Depression – hur behandlas den?

Uppdaterad 16.4.2020; riktad uppdatering 24.1.2024

Av finländarna lider 5–7 procent av depression. Hos kvinnor är depression nästan dubbelt så vanlig som hos män. Uppskattningsvis tio procent av patienterna i primärvården är deprimerade, men bara en del av dem söker hjälp.

Sinnet är nedstämt, inget intresserar

Sinnesstämningen hos en deprimerad människa är vanligen hela tiden nedstämt och förmågan att känna intresse och tillfredsställelse är borta. Det kan vara svårt att somna eller så kan sömnen vara splittrad och personen är trött varje dag. Det är svårt att fatta beslut och koncentrationsförmågan är dålig. Aptiten kan försvinna och vikten går ner, men å andra sidan kan problemet också vara ökad aptit och för mycket sovande. En deprimerad människas självbild är oftast negativ och självkänslan är nedsatt. Vid psykotisk depression kan till och med vanföreställningar eller hallucinationer höra till symtomen. Självdestruktiva tankar kan förekomma och det finns risk att tankarna leder till handling.

Ju svårare depression, desto större risk för självmord

Ungefär två tredjedelar av alla självmord har samband med depression. Det innebär att det begås 500–600 depressionsrelaterade självmord i Finland årligen!

En deprimerad människa måste tillfrågas om självdestruktiva tankar och erbjudas hjälp i tid.

Det finns en särskild patientversion om behandling av personer som försökt ta sitt liv: Förebyggande av självmord och behandling av personer som försökt ta sitt liv.

Faktorer som ökar risken

Bland annat ärftlig benägenhet, vissa personlighetsdrag och negativa livshändelser ökar risken för depression. Ärftlighet är en betydande bakgrundsfaktor särskilt vid svår och återkommande depression.

Kan man själv förebygga depression?

Man kan försöka minska risken att utveckla depression med egna åtgärder: goda relationer till närstående och socialt stöd, motion i måttlig mängd, tillräcklig sömn, hälsosam kost samt att undvika rökning, storkonsumtion av alkohol och berusningsinriktat drickande.

På webbplatsen Psykporten finns ett program för Egenvård av depression som kan vara till hjälp. På Mieli rf:s webbplats finns på finska välbefinnandeprogrammen Oiva, Selma och Toivo; den sistnämnda är avsedd särskilt för unga.

Hur konstateras depression?

Grunden för diagnosen är alltid en läkarundersökning och intervju, enbart en symtomenkät räcker inte. En förutsättning för diagnosen är att minst fyra av tio symtom förekommer (se tabellen i rekommendationen, på finska) och att symtomen är till skada. Dessutom bör depressionssymtomen förekomma dagligen i minst två veckor.

Depressionens svårighetsgrad bedöms enligt antalet symtom: vid lindrig depression 4–5, vid medelsvår 6–7 och vid svår 8–10 symtom. Som stöd för diagnosen kan användas också

nedsatt funktionsförmåga eller olika symtom-skalor (till exempel Montgomery–Åsberg, Beck, PHQ-9).

Att särskilja depression från andra sjukdomar

Största delen av de som söker vård på grund av depression har samtidigt också något annat psykiskt syndrom såsom ångest- eller personlighetsstörning eller missbruks-problem.

För att kunna välja rätt behandling måste man klargöra vilken sjukdom det är fråga om: är det ren depression eller eventuellt depression i samband med bipolär störning.

Depressionssymtom kan också ha andra orsaker, såsom brist på folsyra eller vitamin B_{12}, hjärt- eller hjärninfarkt, elakartade tumörer eller en neurologisk sjukdom. Dessutom måste man klarlägga att depressionen inte beror på någon medicin som patienten använder (till exempel kortikosteroider) eller på användning av rusmedel (till exempel alkohol, cannabis eller amfetamin).

Sorg efter en närståendes död är en normal reaktion. Diagnosen depression ställs efter en närståendes död endast om depressions-symtomen är allvarliga och räcker länge.

Behandlingen indelas i tre delar: akut behandling, efterbehandling och upprätthållande behandling

I akutstadiet är målet symtomfrihet

Effektiva behandlingsmetoder i det akuta stadiet är terapier och antidepressiva läkemedel.

