

Vårdprogram – Depression hos vuxna

Landstinget i Uppsala län

Kontaktpersoner:

Johan Dyster-Aas,

chefsöverläkare allmänpsykiatri 070-6110562

Åsa Törnkvist

utvecklingschef, psykiatridivisionen 070-6112091

Eva-Lena Sjöo

chefsläkare, primärvården 070-6117602

Christina Nordqvist

verksamhetschef Psykisk hälsa, primärvården 070-6116531

Ingrid Sahlin

verksamhetschef, allmänpsykiatri, 070-6884059

Vårdprogrammet är skrivet och faktagranskat av

Åsa Törnkvist, utvecklingschef, psykiatridivisionen

Johan Dyster-Aas, chefsöverläkare, psykiatridivisionen

Mårten Skogman, psykolog/verksamhetsutvecklare, psykiatridivisionen

Vårdprogrammet är faktagranskat av

Eva-Lena Sjöo, chefsläkare, primärvården

Christina Nordqvist, verksamhetschef Psykisk hälsa, primärvården

Vårdprogrammet ska uppdateras senast 2015-01-01

Uppsala 2012-02

Åsa Hagberg
Divisionschef
Psykiatridivisionen
Akademiska sjukhuset

Per Elowsson
Primärvårdsdirektör
Primärvården

Innehållsförteckning

1. Inledning och bakgrund.....	4
2. Vårdkedjan vid depression – primärvård, psykiatri och somatik.....	5
Kriterier och uppdragsbeskrivningar för primärvården, psykiatri och somatisk sjukvård	6
Psykiatrisk konsult.....	7
3. Vårdinnehållet.....	7
Fakta om depression.....	7
Depression - förekomst och förlopp.....	7
Anhöriga och närstående.....	7
Vägen in - screening, diagnostik och bedömning	8
Screening	8
Anamnes och utredning.....	9
Diagnostik	9
Skattningar	10
Differentialdiagnostik	11
Bedömning av suicidrisk.....	11
Bedömning av vårdnivå – primärvård eller specialistpsykiatri.....	12
Vårdplanering.....	12
Vägen framåt - behandling och uppföljning	13
Bedömning av lämplig insats.....	13
Farmakologisk behandling.....	14
Psykologisk behandling.....	15
Fysisk aktivitet	16
ECT-behandling.....	16
Psykosociala insatser vid depressionsbehandling.....	17
Omvårdnadsinsatser inom slutenvård.....	17
Utvärdering av insatser.....	18
Vägen vidare - samarbetspartners, andra stödinsatser	18
Brukarföreningar.....	19
Habilitering.....	19
Kommunalt stöd.....	19
Försäkringskassa.....	20
Arbetsförmedling.....	20
Andra aktörer och stödfunktioner	21
Kvalitetsregister.....	21

1. Inledning och bakgrund

Vårdprogrammet för depression ska bidra till att patienter med depressionssjukdom får tillgång till god vård i Landstinget i Uppsala län. Det ska kunna användas vid behandling av de flesta patienter med depressionssjukdom och det ska förtydliga och styra omhändertagande, vård och behandling av depression inom primärvård, psykiatri, somatisk sjukvård och habilitering.

Vårdprogrammet ska vara till stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet samt ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet. Detta vårdprogram gäller enbart vid unipolär depression hos vuxna. Vid misstanke om bipolärt syndrom ska remiss ställas till psykiatri för utredning. För att läsa mer om bipolärt syndrom klicka [här](#).

Socialstyrelsen har utarbetat Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest-syndrom som stöd för styrning och ledning. Detta vårdprogramms slutsatser och rekommendationer vad gäller utredning och behandling av depression hos vuxna utgår ifrån Socialstyrelsens dokument och innehåller riktlinjer och rekommendationer som bygger på evidens. För att läsa riktlinjerna klicka [här](#).

Arbete enligt innehållet i detta vårdprogram förutsätter professionella kunskaper. Varken diagnostik, omvårdnad eller behandling kan ske oberoende av utövarens kompetens. För att vidareutveckla och höja kvalitén på vården är det viktigt att ha en kontinuerlig dialog med brukare och brukarorganisationer för att ta tillvara på den kompetens som dessa har. Återhämtade brukare kan genom sin unika kompetens delta i vårdens utformning vad gäller t ex. bemötande, delaktighet och återhämtning.

Rekommendationer om vilka behandlingar som bör användas vid vissa tillstånd förutsätter en vetenskaplig kunskapsbas, dvs. behandlingsriktlinjer bör vara evidensbaserade. Diskussionen om hur begreppet evidens ska definieras är ständigt pågående och kanske särskilt livlig inom psykiatri. Detta vårdprogram har tagits fram i enlighet med de principer för kunskapsvärdering som är etablerade inom sjukvårdens olika områden, i Sverige och utomlands. Grundvalen i detta evidensbegrepp är den jämförande studien. De behandlingar som har ett dokumenterat stöd i kontrollerade, jämförande studier är de som rekommenderas. Detta innebär inte att behandlingar med svagt vetenskapligt stöd inte kan vara effektiva, endast att de inte kan utgöra förstahandsbehandling och inte bör erbjudas inom rutinsjukvård. Dessa behandlingar bör i första hand bedrivas som forskningsprojekt för att sedan antingen inordnas bland de evidensbaserade behandlingarna eller utmönstras på grund av avsaknad av effekt.

Vårdprogrammet är uppdelat i två delar:

- *Vårdkedjan* - beskriver var patienter med depression ska erbjudas vård (primärvård, somatisk sjukvård, psykiatri och habilitering)
- *Vårdinnehållet* - beskriver hur vården ska se ut (utredning, diagnostik, behandling, avslut och samarbete med andra aktörer)

2. Vårdkedjan vid depression – primärvård, psykiatri och somatik

Omhändertagande av personer med depression styrs till viss del av organisation. Primärvården är första linjens psykiatri och det finns både offentligt och privat utförd primärvård. Öppenvårdspsykiatri är helt offentligt driven i Uppsala, Håbo och Knivsta kommuner, medan psykiatri för allmänpsykiatri och psykosvård i Norduppland och Enköping drivs av Närpsykiatri AB. Primärvården ska i första hand remittera till den utförare inom psykiatri som man geografiskt hör till. Den psykiatriska slutenvården och akutmottagningen drivs av psykiatridivisionen vid Akademiska sjukhuset och ansvarar för hela länets specialistpsykiatriska akut- och slutenvård för vuxna.

