

Flertalet deprimerade patienter kan behandlas i primärvården

Var sjätte primärvårdspatient har depressionssymtom, men högst hälften identifieras och än färre behandlas. Det är angeläget att sprida kunskap om hur vanligt depressionstillståndet är och hur man känner igen det, samt att de flesta fall kan och bör skötas inom ramen för primärvårdens resurser och kompetens.

Med hjälp av diagnostiska självskattningsformulär kan fler patienter med depressionsbesvär identifieras, oberoende av vad de sökt hjälp för. Tidig diagnos och behandling förbättrar prognosen, minskar risken för sekundära komplikationer och reducerar den totala sjukvårdskostnaden.

Olika grader av nedstämdhet och depression är synnerligen vanliga i den allmänna befolkningen; minst var fjärde kvinna och var sjätte man drabbas någon gång under livet av depression [1]. I primärvården kan distriktsläkaren förvänta sig att hos var femte-sjätte patient finna depressiva drag av en sådan dignitet att behandling bör övervägas. Nedstämdheten kan vara ett delfenomen eller utgöra orsaken till patientens lidande. Man kan bli nedstämd/deprimerad av många olika anledningar: påfrestningar i livet, besvikelse, kränkning, förlust av nära och kära, förlora sitt arbete eller sin heder eller på grund av det faktum att man drabbats av en kroppslig sjukdom. Ärftliga faktorer och tidigare erfarenheter påverkar individens sårbarhet och reaktionssätt.

Att känna igen en depression är inte alltid så lätt. Det är oftast inte det

känslomässiga tillståndet som patienten först rapporterar till sin (allmän-)läkare, utan det vanliga är att patienten beskriver någon form av kroppslig symptomatologi. Detta är inte ett medvetet försök att dölja sin själsliga nöd. Depression yttrar sig inte sällan i fysiologiska störningar såsom värk eller spänningssymtom och patienten är ofta omedveten om sambandet mellan det själsliga och det kroppsliga tillståndet. Dessutom är det mer accepterat att söka hjälp för smärta i kroppen än i själen.

Depression som riskfaktor

Under det senaste decenniet har medvetenheten ökat om att depression inte bara är en folksjukdom som förekommer hos ca 5 procent av befolkningen, utan också att depression är en betydande riskfaktor för kroppslig ohälsa i stort.

Periodvis och reaktiv nedstämdhet är en del av livet, dvs en normal reaktion på påfrestningar. Men när nedstämdheten blir långvarig eller djup rubriceras den som egentlig depression. I studier [2, 3] har man funnit att av dem som haft en egentlig depression återfaller 75 procent i en ny episod; statistiskt sett kommer de att tillbringa 20 procent av sin återstående livstid i depressiv fas och 15 procent av dem dö i självmord. Dessutom har de deprimerade en fyra gånger förhöjd risk att insjukna och dö i hjärt-kärlsjukdom. Det är med andra ord ingen överdrift att påstå att depression är en allvarlig sjukdom.

Kropp och själ

Den kroppsliga hälsan försämras således till följd av det psykiska lidandet och vice versa. Exempelvis är livslängden för patienter med kliniskt signifikant depression i anamnesen i genomsnitt 15 procent kortare. Depression har tillsammans med cancer, diabetes och ischemisk hjärtsjukdom en signifikant överdödlighet, även om suicidfallen är borträknade. Deprimerade individer är också högkonsumenter av somatisk vård och läkemedel i stort. Det är vanligt att deprimerade har ett påtagligt kroppsligt lidande, både subjektivt och objektivt. De kan ha besvär i form av

spänningssymtom, värkproblematik, funktionella mag- och tarmstörningar, neurologiska symtom eller ha symtom som vid amalgamsjuka, elallergi eller bildskärmssjuka. Därmed inte sagt att de somatiska symtomen enbart har sin förklaring i det psykiska lidandet, men det är uppenbart att det finns en stark koppling mellan de kroppsliga och själsliga problemen.

I böckerna Ont i själ och hjärta [4] och Smärta i själ och hjärta [5] diskuteras sambandet mellan psykisk stress, depression och ångesttillstånd å ena sidan och kardiovaskulära sjukdomar å den andra. På basen av ett antal moderna studier [6, 7] fastslår författarna att patienter med depression är riskpatienter för hjärt-kärlsjukdom, och om depressionen debuterar efter det somatiska insjuknandet är prognosen försämrade med svårare sjukdomsförlopp och högre dödlighet.