Den bästa effekten uppnås när dessa behandlingar används samtidigt. Om en depressionspatient är arbetsoförmögen i mer än två månader behövs vanligen läkemedels-behandling, också om patienten får adekvat psykoterapi.

I vissa fall kan man också använda elbehandling, ljusbehandling, transkraniell magnetstimulering eller andra metoder.

Till behandlingen hör alltid patient-handledning om sjukdomen och dess behandling.

Läkemedelsbehandling

Ju svårare depressionen är, desto viktigare är läkemedelsbehandlingen. Två tredjedelar av patienter som använder antidepressiva läkemedel regelbundet har hjälp av dem, och hos cirka hälften av patienterna försvinner depressionssymtomen rätt så fullständigt inom 4–12 veckor.

I den finskspråkiga rekommendationen finns en tabell om antidepressiva läkemedel som används i Finland 2024 med dosering och vanligaste biverkningar. Ungefär 10–15 procent av patienterna avbryter läkemedels-behandlingen på grund av biverkningar.

En patient som får läkemedelsbehandling bör följas upp regelbundet med en till tre veckors intervall under hela det akuta stadiet – och vid behov ännu oftare om till exempel självmordsrisken är stor. Vid uppföljningen bedöms om medicineringen och den övriga behandlingen har haft effekt. Om ett tydligt behandlingssvar inte ses senast inom 6–12 veckor bör det ineffektiva läkemedlet bytas ut.

Målet med efterbehandlingen är att förhindra recidiv

Risken för recidiv, det vill säga att symtomen återkommer, är stor om medicineringen avslutas genast när symtomen försvunnit. När patienten har varit symtomfri utan

uppehåll ett halvt år, kan medicineringen avslutas inom loppet av några veckor så att dosen stegvis trappas ner.

Om vissa läkemedel avslutas plötsligt kan det uppkomma abstinenssymtom (exempelvis yrsel, ångest, sömnstörningar, illamående, huvudvärk). Om symtomen är störande måste nertrappningen av dosen ske långsammare.

Med upprätthållande behandling hindrar man återinsjuknande

Upprätthållande behandling rekommenderas om depressionen är minst medelsvår och patienten har genomgått åtminstone två perioder av depression tidigare. Vid den upprätthållande behandlingen används samma läkemedelsdos som vid akut- och efterbehandlingen.

Beslut om att inleda och avsluta upprätthållande behandling görs av en specialistläkare i psykiatri eller en allmänläkare. Saken diskuteras med patienten och beslutet antecknas också i journalen.

Patienten följs upp med mottagningsbesök minst en gång om året, även om inga symtom förekommer. Först efter flera års symtomfrihet kan man överväga att läkemedelsbehandlingen försiktigt, gradvis avslutas. Då måste patientens tillstånd följas upp med tätare intervall efterdom det finns risk att depressionen återkommer.

Psykoterapeutisk behandling

Med psykoterapi försöker man inverka på sinnebilder, tankemönster, känsloliv, jag-uppfattning och funktionssätt som upprätthåller depressionen. Ändamålet med psykoterapin är att patienten återhämtar sig och att funktionsförmågan blir bättre.

Behovet av psykoterapi bedöms i allmänhet av en specialistläkare i psykiatri. Läkaren diskuterar olika psykoterapeutiska behandlingsalternativ med patienten, hur länge behandlingen räcker (korttidsterapi eller långvarig terapi) och hur den inverkar. Patientens förväntningar och önskningar gällande behandlingen inverkar också på beslutet.

Det finns många psykoterapeutiska behandlingsmodeller (se tabell på finska i God praxis-rekommendationen Centrala psykoterapimetoder vid behandling av depression).

Som stöd för den övriga behandlingen kan vid behov också användas par- eller familjeterapi, skapande terapiformer, nätterapi och självhjälpsguider.

En specialistläkare bedömer vilken terapiform som kunde passa bäst för patienten.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ansvarar kommunen för att ordna psykoterapi när den är en del av sjukvården. Om psykoterapin ges som rehabilitering och delvis ersätts av FPA eller om patienten söker sig till psykoterapi på egen bekostnad, tar patienten själv kontakt med en lämplig terapeut, eventuellt med bistånd av sin läkare.