God vård förutsätter en tydlig och fungerande vårdkedja där alla aktörer är medvetna om sitt och sina vårdgrannars uppdrag. Landstinget i Uppsala län arbetar efter BEON-modellen, Bästa effektiva omhändertagandenivå. Primärvården är första linjens psykiatri. Det innebär att de som har lindrigare och medelsvåra problem i första hand ska hjälpas där, ibland med konsultationsinsatser från psykiatri. Tillstånd av svårare slag skall handläggas av specialistpsykiatri. Somatisk sjukvård kommer ofta i kontakt med svårt sjuka, exempelvis smärtpatienter med ångestproblematik i grunden, samt suicidnära patienter och deras kontaktvägar till psykiatri bör vara tydligt definierad.

Nedan följer en beskrivning av kriterier och uppdragsbeskrivningar för primärvården, psykiatri och somatisk sjukvård när det gäller depression.

Kriterier och uppdragsbeskrivningar för primärvården, psykiatrin och somatisk sjukvård

Primärvård

- Huvudansvar för depression
 - Patienter med lindrig/medelsvår depression kan erbjudas antingen farmakologisk eller annan evidensbaserad behandling. Oavsett vilket alternativ som väljs gäller otillfredsställande behandlingseffekt av minst tre behandlingsförsök, varav minst två farmakologiska, i minst 6 månader och med adekvata doser, innan remiss till psykiatrin.
- Lindrig och medelsvår depression
- Depression utan hög suicidrisk

Primärvården tar ställning till

- om det föreligger en kroppslig eller psykisk sjukdom - differentialdiagnostik
- om depression eller ångest dominerar symtombilden
- om tillståndet motsvarar diagnosformuleringen för depression enligt ICD10
- symtomdjup eller svårighetsgrad som grund för val av behandling
- om det finns suicidrisk

När åter/remittera till primärvård?

Patienter som uppnått remission (två månader utan depression)

När remittera till psykiatri?

1. Svår depression
2. Hög suicidrisk (för suicidriskbedömning se tabell sidan 11 och bilaga, 6,7,8 och 11).
3. Misstanke om bipolär sjukdom
4. Otillfredsställande behandlingseffekt (se ovan)
 - Det är inte säkert att patienten behöver remitteras över utan tänk också på möjligheten till både telefonkonsultation eller second-opinion konsultation.

När remittera akut till psykiatri?

Psykomotorisk hämning, uttalade självmordstankar eller psykotiska symtom = Akutremiss

Psykiatri

- Huvudansvar för bipolär sjukdom
- Svår depression
- Depression med hög suicidrisk (för suicidriskbedömning se tabell sidan 11 och bilaga, 6,7,8 och 11).
- Patienter med samtidig, uttalad ångest, svår sömnstörning, vanföreställningar (t ex svåra omotiverade skuldoplevelser) eller annan svår psykiatrisk samsjuklighet, som t.ex Axet-II diagnoser.
- Svårare depression under graviditet eller efter förlossning. Även vid anamnes på detta kan en psykiatrisk konsultation vara lämpligt för att diskutera handläggning.
- Erbjudna konsultation till somatisk sjukvård och primärvård. Måndag - Fredag kl 10-12 svarar psykiatrin, på tel nr 018-6112504, på frågor från primärvården. Akuta konsultationer görs mot somatisk sjukvård.

Somatisk sjukvård

- Patienter som gjort handling med förmodat suicidsyfte ska få en akut konsultbedömning av psykiater på akutmott, AVA eller CIVA. Remiss för akutkonsultation skickas till psykiatriska akutmottagningen, Ulleråkersområdet fax nr 14 95 22, tel. nr 611 25 00.

Ansvar och rutiner för personer som har både somatiska och psykiatriska vårdbehov specificeras i [handlingsprogrammet](#), (se bilaga 1), för omhändertagande av suicid och suicidnära tillstånd bilaga 1 och 2.

Psykiatrisk konsult

För primärvård

Primärvårdsläkare, psykologer och kuratorer kan kontakta psykiatrin som erbjuder telefonkonsultation. Måndagar-fredag kl 10-12, tel nr 018-611 25 04

För somatisk sjukvård

Patienter som gjort handling med förmodat suicidsyfte ska få en akut konsultbedömning av psykiater på akutmott, AVA eller CIVA. Remiss för akutkonsultation skickas till psykiatriska akutmottagningen, Ulleråkersområdet fax nr 14 95 22, tel. nr 611 25 00.

3. Vårdinnehållet

Fakta om depression

Depression - förekomst och förlopp

Depression är en folksjukdom. Vid en viss tidpunkt uppfyller 4-10 % av den vuxna befolkningen kriterier för egentlig depression. Varannan kvinna och var fjärde man drabbas någon gång i livet av en depression. Ca 50 % beräknas återinsjukna inom två år efter en första depression och 10-20 % löper risk att utveckla ett kroniskt depressivt tillstånd som varar mer än 2 år. För varje ny depression ökar sannolikheten att drabbas av ytterligare en depression samt att de friska intervallen mellan depressionsepisoderna tenderar att bli allt kortare.

Läs mer

[Vårdguiden om depression](#)

Läs mer

[SBU-rapport om depressionsbehandling](#)

Anhöriga och närstående

Närstående utgör ofta ett viktigt stöd till personer med depression. De närstående påverkas också själva av patientens situation, vilket gör att de har behov av att vara delaktiga i planeringen och få egen kunskap för att kunna hantera de påfrestningar som kan uppstå.

Närstående bör därför informeras och involveras så tidigt som möjligt i vårdprocessen. I de fall där patientens tillstånd försvårar kommunikationen med vårdpersonalen är detta särskilt viktigt. Om patienten har minderåriga barn eller syskon ska informationen anpassas till dem på lämpligt sätt. Hälso- och sjukvården ska också särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd om barnets föräldrar eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning.

