknas studier som visar vilka åtgärder som kan förebygga insjuknande i depression. Att i möjligaste mån minska de faktorer som ovan anges som orsaker till depression bör kunna minska insjuknandet.

Diagnostik

Att ställa diagnosen

I allmänhet upptäcks bara hälften av alla patienter med depression, men det är de svårast deprimerade som identifieras. I utländska studier har man funnit att 50-70% av patienter som faktiskt hade en depression inte diagnostiserades som deprimerade vid besök hos allmänläkare. 5-10% av de patienter som söker allmänläkare får diagnosen depression. Patienten söker ofta vård på grund av trötthet, man har svårt att orka med sin vardag eller känner sig nedstämd. Mer än hälften av patienterna med depression uppger bara somatiska symtom. Man kan söka på grund av en stark sjukdomskänsla, t.ex. rygg- och magsmärter eller rädsla för att ha en allvarlig kroppslig sjukdom.

Diagnosen kan vara svår att ställa och det krävs tid. Sjuksköterskan bör använda sig av screeningfrågor (se nedan) redan när patienten ringer vårdcentralen för att om möjligt upptäcka depressionssymtom. Det är viktigt med tanke på att tillräckligt med tid då behöver avsättas för läkarbesöket.

Ett bra omhändertagande kräver att läkaren har tid för en utförlig anamnes, tid att introducera, förklara och använda skattningsskalor, tid att genomföra en somatisk utredning för att utesluta differentialdiagnoser och analysera eventuell suicidalitet samt tid att informera om olika behandlingsalternativ och uppföljning.

Vi rekommenderar att 45-60 minuter avsätts för det första läkarbesöket. Tiden behövs för att skapa trygghet och förtroende så att patienten vågar berätta om sig själv och även upplever att det finns tid för frågor. Samtalet är viktigt, både med patienten och dennes närstående. Man bör alltid penetrera vad det är som har lett fram till att en depression har utlösts.

Diagnosen ställs med hjälp av typ av symtom och dess intensitet och varaktighet samt förloppet av sjukdomen. Förekomst av tidigare depressionsepisoder och familjeförekomst av depression eller bipolär sjukdom bör också beaktas. Skattningsskalor (se nedan) är en god hjälp för att underlätta diagnostiken, värdera suicidrisken och följa depressionsdjupet.

Frågor som kan ställas av sjuksköterskan vid telefonrådgivning på vårdcentralen

Om man misstänker att patienten kan ha en depression bör särskilda frågor ställas för att upptäcka depressionssymtom och för att bättre kunna planera för ett läkarbesök. Frågorna gäller hur patienten har känt sig de senaste två veckorna.

1. Har du känt dig nedstämd, ledsen eller tom mest hela dagarna?
2. Har du känt dig mindre intresserad och road av sådant som du vanligtvis brukar tycka om?

Svarar patienten ja på någon av dessa frågor bör man gå vidare och ställa frågorna i *Bilaga 1* som också handlar om hur patienten mått de senaste två veckorna. Svarar patienten ja på minst tre av dessa föreligger sannolikt en depression.

Symtom

<i>Brist på intresse och glädje</i>	Klart minskad lust och glädje av alla/nästan alla aktiviteter. Förlorad känsla för sina närmaste. Vid djup depression förväntar man sig inget positivt av framtiden och tror sig aldrig någonsin bli bra.
<i>Minskad energi/ökad trötthet</i>	Tröghet och brist på tempo, intensitet och nyansering. Svårt att komma sig för, allt känns tungt och svårt. Obeslutsamhet och igångsättningssvårigheter beskrivs ofta som trötthet.
<i>Nedsatt självtillit/självkänsla</i>	Nedsatt självförtroende, förlust av inre säkerhet och kraft. Känsla av att vara värdelös, otillräcklig, ovärdig och usel.
<i>Självförebåelser/skuldkänslor</i>	Känsla av oduglighet, onyttighet och försumlighet. Specifika känslor rörande handlingar eller underlåtelser som ligger långt tillbaka i tiden.
<i>Tankar kring död/själv mord</i>	Ältar vissa tankar. Återkommande tankar på döden, både som befrielse och straff, eller självmord (inte bara dödsångest). Planerat eller utfört självmordsförsök.
<i>Koncentrationssvårigheter</i>	Tänkandet går trögt, minnet är osäkert. Talet är förlångsamt och associationsfattigt. Fåordiga svar och latensen är fördröjd. Svårt att fatta beslut.
<i>Psykomotorisk agitation/hämning</i>	Observeras av andra. Agitation kan visa sig som svårighet att sitta still eller att "man vrider händerna". Hämning kan yttra sig som förlångsammad mimik, rörelsefattigdom och svarslatens.
<i>Sömnsvårigheter</i>	För lite eller för mycket sömn nästan varje natt. Man vaknar flera gånger och har svårt att somna om. På småtimmarna orolig eller yttlig sömn. Tidigt uppvaknande (minst 2 timmar tidigare än vanligt) ofta med ångslan och oro ibland uttalad morgonångest.
<i>Aptit/vikt förändring</i>	Viktuppgång/vikt nedgång med minst 5% förändring under en månad utan bantning eller minskad/ökad aptit nästan varje dag.
<i>Irritabilitet/aggressivitet</i>	Ses oftare hos män som är deprimerade än hos kvinnor. Lättväckt aggressivitet – tolkar andras uttalanden eller handlingar negativt.

<i>Dygnsvariation</i>	Morgon och förmiddag är svåra, lättar oftast fram på dagen. Vid fortsatt försämring känns det lika svårt under hela dygnet. För att kunna värdera detta symptom måste man gå tillbaka till debuten.
<i>Kroppsliga symtom</i>	Oro för kroppslig sjukdom. Kroppsligt illabefinnande, speciellt tryck i bröst och i epigastriet.
<i>Ångest</i>	Det är mycket vanligt med påtagliga ångestsymtom som kan behöva behandlas parallellt med depressionen.
<i>Hjärtat</i>	Tryck över bröstet. Hjärtklappning.
<i>Mag-tarmkanalen</i>	Torrhet i hals och mun, ökad törst och dålig smak i munnen. Epigastralgi.
<i>Nedsatt tårsekretion</i>	Man kan inte gråta med tårar.
<i>Sexuella störningar</i>	Nedsatt eller totalt bortfall av libido och av sexuellt samliv. Oregelbunden menstruation eller amenorré.