Tillgången till psykoterapi varierar stort mellan olika områden i Finland. Man kan få nätterapi (se avsnittet Primär- och företagshälsovården) oberoende av bostadsort, och psykoterapi kan ibland genomföras med fjärruppkoppling.

Behandling av depression i olika livsskeden

Ungdomar i åldern 13–22

En ung persons tillstånd och familje- och skolförhållanden bedöms och utreds inom

primär- och skolhälsovården. Den unga och föräldrarna ges information om depression och skolgången stöds, vid behov med specialarrangemang.

Behandlingen av lindriga och okomplicerade medelsvåra depressioner försöker man inleda inom primärvården. De behandlingsmetoder som i första hand rekommenderas är psykoterapeutiska behandlingar. Också familjeterapi kan användas.

Om behandlingsmålen inte uppnås med psykoterapi inom 1–2 månader läggs antidepressiv medicinering till behandlingen. De antidepressiva läkemedlen kan dock ibland orsaka självdestruktiva tankar hos unga, särskilt i början av behandlingen, och situationen bör därför följas upp på mottagningen en gång i veckan åtminstone under den första månaden efter insatt läkemedelsbehandling.

Också för unga personer används antidepressiva läkemedel som efterbehandling under ett halvt år för att förhindra recidiv (att symtomen återkommer).

Beslutet om efterbehandling och upprätthållande behandling görs i samråd med patienten.

Graviditet

Under graviditet rekommenderas psykoterapi för behandling av depression, men ibland måste också läkemedel användas. Behovet av antidepressiv medicinering måste alltid avgöras individuellt.

Det har inte visats att antidepressiva läkemedel klart skulle orsaka fosterskador, det vill säga skulle vara teratogena, men det är svårt att helt utesluta risken.

Risken för strukturella avvikelser är störst under den första trimestern (tredjedelen) av graviditeten. Det finns mest information om SSRI-läkemedel och venlafaxin.

Depression efter förlossning

Ungefär 10–15 procent av kvinnorna lider av depression efter förlossningen (postpartum-depression). I bakgrunden finns utom allmänna riskfaktorer för depression också olika psykologiska och hormonella orsaker i anslutning till förlossning och moderskap.

Största delen av postpartumdepressionerna är lindrigare än de ovan beskrivna formerna av depression, och de kan i många fall behandlas med det stöd som rådgivningen ger.

Psykoterapeutiska behandlingsformer rekommenderas särskilt om det i kvinnans livssituation förekommer problem som ökar risken för depression.

Läkemedel ur SSRI-gruppen är de lämpligaste antidepressiva läkemedlen. Användning av antidepressiva läkemedel är vanligen inte ett hinder för amning, men fluoxetin utsöndras i modersmjölken och rekommenderas därför inte.

Äldre personer (över 65 år)

Om en depression bryter ut för första gången vid äldre år, måste man särskilt noggrant reda ut om någon annan sjukdom kan ligga bakom den.

Lindrig och medelsvår depression hos äldre personer kan behandlas med psykoterapi. Elbehandling har konstaterats vara effektiv och trygg också för personer äldre än 75.

De antidepressiva läkemedlen är effektiva också hos äldre, men åldern inverkar på medicineringen: i åldern 65–75 är dosen samma eller något mindre än i medelåldern,

men i åldern över 75 är dosen hälften eller en tredjedel av dosen i medelåldern.

Tricykliska antidepressiva läkemedel rekommenderas inte för behandling av personer över 75 års ålder.

Specialsituationer

Vinterdepression

En del människor har upprepade depressionsperioder som förekommer nästan enbart under den mörka tiden av året. Det kallas vinterdepression, och då är ljusterapi en effektiv behandling.

Behandlingen ges med en ljusterapilampa om morgonen 30–50 minuter varje dag under de två första veckorna, och senare antingen som kurer eller fortlöpande åtminstone fem gånger i veckan under den mörka årstiden.

Läkemedelsresistent depression

Om behandling med två olika antidepressiva läkemedel har varit utan effekt talar man om läkemedelsresistent depression, och då måste man överväga en effektivare läkemedelsbehandling.

Läkemedlet kan bytas ut, omega-3-fettsyror kan läggas till behandlingen eller man kan använda två läkemedel samtidigt.