Närstående kan även behöva eget stöd och handledning. Detta för att kunna vara ett stöd till patienten, men också för att de själva ska kunna bevara sin hälsa. I vissa fall kan den närstående behöva stödjas till att avstå från att vara en resurs. Särskilt viktigt är detta när den närståendes hälsa riskerar att påverkas negativt av patientens hälsotillstånd och vårdbehov. Det är också viktigt att man som närstående skaffar sig kunskap om sjukdomen. Hälso- och sjukvården kan hjälpa till med detta. Som närstående kan man också bidra med viktigt

information i behandlingen och uppföljningen, vilket kan vara till stor hjälp i vården av personer med depression eller ångest.

Det kan hända att patienten upplever att relationen till hennes eller hans närstående är för komplicerad för att de ska involveras i vården. Under alla förhållanden ska patientens behov av integritet beaktas. Läs mer om socialstyrelsens rekommendationer angående anhöriga och närstående [här](#).

Vägen in - screening, diagnostik och bedömning

En korrekt ställd diagnos är en förutsättning för ett adekvat omhändertagande, en adekvat behandling och en adekvat uppföljning. Många psykiska sjukdomar och syndrom kan i ett första skede likna varandra symtomässigt och därmed kan det vara svårt att ställa rätt diagnos. I olika åldrar kan också samma sjukdom ge olika symtom. Det är också vanligt att enskilda personer uppvisar samsjuklighet med andra psykiska sjukdomar eller andra kroppsliga sjukdomstillstånd, och att depressions- och ångestsymtom förekommer vid missbruk av alkohol eller droger.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer betonar vikten av en tydlig och strukturerad diagnostisk process som utförs av personer med relevant kompetens och utbildning. Det standardiserade programmet för bedömning och diagnostik inom allmänpsykiatri innehåller följande steg, se bilaga 2, för att nå materialet.

Screening

När det finns känd risk för psykisk sjukdom (många patienter med depression söker för andra symtom, t ex sömnbesvär, smärta) kan två enkla screeningfrågor användas ([screening-frågor i utskriftsformat, se bilaga 3](#)). En summa på 3 eller mer poäng hade sensitivitet på 83 % och en specificitet på 92 % för egentlig depression och en längre besöksstid bokas.

Ett något mer omfattande instrument kan användas för att relativt enkelt screena för depression, detta beskrivs mer utförligt under diagnostik ([HADS, se bilaga 4](#)).

Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderar inte att man screenar för depression hos personer utan känd risk för psykisk sjukdom, utom när det gäller nyblivna mödrar, 6-8 veckor efter förlossning.

Screening för depression			
1. Under de senaste 2 veckorna, hur ofta har du besvärats av lite intresse eller glädje i att göra saker?			
2. Under de senaste 2 veckorna, hur ofta har du känt dig nedstämd, deprimerad eller känt att framtiden ser hopplös ut?			
Inte alls	Flera dagar	Mer än hälften av dagarna	Nästan varje dag
0	1	2	3

Screeningfrågor för bipolaritet/ hypomani

”Har du någon gång under livet haft en period då du varit överaktiv, uppvarvad eller onaturligt upprymd?”

“Har du någon gång under livet haft en period då du varit samtidigt deprimerad och uppvarvad?”

Svarar patienten ”Ja” på en av frågorna., använd **MINI** som screeningverktyg.

Svarar patienten ”Ja” på sju frågor, remittera till psykiatri. Undvik förskrivning av antidepressiva läkemedel.

Anamnes och utredning

En viktig del i depressionsdiagnostiken är anamnesen. Här finns en checklista för anamnesintervju. (se bilaga 5).

För upptäckt av alkohol- och drogberoende och missbruk rekommenderas AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test [6]) och DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) som är två självskattningsformulär som är lätta att använda. AUDIT föreslås utgöra en del i utredningen av alla patienter, följt av lämplig åtgärd för dem som identifieras med riskbruk.

Diagnostik

Diagnostik ser, enligt Socialstyrelsens riktlinjer, relativt likartad ut inom primärvård och psykiatri. I huvudsak bygger diagnostiken på kommunikation med patienten och hjälpmedel som semistrukturerade intervjuer och skattningsskalor.

Inom primärvården är den patientcentrerade konsultationen huvudverktyget i diagnostiken, som man använder för att förstå personens sjukdomsupplevelse utifrån personens eget perspektiv. Att ställa diagnos är en process som växer fram ur den patientcentrerade konsultationen, medan strukturerade diagnostiska intervjuer och symtomskattningsskalor fungerar som hjälpmedel.

Inom psykiatri utgår den diagnostiska processen vanligen från ett första anamnestiskt samtal där läkaren/behandlaren tillsammans med patienten belyser såväl sociala som psykologiska och biologiska aspekter. Intervjuer och frågeformulär för symtom- och funktionsskattning kan vara hjälpmedel i processen. Närstående kan bidra med viktig information i den diagnostiska processen.

Strukturerad diagnostik har högsta prioritet i Socialstyrelsens riktlinjer. Följande instrument kan användas för att strukturera och standardisera diagnostik inom såväl psykiatri som primärvård:

Instrument	Beskrivning av instrumentet
MINI, (se bilaga 6)	Semistrukturerad intervju som spänner över ett stort antal psykiatriska diagnoser. Tar ca 30 minuter att genomföra. Inkluderar även ett avsnitt om suicidrisk.
SCID I	SCID är en mer omfattande diagnostisk utredning än MINI. SCID ger en bredare och mer ingående bild av psykiatrisk problematik men är också mer omfattande och krävande att genomföra (ca 90 minuter).
HADS(se bilaga 4)	Självskattning. Syftar till diagnostik av depression och ångest. Består av sju frågor om depression och sju frågor om ångest. Varje fråga kan ge maximalt tre poäng.
MADRS-S(se bilaga 7)	Självskattning. Syftar till nivåbestämning av depressionssymtom. 9 items skattas på en skala mellan 0-6.
MADRS(se bilaga 8)	Klinikerskattning. Syftar till nivåbestämning av depressionssymtom. 10 items skattas på en skala mellan 0-6.
SDS (se bilaga 9)	Självskattning. Syftar till nivåbestämning av funktionsnivå. 3 items skattas på en skala mellan 0-10.

Skattningar

När diagnos ställts bör en diagnosspecifik symtomskattning göras för bedömning av svårighetsgrad och för att vid uppföljning kunna mäta behandlingseffekt. Samtliga nedanstående skattninginstrument är rekommenderade i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer.