Depressionsskattningsskalor

Skattningsskalor bör användas även i primärvården. Vi rekommenderar att någon av skattningsskalorna MADRS-S (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, se *Bilaga 2* och tolkning i *Bilaga 3*), BDI-II (Becks Depression Inventory) eller DSRSS (Ekelius och Svanborgs depressionsskala) används för att underlätta diagnostiken, värdera suicidrisken och följa depressionsdjupet. Inom psykiatri används bl.a. Hur mår Du idag? (CPRS-S-A; Comprehensive Psychiatric Rating Scale, Self-Affective). Det är en självskattningsskala, som även täcker in tvång och ångestsymtom.

Inom barnhälsovården används EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale) som screeningsinstrument till alla mödrar 6-8 veckor post partum. Med hjälp av EPDS identifierar man depressiva tillstånd hos ca 10%. BVC-sjuksköterskor handlägger själva c:a 80% av dessa med hjälp av metodik som innefattar stödsamtal en gång i veckan under sex veckor. C:a 20% remitteras vidare i första hand till mödrabarnhälsovårdspsykiolog och därefter eventuellt till psykiatriker. Metoden används även selektivt av barnmorskor vid vissa MVC.

Diagnostiska kriterier enligt ICD-10

I ICD-10 ges definitioner för lindrig, måttlig och svår depressiv episod.

För diagnosen *lindrig depressiv episod* (F32.0) krävs

- att minst två av symtomen nedstämdhet, energifattigdom och minskad aktivitet dominerat under minst de senaste två veckorna.
- att detta inte kan förklaras av annan kroppslig eller psykisk störning
- att minst ett av följande symptom också förekommer, eller totalt minst fyra symptom från A och C:
 - förlust av självförtroende och självuppskattning
 - överdriven eller obefogad självkritik och nedvärderingar av sig själv

- återkommande tankar på död och självmord, och all slags självskadande beteende
- upplevd nedsättning av förmågan till tankeverksamhet och koncentration, med vankelmod och beslutsångest
- förändrad psykomotorisk aktivitet med antingen minskad rörlighet eller agitation
- alla slags sömnproblem
- ökad eller minskad matlust med medföljande effekt på vikten

Vid lindrig depression är patienten i obalans, men kan i allmänhet genomföra normala aktiviteter.

För att *måttlig depressiv episod* (F32.1) ska föreligga krävs kriterier för lindrig depression samt totalt minst sex symtom från A och C.

Vid måttlig depression är patienten oftast så påverkad att även vardagliga sysslor är svåra att genomföra.

För diagnosen *svår depressiv episod* (F32.2) krävs att alla tre symtomen från A och minst fem symtom från C föreligger.

Vid svår depression är patienten handikappad, har ofta starka självföreläuser och självmordstankar samt ofta framträdande kroppsliga symtom bland dem som redovisats under punkt C. Episoden kan vara förenad med psykotiska symtom (F32.3).

F33 används vid recidiv av depressiv episod.

Dystymi

Dystymi innebär långvarig, låggradig depression, dvs att personen under minst två år varit nedstämd, med bara kortvariga perioder av normal sinnesstämning, men att depressionens omfattning inte är sådan att det rör sig om egentlig depression. Behandling med SSRI-preparat har god effekt vid dystymi.

Utmattningssyndrom

Utmattningssyndrom är det som i vardagligt tal ofta kallas "utbrändhet" eller att man "har gått in i väggen". Kriterierna för utmattningssyndrom är fysiska och psykiska symtom som utvecklas till följd av en längre tids stress. Symtomen omfattar bland annat en påtaglig brist på energi, minskad uthållighet, förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning, koncentrations- och minnesstörningar, känslomässig labilitet, sömnstörningar och kroppslig svaghet. Även fysiska symtom som värk, bröstsmärtor, magbesvär, yrsel och ljudkänslighet ingår i symtombilden. Dessa symtom orsakar ett påtagligt lidande och försämrad funktion i arbete och socialt.

Depressionssymtom ingår alltså inte i begreppet utmattningssyndrom. Om kriterierna för egentlig depression också är uppfyllda ska utmattningssyndrom endast användas som tilläggs-specifikation till depressionsdiagnosen, d.v.s. "egentlig depression med utmattningssyndrom".

Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom (enligt socialstyrelsens förslag se www.sos.se)

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. Känsломässig 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. hypothyreoidism, 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.

Behandlingsalternativ

En aktuell genomgång och rekommendation finns i [Läkemedelskommitténs rådgivande synpunkter](#).

Tidig diagnostik, behandling, uppföljning, underhållsbehandling och eventuell profylaktisk behandling är viktiga byggstenar i ett bra omhändertagande.

Trappmodell för behandling av depression i primärvården

1. Egenvård t.ex. motion, sömn och regelbundna vanor. Undvik helst sjukskrivning.
2. Tillägg av läkemedel och psykosocialt stöd eller tillägg av psykoterapi eller eventuellt ljusbehandling. Undvik om möjligt hel sjukskrivning.
3. Kombination av olika behandlingar alternativt kombination av flera läkemedel.
4. Remiss till psykiatrien.

Hur fort och hur många steg man tar i behandlingstrappan avgörs av sjukdomens svårighetsgrad.

Egenvård - Omvårdnad

Det är viktigt att egenvård finns med som grund i all behandling. Patienten bör uppmärksammas på dessa punkter, och vid behov undervisas och påminnas om dem. I *Bilaga 4* finns ett förslag på information att dela ut till patienterna.

Bra och regelbundna matvanor

Regelbundna matvanor, fiberrik och fullvärdig mat med proteiner, mineraler och vitaminer. Minst en varm måltid om dagen.

Motion

Motion är positivt genom att kroppen producerar det kroppsegna endorfinet, vilket minskar upplevelse av smärta, hjälper till att reglera sinnesstämningen och leder till avslappning. Studier har visat att motion, motsvarande rask promenad i 30-45 minuter minst 3 gånger per vecka, höjer humöret både hos friska och hos personer med lindrig depression. Vid vistelse utomhus exponerar man sig också för dagsljuset som vanligen är starkare än ljuset vid ljusbehandling.