Patienten behandlas då inom den psykiatriska specialiserade sjukvården eller efter konsultation med en specialistläkare i psykiatri.

Psykotisk depression

Vid en psykotisk depression har patienten förutom svåra depressionssymtom också vanföreställningar och hallucinationer och verklighetsuppfattningen är störd. Behandlingen sker då på sjukhus eller som intensiv öppenvård inom den psykiatriska specialsjukvården. Behandlingen kan enligt Mentalvårdslagen vid behov vara oberoende av patientens vilja.

Elbehandling av hjärnan är trygg och rekommenderas som den effektivaste behandlingsmetoden för psykotisk depression. Elbehandlingen ges under lätt narkos. Efter elbehandlingen bör läkemedelsbehandlingen fortsätta på sedvanligt sätt som efterbehandling och upprätthållande behandling.

Depressionspatientens funktions- och arbetsförmåga

Funktionsförmågan hos en depressionspatient varierar betydligt enligt depressionens svårighetsgrad. Lindrig depression försämrar i allmänhet just inte patientens funktionsförmåga, medelsvår depression försämrar den redan betydligt och en svårt deprimerad patient behöver ofta hjälp redan för att klara av sina sedvanliga dagliga rutiner.

Funktionsförmågan bedöms på många olika livsområden: att sköta sig själv och sitt välmående, att klara familjelivet och de mänskliga relationerna, att klara det nuvarande arbetet och fritidsaktiviteterna. Också körhälsan är en den av funktionsförmågan. Vid bedömningen är det viktigt att klarlägga vilka funktioner patienten klarar och inte klarar av, och hur situationen har förändrats jämfört med tiden före depressionen. Som hjälp vid bedömningen används SOFAS-skalan.

När patienten återhämtar sig blir funktionsförmågan i allmänhet bättre.

Arbetsförmåga och sjukfrånvaro

Största delen depressionspatienterna fortsätter i arbetslivet utan sjukfrånvaro eller behöver bara en kortvarig sjukskrivning.

Vid lindrig depression behövs i allmänhet ingen sjukskrivning. Huruvida funktionsförmågan räcker till vid medelsvår depression beror på hur krävande arbetet är och om det på arbetsplatsen är möjligt att vidta arrangemang som stöder fortsatt arbetande. Vid svår och psykotisk depression är den kvarvarande funktionsförmågan i allmänhet inte tillräcklig för något arbete.

Det är bra att bedöma nyttan och nackdelarna med sjukskrivning också ur patientens synvinkel: förvärras sjukdomen utan sjukskrivning, är det till skada att förlora den normala dygnsrytmen och att inte ha meningsfull sysselsättning, ökar användningen av rusmedel eller blir patienten utslagen?

Om sjukskrivning behövs så behövs också aktiv behandling och uppföljning.

Det är bra om sjukskrivningens längd och återgången till arbetet planeras inom företagshälsovården, och ett eventuellt ställningstagande av psykiater beträffande arbets- och funktionsförmåga bör beaktas. Senast när sjukdagpenning har utbetalats i 90 dagar måste FPA få ett intyg av företagsläkaren om möjligheterna att fortsatta arbetet.

Ändamålet med partiell sjukdagpenning är att underlätta återgången till arbetet om det finns risk att sjukfrånvaron drar ut på tiden. Sjukdagpenningen ersätter det inkomstbortfall som orsakas av en arbetsoförmåga som räckt högst ett år.

Rehabilitering

För att upprätthålla och förbättra arbetsförmågan behövs utöver behandlingen vanligen också medicinsk, yrkesinriktad eller social rehabilitering. En rehabiliteringsplan görs upp för rehabiliteringen.

På FPA:s webbplats finns ett omfattande informationspaket om rehabilitering.

Medicinsk rehabilitering

Psykoterapi är den vanligaste rehabiliteringsformen för depressionspatienter.

FPA:s rehabiliterande psykoterapi är avsedd för att stöda eller förbättra arbets- eller studieförmågan om den är hotad på grund av psykiska störningar hos personer i 16–67 års ålder. Psykoterapi kan också beviljas som FPA:s krävande medicinska rehabilitering. Det är också möjligt för den insjuknade att söka till rehabiliterings- eller anpassningsträningskurser.