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 nio variabler, mot MADRS' 10. En MADRS-S poäng >20 bör alltid föranleda en diagnostisk intervju med frågeställningen egentlig depression.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Det viktigaste draget i HADS är att man kan studera ångest och depression samtidigt, på samma gång som man får separata siffror för varje område. Det indikerar var en patient befinner sig i sjukdomsförloppet - normalt-, mild-, moderat-, eller svårt tillstånd. HADS kan också med fördel användas för att följa ett förlopp. Genom att be patienten fylla i skalan exempelvis var tredje vecka, kan man utvärdera effekten av insatt behandling.

Testet är cirka en A4-sida och består av sju frågor om depression och sju frågor om ångest.

Varje fråga kan ge maximalt tre poäng. Det tar cirka fem minuter att fylla i formuläret. En rättningsmall finns som summerar poängen. 8 -10 poäng indikerar ett gränsvärde med milda - måttliga besvär. Över 10 depressions-, respektive ångestpoäng talar för ett kliniskt signifikant tillstånd, vilket motiverar till fördjupad diagnostik och eventuell behandling. HADS är utarbetad för användning i somatisk vård och i primärvård.

Sheehan disability Scale (SDS)

Sheehan Disability Scale (SDS) mäter vardaglig funktionsnivå. Formuläret består av tre skalor där funktionsnedsättning mäts på arbetsförmåga, socialt liv och familjeliv. Skattningen sker på en skala 0-10 (0=inte alls; 10=väldigt mycket).

Poängen på de tre skalorna summeras. Totalpoäng 0-30 (ej funktionshindrad – mycket funktionshindrad). Det finns ingen cut off-gräns för denna skala, men det rekommenderas att skattningar högre än 5 poäng på de respektive delskalorna uppmärksammas.

Differentialdiagnostik

Det är viktigt att utreda huruvida depressionssymtom är tecken på annan sjukdom, tillstånd eller problem. Följande bör tas i beaktande och i vissa fall utredas:

- Somatisk sjuklighet
- Bipolär sjukdom
- Annan psykiatrisk sjuklighet
- Malnutrition
- Läkemedel, t.ex (kortikosteroider, levetiracetam (Keppra®), interferoner, ribavirin, L-dopa) mfl.
- Alkohol eller annat missbruk

Somatisk utredning ska alltid göras av primärvården innan remiss till specialistpsykiatri.

Bedömning av suicidrisk

Det föreligger ett starkt samband mellan suicidalitet och följande diagnoser: depression, psykos, bipolär sjukdom, missbruk/beroende och personlighetsstörning. Psykiatrin har ett särskilt handlingsprogram ([se bilaga 1](#)) som ska användas vid suicid och suicidrisk. Detta tydliggör rollfördelningen mellan somatisk sjukvård och psykiatrin (bilaga 1 handlingsprogrammet, sid 9). Strukturerad suicidriskbedömning har högsta prioritet i [Socialstyrelsens riktlinjer](#). Närståendemedverkan har högsta rekommendationsnivå vid suicidprevention enligt de nationella riktlinjerna. Man bör ta hjälp av instrument i skattningen av suicidrisk. Nedan finns en användbar översikt.

Tabell. Strukturerad bedömning av suicidrisk

Instrument som används vid bedömningar av suicidrisk	Beskrivning av instrumentet
Suicidstegen/självmordsstegen (se bilaga 10)	9 suicidrelaterade kategorier utreds stegvis.
MINI (avsnitt C)	Semistrukturerad diagnos-intervju med ett avsnitt för suicidrisk bedömning. Ger en poäng som översätts i låg, måttlig eller hög suicidrisk.
MADRS-självskattning	Syftar till nivåbestämning av depressionssymtom. 9 items skattas på en skala mellan 0-6. En fråga, item 9, handlar om livslust.
MADRS-klinikerskattning	Syftar till nivåbestämning av depressionssymtom. 10 items skattas på en skala mellan 0-6. En fråga, item 10, handlar om livslust.
SUAS (se bilaga 11)	Självskattningsformulär med 20 frågor om suicidtankar, hopplöshet m.m. under senaste veckan.
Skala för suicidavsikt (SIS), se bilaga 3 i handlingsprogrammet för suicid och suicidrisk, (bilaga1)	Intervjuskattning som görs efter ett suicidförsök. 15 items som skattas på en skala mellan 0-2. 8 items handlar om de objektiva omständigheterna kring suicidförsöket, 7 items om personens tankar om försöket.

* Användningen av ovanstående instrument kräver specifik utbildning i administration och tolkning. Instrumenten är inte professionsspecifika (dvs alla med adekvat utbildning kan använda dem).

Bedömning av vårdnivå – primärvård eller specialistpsykiatri

Denna bedömning kan du läsa mer om under avsnittet ovan i vårdprogrammet ”vårdkedjan vid depression – primärvård, psykiatri och somatik”.

Vårdplanering

Innan behandling påbörjas upprättas en vårdplan i samråd med patienten. I vårdplanen dokumenteras bland annat gemensamma överenskommelser om val av behandling, målen med behandlingen samt tid för uppföljning. Viktigt är att patienten informeras om de olika tillgängliga vårdalternativen för att kunna fatta ett gemensamt beslut om vilken vårdåtgärd som är lämplig.

Eftersom en depression kan ha ojämnt förlopp med risk för återfall, bör även dylika aspekter och personens kännedom om specifika varningstecken ges utrymme och beaktas i vårdplaneringen. En gemensamt framtagen vårdplan, som följs upp enligt överenskommelse, kan bidra till trygghet och en känsla av tillit hos patienten och de närstående.

En viktig kunskap att förmedla till patienten är att det finns effektiva behandlingar, som gör att det också finns goda förutsättningar att bli helt återställd. Det är viktigt att på goda grunder kunna inge hopp, eftersom den känslan så ofta överskuggas av en depression.

Personer med erfarenhet av depression anser att det är av stor betydelse att de i mötet med vården får känna sig respekterade och sedda som människor i ett sammanhang, liksom att de får stöd i att kunna hantera sin sjukdom och upprätthålla sin integritet.