Sömn

Sömn är viktigt för hjärnans återhämtning. Ge råd om att varva ner innan sänggående genom en kort promenad, ett varmt bad, lyssna på rolig musik, läsa en bok eller dricka varm mjölk. Avstå från drycker med koffein innan sovdags (coca-cola, te och kaffe). Sovrummet bör vara mörkt och svalt med en temperatur på 15-18 grader. Vid problem med att sova, försök undvika att titta på klockan. Undvik att sova på dagen.

Alkohol och droger

Ge råd om att minska alkoholkonsumtionen så mycket som möjligt. Det är viktigt att patienten helt undviker alla former av beroendeframkallande droger.

Ljus

Brist på ljus påverkar serotoninivåerna och serotoninfunktionen i hjärnan. Vid ljusbehandling rekommenderas exponering 30-45 minuter 3 gånger i veckan.

Stresshantering

Stöd patienten i att våga ta det lugnt och undvika konflikter. Meditation, avslappning, massage och varma bad kan minska spänning och ångest. Man kan ha nytta av att lista det som ska göras för att lättare kunna prioritera och stryka. Vid en lätt eller medelsvår depression kan det vara bra att delvis gå till arbetet. Ta emot praktisk hjälp från vänner och anhöriga (uträtta ärenden, betala räkningar m.m.).

Ta hand om din själ

Det är viktigt att kunna berätta för andra hur man mår. Att gråta om gråten kommer har samma läkande effekt som skrattet. Skriv dagbok. Försök uppskatta det positiva i tillvaron. Man bör undvika att fatta viktiga beslut när man är deprimerad.

Muntorrhet

Det är viktigt med en god tandhygien, speciellt vid medicinering. Torra slemhinnor kan bl.a. motverkas med hjälp av salivstimulerande medel och vatten.

Naturläkemedel

Johannesört har dokumenterad effekt mot kortvariga och lindriga depressioner men passar dåligt ihop med många läkemedel t.ex. läkemedel mot depression.

Läkemedelsbehandling

Medicinering med antidepressiva läkemedel är en effektiv behandling vid depression som alltid bör kombineras med någon form av samtal t.ex. stödsamtal eller psykoterapi.

Det finns inga säkerställda skillnader i effekt av olika antidepressiva läkemedel vid behandling av lindriga och måttliga depressioner, men däremot klara skillnader i biverkningsfrekvens och biverkningsmönster.

Behandling och uppföljning av mer uttalad depression under graviditet och amning är en specialistangelägenhet, se vidare Läkemedelskommitténs rådgivande synpunkter eller www.janusinfo.org.

Vid svåra depressioner är tricykliska antidepressiva (TCA) effektivare än SSRI-preparat men TCA har också mer biverkningar.

Litium är det bäst dokumenterade läkemedlet vid behandling av bipolär sjukdom, såväl akut behandling som förebyggande behandling. Litium används också vid recidiverande depressioner och vid terapiresistenta depressioner.

Ångestdämpande läkemedel och sömnmedel kan ibland behöva ges kortvarigt i akutfasen i väntan på effekt av det antidepressiva läkemedlet. Återhållsamhet med förskrivning av bensodiazepiner rekommenderas dock särskilt till yngre personer. Om möjligt ges istället milda läkemedel t.ex. antihistamin. Depression och samtidig stark ångest medför kraftigt förhöjd suicidrisk.

Det som styr valet av läkemedel och dos är den aktuella depressionens profil, främst inslaget av ångest och hämning, men också suicidrisk, ålder, förmodad biverkningskänslighet, tidigare erfarenhet av antidepressiv behandling, interaktionsrisk med annan samtidig medicinering m.m. De socioekonomiska aspekterna bör också beaktas. Kommer patienten att ha råd att lösa ut sitt läkemedel? Kontrollera i läkemedelslistan vilket som är det billigaste preparatet.

Akut behandlingsfas

Vid utebliven effekt bör behandlingen omprövas efter fyra veckor. I genomsnitt leder den först påbörjade läkemedelsbehandlingen till otillfredsställande resultat för var tredje patient, antingen p.g.a. utebliven effekt eller p.g.a. biverkningar. Om ingen förbättring märkts inom en månad bör dosen ökas, byte ske till annat preparat eller behandlingen kombineras med psykoterapi. Vid svårare tillstånd kan man behöva öka dosen tidigare. En ytterligare möjlighet är att kombinera två antidepressiva läkemedel, vilket dock ökar biverkningsrisken och har svagt forskningsstöd.

Effekten av antidepressiva läkemedel och ECT inträder snabbare än effekten av psykoterapi.

Underhålls- eller stabiliseringsbehandling

Det tar tid för en depression att läka ut trots att symtomen avklingat.

Underhållsbehandling bör därför pågå minst sex månader efter symtomfrihet. Samma läkemedel och dosering som använts i den akuta fasen bör användas om biverkningarna är acceptabla. Underhållsbehandling är viktig för att förebygga recidiv.

Långtidsbehandling

Långtidsbehandling kan pågå flera år och bestå av antidepressiv läkemedelsbehandling och/eller psykoterapeutiskt inriktad stödbehandling.

En gles psykoterapeutisk kontakt minskar eller fördröjer återinsjuknande, särskilt om akutbehandlingen inte resulterat i full symtomfrihet.

Patienter som haft flera depressioner (3 eller mer) eller mycket djupa depressioner, bör få antidepressiv långtidsbehandling. Täta återfall, snabba insjuknanden, debut före 20 år och debut i hög ålder, speciellt vid samtidig hjärnskada, är faktorer som talar för långtidsbehandling.

Patienter med bipolär sjukdom erbjuds alltid långtidsbehandling liksom patienter som är suicidala, har dålig symtomkontroll i underhållsbehandlingsfasen, har dålig arbetsanpassning eller vid komorbiditet (depression tillsammans med ångest, drogmissbruk eller stora sociala problem).

Interaktioner

SSRI och neuroleptika	Kan ge höga koncentrationer av antidepressiva läkemedel alternativt förhöjda koncentrationer av neuroleptika.
SSRI och adrenalin	Tillförs adrenalin i lokalanestetika eller astmamediciner samtidigt med antidepressiva kan en kraftig blodtrycksstegring uppträda.
SSRI och blödningar	Läkemedel som kan öka blödningsrisken är t.ex. Waran, NSAID och ASA vid samtidig användning av SSRI-preparat. Det finns även misstankar om att Johannesört kan ge detta.
P-piller och TCA	Kvinnor som använder P-piller och samtidigt behandlas med TCA kan få höga nivåer av det antidepressiva läkemedlet i blodet, med risk för besvärliga biverkningar.