Yrkesinriktad rehabilitering

Ändamålet med yrkesinriktad rehabilitering är att hjälpa patienten att sysselsättas, att fortsätta att arbeta eller att återgå till arbetet trots sjukdomen.

Den huvudsakliga målgruppen för FPA:s yrkesinriktade rehabilitering av personer med funktionsnedsättning är unga och personer som är dåligt förankrade i arbetslivet, där sjukdom, fel eller skada försämrar studie- eller arbetsförmågan.

Arbetspensionsrehabilitering är yrkesinriktad rehabilitering som ordnas och bekostas av arbetspensionsbolagen för att förhindra arbetsoförmåga och förbättra möjligheterna att arbeta, när en person som arbetar stadigvarande inte mera på grund av hälsoskäl kan fortsätta i sitt tidigare arbete.

Med Arbets- och näringsbyråns (TE-byrån) åtgärder ges stöd år arbetssökande som har

en sjukdom eller skada som gör det svårare att få eller behålla ett arbete.

Primärvård, företagshälsovård eller specialiserad sjukvård?

Primär- och företagshälsovård
De flesta depressionspatienter kan skötas inom primärvården. Behandlingsplanen görs upp i samråd med patienten.

Enligt primärvårdens samarbetsmodell för depression har varje aktör sin egen roll: depressionsskötaren koordinerar vården, stödjer och vägleder patienten och följer upp tillfrisknandet, husläkaren svarar för behandlingen och fattar vårdbesluten och en konsulterande psykiater handleder regelbundet depressionsskötaren och ger konsultstöd åt husläkaren.

En patient med lindrig eller medelsvår depression som behandlas inom primärvården kan med läkarremiss hänvisas till en sju veckors nätterapi, som grundar sig på den kognitiva modellen, på webbplatsen Psykporten, som upprätthålls av HUS.

Företagshälsovården har sina egna verksamhetsmodeller. Det centrala är multiprofessionellt samarbete och klar ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna (företagsläkaren, företagshälsovårdaren och företagspsykologen), konsultationshjälp av psykiater vid rätt tidpunkt, samt samarbete mellan arbetsplatsen och företagshälsovården för att stödja depressionspatienten med att orka med och återvända till arbetet.

Psykiatrisk specialiserad sjukvård
Inom den specialiserade psykiatriska vården behandlas patienter som har en svår eller psykotisk depression eller flera allvarliga samtidiga störningar, patienter som inte svarar på behandling (läkemedelsresistent depression), patienter med allvarliga självdestruktiva tankar eller patienter som inte har återfått arbets- eller funktionsförmågan trots adekvat behandling.

Samhällets kostnader för arbetsoförmåga på grund av depression

Depression har blivit en av de viktigaste sjukdomarna som orsakar försämrad funktionsförmåga.År 2018 beviljades 3 900 personer i Finland ny sjukpension på grund av depression. I slutet av 2018 fick allt som allt 30 900 personer i arbetsför ålder sjukpension (rehabiliteringsstöd eller tills vidare beviljad pension) på grund av depression.

Dessutom är de kostnader depression orsakar ansenliga: i Finland var år 2018 pensionskostnaderna på grund av depression 434 miljoner och kostnaderna för sjukdagpenning 138 miljoner euro.

Författare

Patentversionen är uppdaterad utifrån Finska Läkarföreningen Duodecims rekommendation God medicinsk praxis av redaktör **Kirsi Tarnanen** som ansvarar för patientversionerna. Texten har granskats av ordföranden för arbetsgruppen för God medicinsk praxis, specialistläkaren i psykiatri, psykoterapeuten professor **Erkki Isometsä** från Helsingfors universitet och redaktören för God medicinsk praxis, specialistläkaren i psykiatri, psykoterapeuten **Arja Tuunainen** från Finska Läkarföreningen Duodecim. Översättningen till svenska är bekostad av **Finska Läkaresällskapet**.

Ansvarsbegränsning

God medicinsk praxis- och Avstå klokt-rekommendationerna är sammandrag gjorda av experter gällande diagnostik och behandling av bestämda sjukdomar.
De ersätter inte läkarens eller annan hälsovårdspersonals egen bedömning av

vilken diagnostik, behandling och rehabilitering som är bäst för den enskilda patienten då behandlingsbeslut fattas.