Med depression följer olika symtom, till exempel nedsatt kognitiv funktion, obeslutsamhet, koncentrationssvårigheter, oro och känslor av värdelöshet eller skuld, som kan göra det svårare för personen att formulera sina behov, att ta till sig information samt att ta beslut och förstå deras konsekvenser. Patienten kan på grund av detta uppleva sig i ett extra stort underläge, vilket kan vara särskilt märkbart i den akuta fasen av sjukdomsförloppet. Detta ställer stora krav på hur personalen inom hälso- och sjukvården bemöter och beaktar patientens svårigheter. Ett respektfullt bemötande innebär bland annat att man inser och visar att det är ett möte mellan två experter, där patienten är expert på sin egen situation och sjukdomsupplevelse. Vårdplanen är ett viktigt verktyg sett ur detta perspektiv.

Vägen framåt - behandling och uppföljning

I varje enskilt fall måste en bedömning av lämplig typ av åtgärd göras innan behandling påbörjas. Behandlingsform och vårdnivå bör anpassas efter svårighetsgrad och funktionsnivå. Viktigt är att patienten accepterar behandlingen och att patienten själv skall kunna välja om två likvärdiga alternativ finns. Målsättningen med depressionsbehandlingen ska vara tillfrisknande, vilket inte bara innebär minskade depressionssymtom utan också återvunnen arbetsförmåga och social funktion. Ett annat viktigt mål är minskad risk för återinsjuknande.

De olika typerna av insatser som beskrivs i detta vårdprogram är farmakologisk behandling, psykologisk behandling, ECT, kurativa insatser, psykiatrisk omvårdnad samt fysiska aktiviteter. Även återhämtade brukare kan vara en tillgång i vården för att utifrån sin brukarerfarenhet hjälpa och vägleda andra brukare. Det finns ett flertal brukar-, patient-, närstående- och intresseorganisationer som är viktiga att informera om. Se länkar till brukarföreningar längre fram i vårdprogrammet, under stycket vägen vidare.

Bedömning av lämplig insats

I arbetet med att bedöma vilken insats som är lämplig vid depression bör man ta ställning till flera saker: svårighetsgrad, typ av depression, tidigare behandlingsförsök, återfallsfrekvens, samsjuklighet, funktionsnivå m.m. En god bedömning av lämplig insats förutsätter således god diagnostik och bedömning av ovanstående. Här följer ett urval av vad [Socialstyrelsens nationella riktlinjer](#) rekommenderar för insatser. Socialstyrelsen rangordnar insatserna enligt 1 (starkaste rekommendationen) till 10 (svagaste rekommendationen) alternativt *icke-göra* eller *forskning och utveckling (FoU)*.

Depression (svårighetsgrad, typ etc.)	Högst rekommenderade insatser
Subsyndromal depression	Aktiv expektans (1), (snar förnyad kontakt) Råd om egenvård i form av fysisk aktivitet (3)
Lindrig egentlig depression	Internetbaserad-KBT (3), KBT (4), IPT (4), PDT (5), SSRI/TCA (10) och om tidigare läkemedelsbehandling förekommit (3), Fysisk aktivitet(6), counselling/rådgivning (8)

Medelsvår egentlig depression	KBT, IPT, Läkemedel (2), Korttids-PDT (3), textbaserad behandling med stöd (3)Kombinationsbehandling läkemedel och psykologisk behandling (10), tillägg av fysisk aktivitet (9), Basal kroppskänedom (10), depressionsskola (8), självhjälsgrupper (10),
Medelsvår egentlig depression med melankoliska drag (vuxna och äldre)	Läkemedel (1)
Svår egentlig depression	Läkemedel (1), ECT (3)
Återfallsförebyggande	KBT (1), Läkemedel (1)
Dystymi	SSRI/TCA (3), kombination KBT alt IPT (8)
Självmoordsnära tillstånd	Närstående medverkan (1)

Farmakologisk behandling

Vid farmakologisk behandling av depression rekommenderar Läkemedelskommittén i Uppsala SSRI (ospecificerat) eftersom det inte går att peka ut något SSRI som bäst. Undantag är sertralin, som helst bör undvikas på grund av hög risk för negativ miljöpåverkan, och escitalopram, vars kostnad är betydligt högre än andra SSRI utan säkert visad fördel. Har patienten tidigare svarat bra på ett preparat kan det ordineras igen. Tät uppföljning bör ske i början av behandlingen, t.ex. telefonkontakt och återbesök, är viktigt för patientens medverkan i behandlingen och för utvärdering av behandlingen.

Läs vidare ([se bilaga 12](#)) om utförligare riktlinjer för farmakologisk behandling.

Rekommendationer

Telefonkontakt efter 7 – 10 dagar. Fråga om patienten verkligen tar medicinen som ordinerat. Fråga om biverkningar och suicidalitet. Ge uppmuntran. Titrera upp enligt instruktioner (tex citalopram). Första återbesök efter 4 – 5 veckor. Ev telefonkontakt däremellan.

För att fortsätta behandlingen bör en viss förbättring ha skett inom sex veckor. Fullständig remission inträffar inte sällan först efter 2-3 eller flera månaders behandling. Behandla till full remission (MADRS < 10 poäng eller HADS <10 poäng).

- Vid förstagångsinsjuknandet minst 6-8 månader efter remission
- Vid andragångsinsjuknandet minst två år.
- Vid tredje insjuknandet kan flera års behandling vara aktuell. Diskutera gärna med specialist.

Sjukskrivning enligt [Försäkringsmedicinskt beslutsstöd](#).

Psykologisk behandling

Liksom vid farmakologisk behandling syftar all psykologisk behandling till minskade depressionssymtom, återvunnen arbetsförmåga och social funktion, samt minskad risk för återinsjuknande.

Vid mer okomplicerade tillstånd sker psykologisk behandling i primärvården, se vårdkedjan med uppdragsbeskrivningar som återfinns ovan i vårdprogrammet. Vid utebliven eller otillräcklig förbättring, vid minst tre försök till evidensbaserad behandling, bör psykiatrien konsulteras eller remiss skrivas, i möjligaste mån bör patienten ha all behandling hos samma vårdgivare.

Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer finns det ett starkt vetenskapligt stöd (Evidensstyrka 1) för att 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.

Kognitiv Beteendeterapi (KBT)

KBT kan något förenklat sägas vara en integration av två terapiformer, kognitiv terapi och beteendeterapi. Båda terapiformerna har empiriskt stöd vid depression. Beteendeaktivering är en form av beteendeterapi där man kartlägger sin aktivitetsnivå och försöker höja den.