Johannesört	Påskyndar nedbrytningen av många vanliga läkemedel (bl.a. blodfettsänkare, blodtunnande medel, p-piller och immunhämmande medel) Skall ej kombineras med antidepressiva läkemedel och inte användas vid graviditet och amning.
Alkohol	Alkoholeffekten förstärks av antidepressiva läkemedel. Den ”normalt” ångstdämpande effekten av läkemedlet kan utebli eller vara omvänd. Försiktighet med alkohol rekommenderas.

Läkemedelsbiverkningar

Olika typer av antidepressiva läkemedel ger olika biverkningar. Särskilt vid behandling av lindriga och måttliga depressioner i primärvård tolereras SSRI-preparat oftast bättre än tricykliska antidepressiva.

Antikolinerga effekter	Hyposalivation, obstipation, miktionssvårigheter, ackommodations pares, mydriasis, sexuella störningar, förvirring och visuella hallucinationer.
Serotonerga effekter	Illamående, sömnstörning, tremor, huvudvärk nervositet, ångest och agitation. Ofta mindre besvärande än de antikolinerga. Sexuella störningar kan förekomma.
Kardiella effekter	Dosberoende. Låga doser - Takykardi och hypotension. Måttliga doser - Takykardi och arytmier. Höga doser - Ventrikulära arytmier överledningsrubbnings, minskad kontraktilitet.
Övrigt	Hypomana överslag, sänkt krampröskel och toxicitet.

Utsättningsproblem kan förekomma men drabbar bara en minoritet av alla som behandlas. Det är därför viktigt att trappa ut läkemedlet successivt under 6-8 veckor. Exempel på utsättningsymtom är yrsel (dizziness), svettningar, illamående, irritabilitet, ökad drömmaktivitet, tremor och förnimmelse av elektriska stötar i kroppen. För de patienter som får besvärande symtom måste uttrappningen ske mycket långsamt. Mot slutet kan patienten själv styra detta genom att sträcka ut doseringsintervallet alltmer och endast ta mindre bitar av en tablett.

Psykoterapi

En deprimerad patient behöver alltid, oberoende av eventuell medicinsk behandling, någon form av psykologiskt omhändertagande. Detta kan sträcka sig från stödjande samtal till mer specifika former av psykoterapi. Syftet med samtalsbehandling kan vara att fästa uppmärksamheten på vilka psykosociala faktorer som bidragit till situationen samt att hitta sätt att förhindra ett återinsjuknande. Psykoterapi kan vara ett alternativ eller ett komplement till medicinsk behandling. Vid djupa depressioner rekommenderas dock alltid att farmakologisk behandling eller ECT ingår i behandlingen eftersom den antidepressiva effekten av psykoterapi kommer något senare jämfört med läkemedel och ECT.

Forskning visar att det är viktigt att ta hänsyn till patientens egen uppfattning och önskemål om behandlingen. Psykoterapi kan vidare vara indicerat i samband med graviditet eller då medicinsk behandling leder till oacceptabla biverkningar. Kognitiv terapi, kognitiv beteendeterapi och interpersonell psykoterapi har bäst forskningsstöd och effekten är minst lika bra som med antidepressiv medicinering förutom vid de djupa depressionerna. Framgångsrik kognitiv terapi kan också ha en skyddande effekt mot recidiv som avslutad läkemedelsbehandling saknar. Det finns stöd för att depressioner med framträdande symtom som störd dygnsrytm, viktnedgång och stark ångest, liksom förekomst av psykotiska symtom, oftast inte svarar på enbart psykoterapeutisk behandling.

Kognitiv terapi och kognitiv beteendeterapi (KBT)

Målsättningen är att förändra negativa tankemönster mot en mer realistisk självbild och öka patientens förmåga att själv kunna påverka sin situation och bemästra svårigheter. Patienten lär sig att omidentifiera sina referensramar och ändra sitt sätt att tolka sina upplevelser av hotfulla och stressade situationer som brukar utlösa känslor av kränkning, ångest och hopplöshet – vilka i sin tur kan leda till depression. Nyare forskning har visat att beteendeaktivering är effektivt genom att hjälpa patienten att öka aktiviteten inom viktiga livskvalitetsområden. Terapeuten är aktiv, ställer frågor, vägleder och varje session har en bestämd struktur.

Interpersonell terapi (IPT)

I IPT fokuserar man på de mellanmännsliga relationerna, som alltid ses som centrala i depressiva tillstånd. IPT är en strukturerad terapiform där man koncentrerar sig på förändringar i livssituationen, sorgearbete och rollförändringar. Patienten lär sig vilka kommunikationsmönster som inte är konstruktiva, får ökad insikt om hur det egna beteendemönstret ser ut och får hjälp att förändra det. IPT är effektiv för att förebygga återfall och behandla lätta och medelsvåra depressioner. Endast få utbildade IPT-terapeuter finns i Sverige men metoden bör utan större svårigheter kunna användas av psykodynamiskt utbildade terapeuter och rekommenderas i kliniska riktlinjer för depressionsbehandling i bl a Sverige, USA och Canada.

Psykodynamisk terapi

Syftar till att klarlägga de bakomliggande faktorerna till psykiska symtom. Man utgår från att psykiska problem är möjliga att förstå. Att insikt om den egna livshistorien, nuvarande förhållanden och underliggande konflikter kan hjälpa patienten att på ett bättre sätt hantera sin situation och undvika nya sjukdomsperioder. Terapin syftar till insikt, personlig utveckling och därmed förbättrad självkänsla och självständighet. Rekommenderas främst då problematiken inte är så avgränsad och då längre tids behandling behövs och är möjlig.

Kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel och psykoterapi/samtalsbehandling

All läkemedelsbehandling bör kombineras med någon form av samtalsstöd. Resultaten kan förstärkas, cirka 80-85% av patienterna blir bättre. Patienten lär sig att förstå sin egen syn på sig själv och sin omgivning och att integrera aktuella livshändelser och upplevelser med tidigare erfarenheter.

Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

ECT är indicerat vid djupa depressioner, depressioner med hög självmordsrisk, vid svåra depressioner hos gravida, nyförlösta eller ammande kvinnor, depressioner med konfusion eller vanföreställningar och vid depressioner som inte svarar på annan

behandling. Behandlingen bör pågå i två till fyra veckor med tre behandlingar i veckan. ECT är en effektiv behandling med snabb effekt. Ger snabbare effekt än läkemedel. Återfallsrisken efter framgångsrik ECT är hög och liksom efter akutbehandling med läkemedel måste en fortsatt behandling genomföras.

TMS

Transkraniell magnetisk stimulering (TMS) är en behandlingsmetod under utveckling. Det finns i dagsläget för lite vetenskapligt stöd för att rekommendera TMS som rutinbehandling. Metoden anses vara komplikationsfri och ha få biverkningar.

Ljusbehandling

Ljusbehandling kan idag erbjudas patienter med årstidsrelaterade depressioner. En klinisk erfarenhet är att många patienter upplever förbättring. Det saknas vetenskapligt stöd för att ljusbehandling är effektivare än placebo, men undersökningarna kan heller inte avgöra att specifika terapeutiska effekter saknas.

Genomförande av behandling

Hur snabbt man blir fri från sin depression beror bland annat på hur man reagerar på behandlingen, hur djup depressionen är och hur länge den har pågått.

Risken för att utveckla en kronisk depression ökar om patienten har en ineffektiv långtidsbehandling eller om personen har en obehandlad, långvarig och djup depression.

Teamarbete

Det finns stort vetenskapligt stöd för att en strukturerad behandlingsorganisation, liknande den som organiseras för personer med kroniska kroppsliga sjukdomar (t.ex. diabetes), är överlägsen rutinmässig handläggning.

När en person har fått diagnosen depression skall patienten följas upp med ytterligare kontakter. Vid insättande av läkemedel bör en telefonuppföljning ske efter en vecka (då biverkningarna är mest uttalade för att motivera till fortsatt medicinering) och ett planerat återbesök bör ske efter c:a tre veckor (då risken för suicid är störst). Man kan med fördel arbeta i team, en fungerande teamsamverkan ger ett bättre omhändertagande. Uppföljning, även av läkemedelsbehandling, kan ske hos en kurator, psykolog, sjuksköterska, skötare, sjukgymnast eller behandlande läkare. När läkemedelsbehandling kombineras med stödsamtal/psykoterapi förbättras behandlingseffekten. Uppföljning kan ske både enskilt eller i grupp allt efter behov och/eller tillgång. Tillgängligheten för patienten är central i det akuta skedet av behandlingen.

Patientinformation

Det är angeläget att patienten får god information om

- att det tar tid innan effekten kommer
- biverkningar
- att dosökning kan behövas
- att patienten inte skall sluta vid symtomfrihet
- att antidepressiva inte är beroendeframkallande

Dos och behandlingstid

För att minska biverkningar och förbättra följsamheten inleds läkemedelsbehandlingen med låg dos som sedan ökas enligt anvisningar i FASS. Om ingen förbättring skett inom fyra veckor trots adekvat dos, byt till annat preparat, eller konsultera specialist. Underhållsbehandla under minst sex månader efter symtomfrihet med samma dos som i akutfasen. Utsätt gradvis under 6-8 veckor. Om återfall, återinsätt medicinen och gör ett nytt utsättningsförsök efter sex månader. Patienter som haft flera depressioner (3 eller mer) eller mycket djupa depressioner, bör få antidepressiv långtidsbehandling. Täta återfall, snabba insjuknanden, debut före 20 år och debut i hög ålder, speciellt vid samtidig hjärnskada, är faktorer som talar för långtidsbehandling.

Depressioner och äldre

Äldre har mer depressiva symtom än yngre och prevalensen ökar med åldern. Däremot är inte diagnosen egentlig depression vanligare hos äldre. 30% av äldre med somatisk sjukdom har också depression. 50% utvecklar depression i samband med insjuknande i demens.

Depressioner som debuterar efter 60 års ålder har ofta sämre prognos och ett allvarligare förlopp. Full remission är mindre vanlig hos äldre som har haft mer än en depressiv episod.

Suicidrisken är förhöjd när man blir äldre. Depression uppfattas i 70% av fallen vara en bidragande orsak till suicid hos äldre.

Orsaker

Åldersbetingade biokemiska förändringar i hjärnan och sänkta nivåer av ett flertal transmittorsubstanser (noradrenalin, serotonin m.fl.) ökar känsligheten för depression.

Isolering, som en följd av separation, dödsfall, minskad umgängeskrets, upphörd arbetsgemenskap, talrubbingar, syn- och hörselsvårigheter kan leda till understimulering och depression. Sorg kan övergå i depression hos benägna.

Somatiska sjukdomar och därav föranledda behandlingar är viktiga orsaker.

Näringsbrist och vitaminbrist kan bidra till depressionsjukdom. Flera läkemedel kan ge depressiva biverkningar, såsom antihypertensiva medel, antiparkinsonmedel, kortikosteroider och neuroleptika.

Diagnostik

Symtom

Påtaglig viktninskning, ängslan för sjukdomar och oro för ekonomi. Tecken på agitation, upphetsning och sömnproblem. Försämrade kognitiva funktioner som bearbetning av yttre stimuli, uppfattning, inläring och minne. Självuunderskattning med förstärkning av de tvångsmässiga drag som personen tidigare har haft i livet.

Underdiagnostik är vanlig

Skattningsskalor är en god hjälp i diagnostiken. Sjukdomen presenterar sig hos äldre ofta med en atypisk bild och symtomen kan uppfattas som åldersmanifestationer. Depressionen kan också vara maskerad av kroppsliga symtom som smärta, förstoppning, dålig aptit och avmagring. Äldre kan söka läkare för sömnproblem istället för depressiva besvär. Försämringar av kognitiva funktioner som ofta åtföljer depression kan feltolkas som demens. En depression kan föregå en demenssjukdom med flera år, men kan också maskeras av invaliditet och/eller psykosociala problem som sorg och ensamhet.

Behandling

Hög ålder är en signal till att vara offensiv i behandlingen. Man har god effekt av depressionsbehandling med läkemedel och psykoterapi hos äldre upp till 75 år, men studier specifikt riktade mot personer över 80 år saknas helt. Det behövs längre behandlingstider och det tar längre tid innan behandlingseffekt uppnås, ibland tre månader eller mer. Det behövs ofta lägre doser och dygnsdosen bör delas upp under

dagen för att minska biverkningarna. Även hos äldre ska medicineringsen omprövas regelbundet. Vi vet idag inte hur länge man skall behandla. Äldre löper större risk för återfall.

På teoretiska grunder finns det skäl att undvika antidepressiva med antikolinerga egenskaper, eftersom dessa kan försämra minnet och utlösa förvirringstillstånd. SSRI-preparat är förstahandsmedel och tolereras vanligen väl av äldre. Men även SSRI-medel kan ha biverkningar som i sällsynta fall gör användningen olämplig hos äldre, exempelvis hyponatriemi. Litium ger biverkningar som äldre kan vara känsliga för.

Vid depression och samtidig demens finns idag otillräckligt vetenskapligt stöd för att behandling med antidepressiva medel har effekt.

ECT är bra vid svår depression. Hög ålder är ingen kontraindikation, men kräver inläggning på sjukhus och ibland en glesare behandlingsfrekvens för att undvika alltför uttalade kognitiva symtom.

Anhöriga – närstående

För en anhörig/närstående kan det vara en svår uppgift att stödja en deprimerad person. Man kanske inte ens förstår att personen i ens närhet är sjuk. Man kan känna sig avvisad, irriterad och arg över att personen ifråga verkar besvärlig, jobbig, tjatig eller slö. Äldre personer kan bli förvirrade och glömska. Sjukdomen kan förstärka ett negativt och misstänksamt drag.

Som anhörig/närstående är det viktigt att i första hand uppmana och motivera den deprimerade att söka medicinsk hjälp. Anhöriga/närstående kan vid läkarbesök ge värdefull information när det gäller funktionsnivå hos den deprimerade och om förändringar i patientens beteende och sätt att fungera.

Att visa medkänsla och försöka förstå hur den deprimerade mår men också att lyssna och ingjuta hopp är en viktig del i bemötandet.

Anhöriga/närstående behöver ofta söka stöd hos släktingar och vänner eftersom den nedstämdes depressiva tankar och pessimistiska syn på tillvaron lätt kan smitta av sig. Hälso- och sjukvården ska kunna erbjuda anhörigstöd eller ge information om patient- och anhörigföreningar. Samarbetet mellan vårdpersonal och de anhöriga/närstående är viktigt.

När depressionen är över skall man ställa vanliga och normala krav på patienten men också vara uppmärksam och förberedd på återfall. Det är viktigt att tillsammans komma överens om vad som ska göras vid ett eventuellt återfall.

Barn till deprimerade måste uppmärksammas särskilt av hälso- och sjukvården (se *Bilaga 5 Stöd till patienters barn*). Barn behöver alltid kunskap om föräldrarnas sjukdom för att förstå att det inte är deras fel att mamma eller pappa är deprimerad och att det inte är deras ansvar att göra en förälder frisk. För att barnet ska kunna lita på detta budskap måste vårdens företrädare göra troligt att vi faktiskt axlar ett ansvar för föräldern. Ett viktigt stöd för barnet är att veta vart man kan vända sig då man oroar sig för föräldern.

Barnen kan också behöva få berätta hur de själva mår, hur de upplever situationen att leva med en deprimerad förälder, och hur deras oro ser ut för egen del och för föräldern. Denna typ av stöd kan ges till barnet av den friska föräldern eller annan närstående, av någon annan i det privata nätverket eller av någon inom vården. Det måste alltid vara vårdens ansvar att se till att sådana behov hos barnet uppmärksammas och tillgodoses. För en del barn är situationen så svårhanterlig att de kan behöva en egen terapeutisk samtalskontakt eller stödsamtal i grupp för barn med likartad livssituation.

Patient- och anhörigföreningar

- RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa) i Jönköping.
Telefon 036-18 72 89
- SPES (Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd) www.spes.nu
Telefon 08-34 58 73
- Balans (För personer som upplevt depressioner eller omväxlande depressiva och maniska perioder samt för närstående). Telefon 08- 618 13 33
www.foreningenbalans.nu

Vårdnivåer

För att patienten och dennes närstående ska få bästa möjliga behandling och uppföljning är det av största vikt att samverka mellan primärvård och psykiatrisk öppenvård och slutenvård fungerar optimalt. Det är viktigt att vårdpersonalen arbetar flexibelt och alltid har patientens bästa för ögonen.

Primärvården ansvarar för

- diagnostik, behandling och uppföljning av lätta och medelsvåra depressioner.
- kroniska depressioner med somatisk sjukdom, hos framför allt äldre.
- att sköta underhållsbehandling efter remiss från specialistpsykiatri.

Specialistpsykiatri ansvarar för

- svåra depressioner.
- depressioner med allvarliga och bestående självmordstankar och självmordsförsök.
- depressioner med psykotiska symtom.
- måttliga depressioner som inte reagerar på den medicinska behandlingen trots att två olika antidepressiva läkemedel i tillräcklig dos och med olika angreppssätt i det centrala nervsystemet prövats under minst fyra veckor för varje preparat.
- patienter som vid låga doser antidepressiv medicinering utvecklar svåra biverkningar.
- depression i samband med graviditet eller förlossning.
- patienter med bipolär sjukdom
- behandling av barn- och ungdomar under 18 år ska alltid skötas av en specialist i barn- och ungdomspsykiatri.
- patienter som behöver speciella kompetenser, som t.ex. ytterligare utredning eller olika former av psykoterapi.

Kvalitetsuppföljning

Hur skall vi veta att vi blir bättre på att diagnostisera, behandla och följa upp patienter med depression? Vi behöver bra mätetal som är enkla att fånga och som kan följas årligen.

Följande mätetal rekommenderas.

Mätetal för primärvården

1. Hur stor andel av invånarna i åldern 40-65 år har under året fått diagnosen depression?
2. Hur många av patienterna där läkemedelsbehandling startats får återbesök till någon i teamet inom tre veckor?