Minskad aktivitet är ofta en konsekvens av depression och man tappar då även de positiva saker man haft i livet vilket gör att man fortsätter känna sig trött och orkeslös, bidrar till känsla av meningslöshet, och blir på så vis en del i depressionens onda cirkel.

Beteendeaktivering handlar om att bryta undvikandet av aktiviteter, att i små steg identifiera och återuppta aktiviteter man slutat upp med men som man upplevt meningsfulla. Man schemalägger såväl dessa aktiviteter såsom de som är mer vardagliga, krävande eller ”måsten” vilket syftar till att öka engagemanget i sitt liv och få kontakt med delar av omgivningen som upplevs positiva. På så sätt ger man inte efter för känslan av trötthet och hopplöshet eller väntar på att denna känsla ska förändras, utan jobbar aktivt med att bete sig i enlighet med de mål och värden man har med sitt liv, vilket visat sig inverka positivt på sinnesstämningen. I beteendeaktivering ingår också kontinuerlig utvärdering av hur man rör sig mot sina mål och värderingar.

Även i kognitiv terapi är det viktigt att hjälpa patienten att bryta inaktivitet men också att identifiera, ifrågasätta och testa de negativa tankeprocesser som ofta uppstår snabbt och automatiskt vid depressiva tillstånd. En första uppgift i terapin är att identifiera dessa tankar. Nästa steg blir att utmana de negativa tankarna undersöka om situationen går att tolka på annat sätt? Terapeut och patient undersöker på så sätt rimligheten i de automatiska tankarna. I kognitiv beteendeterapi försöker man också identifiera grundläggande attityder som ökar risken för depressioner. Efter genomgången terapi har patienten lärt sig nya sätt att hantera motgångar och besvikelser och står starkare rustad inför eventuella återfall.

Oavsett inriktning på KBT-behandling kan den förmedlas i flera format vid depression: individuell terapi, gruppterapi och datorbaserad vägledad självhjälp. Olika format rekommenderas vid olika svårighetsgrad och beroende på ålder.

KBT är en strukturerad behandlingsform som oftast utgår ifrån en manual med ett ungefärligt förutbestämt antal sessioner. (se bilaga 13) För mer generell information om KBT, klicka [här](#). Och mer om KBT för depression [här](#).

Psykologisk behandling med psykodynamisk psykoterapi (PDT)

Psykodynamisk psykoterapi bygger på den psykoanalytiska traditionen men har utifrån den utvecklats och förändrats radikalt både inom teorin och i det praktiska utövandet. Det finns idag olika former av psykodynamiska terapier och såväl längre behandlingar, med mer omfattande förändringar som mål, som korttidsterapier med fokus på avgränsade problemområden. Terapisessionerna äger vanligtvis rum en gång i veckan, i längre behandlingar ibland tätare. Korttidsterapier består av ca 10 sessioner. Beteendemönster och tankar som är hindrande för gott fungerande och hälsa uppmärksammas liksom förhållningssätt till och sätt att uttrycka känslor. Insikt hur mönstren uppstått kan användas som hjälp till förändring men fr a betonas utforskningen av det egna sättet att reagera i nuet. Målet med psykodynamisk terapi är dels symtomförbättring, det vill säga att problemet försvinner eller minskar kraftigt i betydelse, dels nya färdigheter. Detta innebär såväl förändringar på det inre planet (tanke, känsloupplevelse, självförståelse) som yttre beteendeförändringar i det vardagliga livet. Under de senaste åren har det publicerats studier som med hjälp av vedertagna vetenskapliga metoder visat att psykodynamisk psykoterapi har effekt vid behandling av depression.

Psykologisk behandling med textbaserade behandlingsåtgärder

Textbaserade behandlingsinsatser för depression omfattar självhjälpplitteratur och internetbaserad behandling, exempelvis internetbaserad KBT. Behandlingen sker via texter. Innehållet i behandlingsprogrammen utgår ofta från KBT och varar i genomsnitt i 6–10 veckor. Behandlingen kan ges i primärvården eller vid specialiserade enheter. Graden av interaktivitet med en behandlare varierar, men ofta ingår telefonstöd eller kontakt via e-post. Undantaget är de datoriserade programmen som har en viss interaktivitet inbyggd i själva programmen.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har positiv effekt vid depression både för att förhindra depressionsepisoder och för att behandla dem. Det är en fördel om den fysiska träningen sker parallellt med sedvanlig behandling med mediciner och samtal. Många studier har metodologiska brister och det finns fortfarande få långtidsstudier, men fysisk träning vid lätt depression har vetenskapligt stöd. (Se rekommendationerna som ges i Nationella riktlinjerna ovan under stycket bedömning av lämplig insats.) Kontraindikationer- Underviktiga patienter med diagnostiserad ådstörning bör inte ordinerats fysisk träning vid depression.

Övriga hälsoeffekter av fysisk aktivitet är också viktiga, då depression ofta samvarierar med andra kroppsliga sjukdomar. Att använda fysisk aktivitet som en del av behandlingen är en stor vinst, både för den enskilda individen och för samhället. Vid ordination av fysisk aktivitet på recept (FaR) rekommenderas en basaktivitet, dvs vardagsaktivitet tex gå i trappor, trädgårdsarbete och städning i pratvänlig takt varje dag under 30 minuter, kan delas in i 10 minuters pass. Konditionsträning som tex stavgång, jogging, cykling och simning 30 min, 2gg/v i minst 9 veckor. Tiden är viktig 20 min räcker, men gärna 30-45 min. Kan vara bra att träna i grupp med ledare. Gärna i ljusa trevliga lokaler och i dagsljus. Styrketräning 30-60 min, 8-10 övningar, 1-3 set med 8-12 repetitioner under 2-3 gg/v i minst 9 v.

ECT-behandling

ECT-behandling (Electroconvulsive treatment) är en effektiv behandling för i huvudsak svåra depressioner med melankoliska eller psykotiska inslag samt depressioner med hög självmordsrisk. Läs mer om ECT [här](#). För att läsa socialstyrelsens granskning av ECT läs [Här](#) För länk till meddelandeblad till patient vid ECT-behandling: Klicka [här](#).