Mätetal för psykiatrin

1. Hur lång tid tar det innan patienten blir bedömd från det att remiss skickas?
2. Hur lång tid tar det innan behandlingen startar från det att remiss skickas?
3. Hur stor andel av patienter med förstämningssyndrom återinsjuknar inom tre år efter inledd behandling?

Referenser

1. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 166. Stockholm, 2004.

Screeningfrågor när du misstänker att patienten kan ha en depression

Datum.....

Namn.....

Personnummer.....

Börja med att förklara att du vill ställa några frågor som handlar om hur patienten känt sig senaste två veckorna.

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A. Har du känt dig nedstämd, ledsen eller tom mest hela dagarna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Har du känt dig mindre intresserad och road av sådant som du vanligtvis brukar tycka om? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vid *ja* på någon av dessa frågor bör du gå vidare och ställa även följande frågor.

Stryk under det i frågan som passar bäst om det inte går att svara enbart ja eller nej på frågan.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du haft förändrad aptit? Mindre? Ökad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du haft svårt att somna, vaknat under natten, eller vaknat tidigare än vanligt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Känner du dig rastlös eller tvärtom långsammare i rörelser än du brukar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har du känt dig trött och utan energi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Har du haft självförebåelser, skuld känslor och/eller känslor av värdelöshet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Har du haft svårigheter att tänka, koncentrera dig eller fatta beslut? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Mår du annorlunda på morgonen och förmiddagen jämfört med eftermiddagen och kvällen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Har du känt livsleda eller haft tankar på döden? Har du haft tanken på att ta ditt liv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Svarar patienten ja på minst tre av dessa 8 frågor föreligger sannolikt en depression och patienten bör snarast få en läkartid på 45 – 60 minuter.

3. Sömn

Här ber vi dig 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.

- 0 Jag sover lugnt och bra och tillräckligt länge för mina behov. Jag har inga särskilda svårigheter att somna.
- 1
- 2 Jag har vissa sömn svårigheter. Ibland har jag svårt att somna eller sover yttligare eller oroligare än vanligt.
- 3
- 4 Jag sover minst två timmar mindre per natt än normalt. Jag vaknar ofta under natten, även om jag inte blir störd.
- 5
- 6 Jag sover mycket dåligt, inte mer än 2-3 timmar per natt.

4. Matlust

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

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

5. Koncentrationsförmåga

Här ber vi dig 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.

- 0 Jag har inga koncentrationssvårigheter.
- 1
- 2 Jag har tillfälligt svårt att hålla tankarna samlade på sådant som normalt skulle fånga min uppmärksamhet (t ex läsning eller TV-tittande).
- 3
- 4 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).
- 5
- 6 Jag kan överhuvudtaget inte koncentrera mig på någonting.

6. Initiativförmåga

Här ber vi dig 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.

- 0 Jag har inga svårigheter med att ta itu med nya uppgifter.
- 1
- 2 När jag skall ta itu med något, tar det emot på ett sätt som inte är normalt för mig.
- 3
- 4 Det krävs en stor ansträngning för mig att ens komma igång med enkla uppgifter som jag vanligtvis utför mer eller mindre rutinmässigt.
- 5
- 6 Jag kan inte förmå mig att ta itu med de enklaste vardagssysslor.

7. Känslomässigt engagemang

Här ber vi dig 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.

- 0 Jag är intresserad av omvärlden och engagerar mig i den, och det bereder mig både nöje och glädje.
- 1
- 2 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.
- 3
- 4 Jag kan inte känna något intresse för omvärlden, inte ens för vänner och bekanta.
- 5
- 6 Jag har slutat uppleva några känslor. Jag känner mig smärtsamt likgiltig även för mina närmaste.

8. Pessimism

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

- 0 Jag ser på framtiden med tillförsikt. Jag är på det hela taget ganska nöjd med mig själv.
- 1
- 2 Ibland klandrar jag mig själv och tycker jag är mindre värd än andra.
- 3
- 4 Jag grubblar ofta över mina misslyckanden och känner mig mindervärdig eller dålig, även om andra tycker annorlunda.
- 5
- 6 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.

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?

0 Jag har normal aptit på livet

1

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

3

4 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.

5

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

KOM IHÅG, att bedömningen endast gäller de tre senaste dagarna

Tolkning av skattningsskalor

BDI

21 frågor med 0-3 poäng, alltså max 63 poäng

0 - 13 poäng	minimal depression
14 - 19 poäng	lindrig depression
20 - 28 poäng	måttlig depression
29 - 63 poäng	svår depression

Om frågorna om suicidalitet bejakas skall detta alltid viktas in vid tolkningen av resultat.

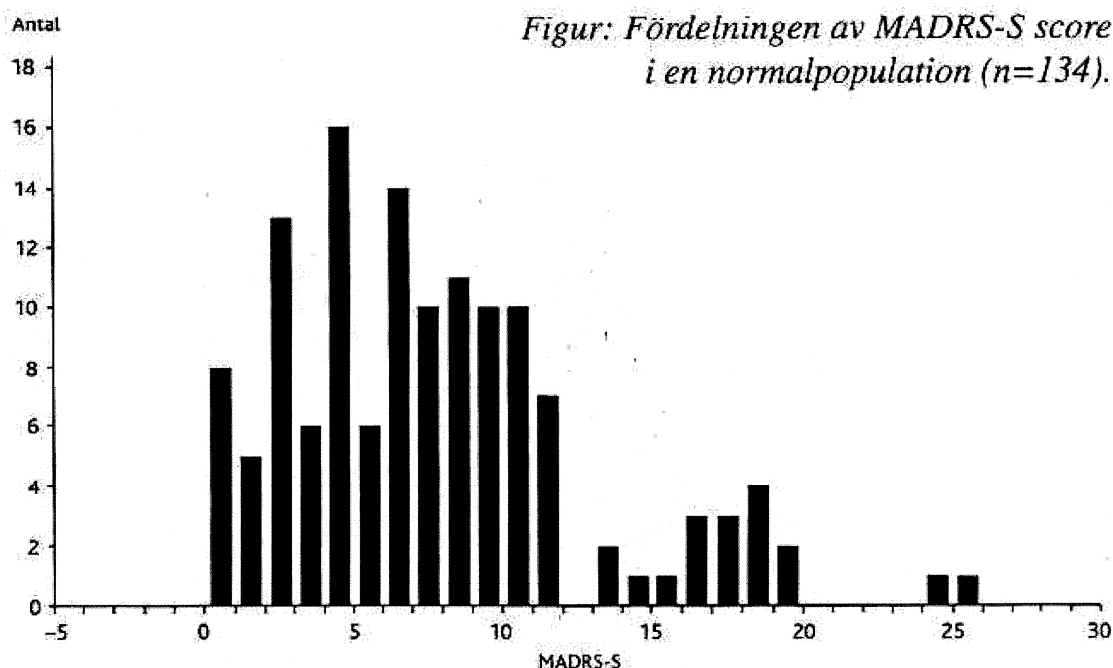
MADRS och MADRS-S

MADRS-S avser självbedömning av depression och har 9 frågor med 0-6 poäng, alltså max 54 poäng. MADRS avser expertbedömning av depression och har 10 frågor med max 60 poäng

0 - 6 poäng	ingen depression
7 - 19 poäng	mild depression
20 - 34 poäng	måttlig depression
35 - 60 poäng	svår depression

Eftersom överensstämmelsen mellan MADRS och MADRS-S är dokumenterat god kan liknande riktlinjer anges för MADRS-S, trots att självskattningen bara innehåller 9 variabler, mot MADRS' 10.

En MADRS-S poäng >20 bör alltid föranleda en diagnostisk intervju med frågeställningen egentlig depression.



Patientinformation om egenvård vid depression

Det är viktigt att egenvård finns med som en grund i all behandling. Vid lindriga depressioner kan det räcka med enbart nedanstående åtgärder.

Bra och regelbundna matvanor

Ät regelbundet!

Det är viktigt med fiberrik och fullvärdig mat med proteiner, mineraler och vitaminer. Ät minst en varm måltid om dagen.

Motion

Försök att gå ut minst 30 minuter varje dag!

Motion är positivt genom att kroppen producerar det kroppsegna endorfinet, vilket minskar upplevelse av smärta, hjälper till att reglera sinnesstämningen och leder till avslappning. Studier har visat att motion, motsvarande rask promenad i 30-45 minuter minst 3 gånger per vecka, höjer humöret både hos friska och hos personer med lindrig depression.

Sömn

Sömn är viktigt för hjärnans återhämtning!

Varva ner innan sänggående genom en kort promenad, ett varmt bad, lyssna på rogivande musik, läsa en bok eller dricka varm mjölk. Avstå från drycker med koffein innan sovdags (coca-cola, te och kaffe). Sovrummet bör vara mörkt och svalt med en temperatur på 15-18 grader. Har Du problem med att sova, försök undvika att titta på klockan. Undvik att sova på dagen.

Alkohol och droger

Minimera alkoholintag och undvik helt alla former av beroendeframkallande droger.

Ljus

Var ute i dagsljus 30 minuter varje dag!

Brist på ljus påverkar serotoninnivåerna och serotoninfunktionen i hjärnan.

Stresshantering

Våga ta det lugnt och försök undvik konflikter!

Meditation, avslappning, massage och varma bad kan minska spänning och ångest. Man kan ha nytta av att lista det som ska göras för att lättare kunna prioritera och stryka. Vid en lätt eller medelsvår depression kan det vara bra att delvis gå till arbetet. Ta emot praktisk hjälp från vänner och anhöriga (uträtta ärenden, betala räkningar m.m.).

Ta hand om din själ

Det är viktigt att berätta för andra hur man mår!

Att gråta om gråten kommer har samma läkande effekt som skrattet. Skriv dagbok. Försök uppskatta det positiva i tillvaron. Undvik att fatta viktiga beslut när Du är deprimerad.

Muntorrhet

Det är viktigt med en god tandhygien, speciellt vid medicinering!

Torra slemhinnor kan bl.a. motverkas med hjälp av salivstimulerande medel och vatten.

Naturläkemedel

Johannesört har dokumenterad effekt mot kortvariga och lindriga depressioner men passar dåligt ihop med många läkemedel t.ex. läkemedel mot depression. Fråga din doktor!

Stöd till patienters barn

Det är viktigt att barn som har föräldrar som är deprimerade får möjlighet att tala om hur de har det. De behöver information. Det kan de få genom sina föräldrar, genom någon annan anhörig eller genom någon i det professionella nätverket. Det är vårdnadshavaren eller vårdnadshavarna (om föräldrarna inte lever tillsammans och båda är vårdnadshavare) som godkänner om någon utanför familjen ska prata med barnet.

Man får information om barnets situation genom en familjeanamnes. Uppföljning kan ske genom

- samtal med patienten om barnets situation och patientens föräldraroll
- samtal med den andre föräldern om barnets situation
- samtal med barnet, antingen det sker inom det privata nätverket eller med hjälp av någon professionell

Samtal om och med barn kan ske i olika konstellationer – exempelvis med föräldrarna enskilt, med föräldrarna tillsammans eller med föräldrar tillsammans med delar av nätverket (både det privata och det professionella).

Barn behöver information om:

- föräldrarnas sjukdom
- att det aldrig är barns fel att föräldrar blir psykiskt sjuka
- att det finns andra som har samma problem
- att det aldrig är barns ansvar att ta hand om föräldrar när de är sjuka
- vart de kan vända sig

Oftast är det tillräckligt för barnet med ovanstående samtal och information. Ibland behöver familjen mer hjälp. Då kan familjen vända sig till :

- socialtjänsten – för kontaktfamilj, familjepedagoginsats eller annat stöd
- barn- och ungdomspsykiatriska kliniken
- ungdomsmottagningen
- skolhälsovården
- BVC

Barnombud som finns på psykiatrisk avdelning/mottagning kan ge mer information.

Också vårdpersonal kan vända sig till barn- och ungdomspsykiatriska kliniken för att få råd om hur man kan stödja barn och familj.

Som anställd i sjukvården är man skyldig att anmäla till socialtjänsten om man misstänker att barn far illa. Om man är osäker på hur man ska göra kan man alltid kontakta socialtjänsten och berätta om barnet, utan att nämna personuppgifter, för att få vägledning.

Detta dokument har utarbetats av Arbetsgruppen för psykiskt sjuka föräldrar och deras barn i Jönköpings sjukvårdsdistrikt 2004 03 11 .