Det finns ett kvalitetsregister för ECT som kan nås på länken <http://psykiatriregister.se/content/register>

Psykosociala insatser vid depressionsbehandling

Depression är en sjukdom som på grund av sina symtom ofta påverkar alla områden i livet. Både arbete, ekonomi, fritid och relationer brukar bli drabbade. Inte sällan handlar det också om att olika sociala faktorer kan vara direkt orsak till depressionen eller så kallade vidmakthållare, något som gör att personen inte tillfrisknar trots adekvat medicinsk behandling.

Kuratorns uppgift vid depressionsbehandling handlar om att ha en helhetssyn på patientens problem och kartlägga och uppmärksamma psykosociala faktorer som påverkar den psykiska hälsan. Att gå i behandling hos kurator kan handla om stödsamtal där man fokuserar på de resurser patienten har och motivera denne att använda dessa på ett konstruktivt sätt. Kuratorn har även en god samhällskänedom och kan vara behjälplig i att initiera återgång i arbete, hänvisa till olika stödinsatser i samhället, eller rent praktisk hjälp såsom att fylla i blanketter och kontakta olika myndigheter. Inom psykiatrin ingår ofta i kuratorns uppdrag att ha kontakt med barn och andra anhöriga, både individuellt, tillsammans med patienten eller i form av anhörigutbildningar.

Omvårdnadsinsatser inom slutenvård

Inom psykiatrisk slutenvård är det omvårdnadspersonal som träffar deprimerade patienter i störst utsträckning. Psykiatrisk slutenvård kan se mycket olika ut inom olika landsting och enheter. Här beskrivs några viktiga aspekter av psykiatrisk omvårdnad vid depression.

Omvårdnad för deprimerade patienter är att:

- Hjälpa patienten att sortera och fokusera på sina styrkor och minimera uppmärksamheten på gamla misslyckanden.
- Uppmuntra patienten till att delta i gruppaktiviteter.
- Hjälpa patienten att identifiera problemområden som han/hon vill förändra.
- Göra ett dagligt tidschema för patienten, då deprimerade patienter behöver mycket struktur eftersom patientens förmåga att ta beslut och lösa problem oftast är nedsatt.
- Tänka på att djupt deprimerade patienter oftast har svårare än andra att delta i en aktivitet tidigt på dagen.
- Omvårdnad av patienten bör syfta till ökad egenmakt hos patienten och minskat vårdbehov.

Omvårdnadsåtgärder för patienter med suicidriskbeteende

- Fråga patienten rakt på sak om han/hon har suicidtankar, vad han/hon i så fall planerar och om det är patientens mening att fullfölja sina planer.
- Om patienten inte har suicidtankar för närvarande, fråga när patienten hade det senast.
- Skapa en säker miljö för patienten och avlägsna alla farliga föremål för patienten.
- Uppmana patienten till att söka upp personal vid självmordstankar.
- Uppmuntra patienten att verbalisera sina känslor.
- Ägna mycket tid tillsammans med patienten!

Utvärdering av insatser

För såväl psykologisk som farmakologisk behandling till alla ovan nämnda diagnoser är syftet ökad funktionsnivå, minskade symtom, återvunnen arbetsförmåga och social funktion. Ett annat viktigt mål är minskad risk för återinsjuknande. Utvärdering av dessa mål bör ske kontinuerligt under behandlingen samt vid avslut.

En god utvärdering av insatser förutsätter att använder väl utprovade instrument för att mäta effekten av vald insats såväl före som under och efter insatsen. Här följer en kort lista över frågeställningar och instrument som kan användas för att mäta effekten av insatser:

Viktiga frågeställningar att mäta före och efter insats	Väl utprovade instrument (för tydligare beskrivning se diagnos avsnittet)
Uppfyller personen kriterier för diagnos (både depression och annan samsjuklighet)	MINI, SCID, HADS.
Minskade symtomnivån	MADRS-S-självskattning, MADRS-klinikerskattning, HADS.
Ökade funktionsnivån	GAF, SDS

Vägen vidare - samarbetspartners, andra stödinsatser

Vägen vidare innebär att specialistpsykiatrin vill vara en bro över till andra aktörer och instanser som kan bidra till vidmakthållande av behandlingsframsteg, ökad återhämtning och minskad risk för återinsjuknande.

Detta är viktigt eftersom man i samband med psykisk ohälsa ofta utvecklar livsstilsförändringar - som att man drar sig undan social kontakt, får svårare att klara sitt arbete eller blir fysiskt inaktiv. För att återhämta sig från psykisk ohälsa behöver man som oftast hjälp med både sina symtom och livsstilsförändringar. Därför vill specialistpsykiatrin underlätta och hjälpa patienter att etablera kontakter med olika aktiviteter i samhället utanför sjukvården som kan hjälpa till med återhämtning från psykisk ohälsa. Att bryta negativa livsstilsförändringar genom att börja aktivera sig i olika sammanhang ger möjligheter att börja bygga upp en annan självbild än som patient och vårdsökande.

Det finns översiktliga sammanställningar av landstingets, kommunernas, brukarföreningarnas, försäkringskassans och arbetsförmedlingens verksamheter i Uppsala, Knivsta, Tierp, Östhammar och Heby. Detta är länken till guiderna:

<http://www.akademiska.se/sv/Verksamheter/Psykiatridivisionen/> (extern hemsida)

Brukarföreningar

Brukare kan vara en stor tillgång i vården för att utifrån sin brukarerfarenhet hjälpa och vägleda andra brukare. Det finns ett flertal brukar-, patient-, närstående- och intresseorganisationer som är viktiga att informera om. Patientföreningen balans (www.foreningenbalans.se) riktar sig särskilt till personer som har erfarenhet av depression eller bipolär sjukdom och till anhöriga. Här följer en lista på alla föreningar som kan vara relevanta:

Anorexi, bulimi www.abkontakt.se

Autism och aspergerföreningen www.autism.se

BRIS www.bris.se

Depression, bipolär sjukdom www.foreningenbalans.se

Fontänhus/fountain house www.sverigesfontanhus.se

Kris- och stödsamtal www.nationellahjalplinjen.se

Föräldraföreningen mot narkotika www.fmn.org.se

Neuropsykiatriska funktionshinder Riksförbundet Attention www.attention-riks.se

Patient- och klientorganisation www.rsmh.se

Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende RFHL www.rfhl.se

Riksförbundet för sexuellt likaberättigande RFSL www.rfsl.se

Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd (SPES) www.spes.nu

Sorg, dödsfall VIMIL Vi som mist någon mitt i livet www.vimil.se

Schizofreniförbundet, intresseföreningen för schizofreni och andra psykoser. (IFS) www.schizofreniforbundet.se

Riksförbundet för sexualupplysning RFSU www.rfsu.se

Föreningen Vi Som Förlorat Barn VSFB www.vsfb.se

Tvångssyndrom Svenska OCD-förbundet ANANKE www.ananke.org

Föreningen för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna (FUB) www.fub.se

Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH, www.nsph.se,

NA anonyma narkomaner www.nasverige.org,

AA anonyma alkoholister www.aa.se,

Ångestsyndrom Svenska Ångestsyndromsällskapet www.angest.se/riks

Habilitering

På Habiliteringen för barn och vuxna ger man råd, stöd, utbildning och behandling till dig som har funktionsnedsättning. Här är länken till habiliteringen i Uppsala läns landsting: http://www.lul.se/templates/page_523.aspx

Kommunalt stöd

Försörjningsstöd: för den som saknar eller har låg inkomst

Familjerådgivning: vid relationsproblematik

Råd och behandling: psykologisk behandling vid bl.a. missbruk

Personlig assistent, ledsagare: för stöd, enligt LSS

Boendestöd: Beviljas dem som på grund av sin psykiska funktionsnedsättning behöver stöd för att kunna genomföra olika saker både i hemmet och utanför. Det kan till exempel vara stöd till att göra inköp, städa, åka buss, komma iväg till inbokade möten, ta sig för att betala räkningar eller sköta sin hygien. Stödet är inte begränsat till den egna bostaden utan ska också ge möjlighet att delta i samhällslivet. Ansöks om hos kommunens biståndshandläggare. Kostnadsfritt. Tel: 018-727 50 00

Budget och skuldrådgivningen:

Kan hjälpa till med att exempelvis göra en hushållsbudget, se över ekonomin och hjälpa till att prioritera, ansöka om skuldsanering, hjälpa till att kontakta fordringsägare etc. Kostnadsfritt.

Kontaktperson: En kontaktperson ska vara ett personligt stöd till personer med funktionsnedsättning. Kontaktpersonen ska hjälpa den enskilde på olika sätt i personliga angelägenheter. Kontaktpersonen kan även vara som en vän för personer med funktionsnedsättning som saknar gemenskap med andra till exempel i arbetslivet eller fritidssammanhang. En viktig uppgift bör vara att hjälpa till att bryta den enskildes isolering och underlätta ett självständigt liv i samhället. Ansöks om hos kommunens biståndshandläggare. Kostnadsfritt Tel: 018-727 50 00

Kommunens boendeenhet: kommunal borgen och bostadssociala kontrakt

Särskilt boende med stöd: I kommunen finns särskilda bostäder med stöd i form av personal i varierande grad från hela dygnet till deltid vardagar

Capella ett socialt arbetskooperativ: Socialt arbetskooperativ, 20 platser

Jobbcenter: www.uppsala.se/jobbcenter

Studentstödet: för studenter vid Uppsala Universitet med funktionshinder

Försäkringskassa

Ekonomisk ersättning vid sjukdom

www.forsakringskassan.se

Tel: 0771 – 524 524

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>

Arbetsförmedling

Arbetsförmedlingen har ett särskilt uppdrag att prioritera personer med psykiska funktionshinder.

Arbetsförmedlingen ska prioritera personer som:

- varit sjukskrivna mellan 91 och 180 dagar och som kan behöva stöd för omställning till annat arbete
- personer som varit sjukskrivna i mer än 180 dagar som har behov av rehabiliteringsåtgärder i samverkan
- personer med aktivitetsersättning

Väl utvecklade gemensamma insatser anpassade till rehabiliteringskedjan är en förutsättning för att stödja den enskildes återgång i arbete och för att skapa fler vägar in på arbetsmarknaden. För att läsa mer om stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Klicka [här](#).

Arbetsförmedlingen har även särskilda resurser avsatta till denna målgrupp.

För vidare information ring Arbetsförmedlingen på tfn: 018- 68 35 00

Andra aktörer och stödfunktioner

De olika studieförbunden i Uppsala har ett varierande utbud av gruppverksamhet. Det finns bland annat studiecirklar som bygger på självhjälpslitteratur utifrån KBT men även kreativa kurser och fysiska aktiviteter. HSO i Uppsala län bedriver folkhälsoinriktat arbete på kursgården Ekolnäs för brukare.

Anhörigcentrum: Ger stöd och rådgivning till dig som vårdare eller hjälper en anhörig/närstående, både i form av individuella samtal med anhörigkonsulent, men kan även hjälpa till med kontakter inom exempelvis kommun, landsting och föreningar. Har även självhjälpsgrupper och anhörigcafé. Kostnadsfritt: Tel: 018-727 92 00

Personligt ombud: För den som har en psykisk funktionsnedsättning och är över 18 år. De kan hjälpa till med information kring olika möjligheter till stöd. Hjälpa till med aktiv samordning och stödja i olika myndighetskontakter. Kostnadsfritt. Tel: 018-56 09 70

Stödperson: som tvångsvårdad har man rätt till en stödperson.

Stadsmissionen: En mängd stödfunktioner, www.uppsalastadsmission.se

Frälsningsarmén: en mängd stödfunktioner, 018-13 13 07

Sagahemmet: hem för vård och boende, 018-10 08 01, www.sagahemmet.com

Jourhavande präst: 112

Brottsofferjouren: 018-106500

Kvinnofridslinjen: 020505050

Jourhavande medmänniska: 08-702 16 80

Nationella hjälplinjen: Jourtelefon för personer med akut psykisk kris som behöver någon att prata med samt även för anhöriga i behov av råd och stöd. Man är anonym och samtalet syns ej på telefonräkningen. Tel: 020-22 00 60

Kvalitetsregister

Inom psykiatrin pågår en omfattande utveckling av de psykiatriska kvalitetsregisterna. För att läsa mer om psykiatriska kvalitetsregister, <http://psykiatregister.se/>