Om depressionen behandlas minskar risken för återinsjuknande. Till riskfaktorer för (för-)tidig död i hjärtinfarkt eller cerebrovaskulär skada bör man således idag också räkna depression (och ångest) utöver de traditionella såsom rökning, övervikt, högt blodtryck, höga blodfetter etc. Somatiskt sjuka, deprimerade patienter medverkar sämre i behandlingen; följsamheten vad gäller farmakabehandling är mindre god och råd om levnadssätt efterföljs inte, varvid prognosen ytterligare försämras.

Hur vanlig är depression och vem drabbas?

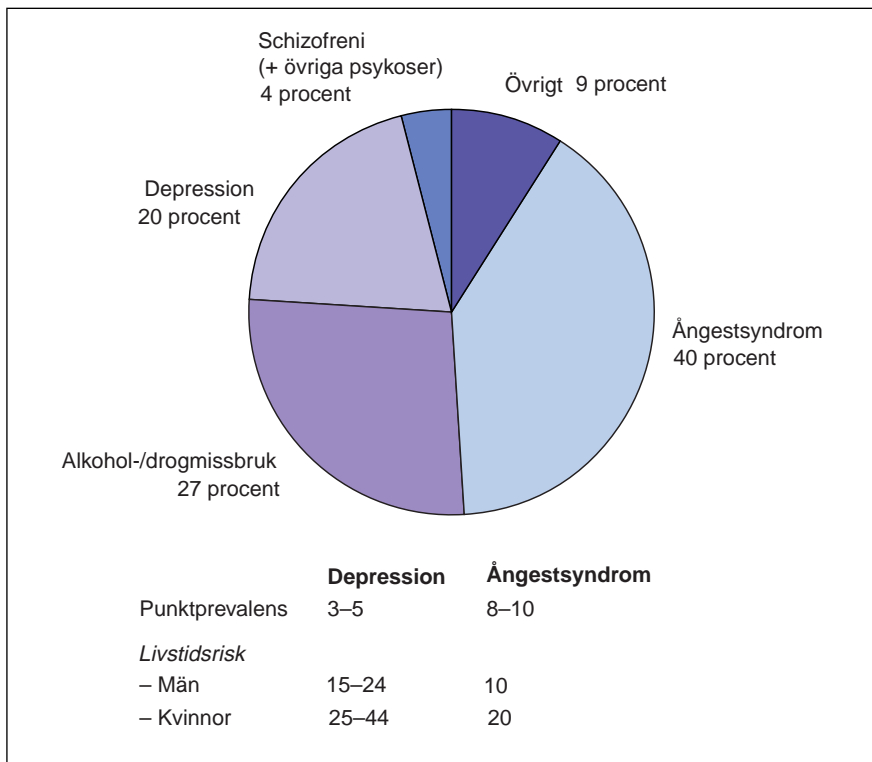
WHO har rankat depression som den sjukdom i världen som fram till år 2020 förorsakar flest antal år med nedsatt välbefinnande och arbetsförmåga. Depression rankas tvåa vad avser totala samhällskostnaden [8]. I primärvårdspopulationen förekommer depressioner hos 8–17 procent av patienterna. I WHOs primärvårdsstudie från 1996 [9, 10], som omfattade 15 europeiska länder och över 78 000 osekulerade primärvårdspatienter, fann man att 16,8 procent uppfyllde kriterierna för depression, att högst hälften av dessa identifierades av allmänläkarna samt att en än mindre andel fick behandling mot depressionen. I denna studie och i liknan-

Författare

OWE BODLUND

docent, överläkare, institutionen för klinisk vetenskap, psykiatri, Umeå universitet.

E-post: Owe.Bodlund@psychiat.umu.se



Figur 1. Förekomst av psykisk sjukdom (6-månadersprevalens i allmänna befolkningen) [1, 2, 14]. Procent.

de studier från USA och Sverige konstaterar man att kontakthanledningen i allmänhet var kroppsliga besvär och att den psykiatriska problematiken förblev dold [11–16].

Livstidsrisken att någon gång insjukna i depression har i olika studier beräknats till 25–44 procent för kvinnor och 15–24 procent för män [1]. Som framgår av Figur 1 utgör depressioner och ångesttillstånd tillsammans ca 60 procent av den totala psykiatriska sjukligheten i den allmänna befolkningen. Allvarliga psykiatriska tillstånd som psykoser, personlighetsstörningar etc, utgör enbart 10–15 procent. Ångest och depression är nära förknippade med varandra, där det ena leder till det andra i 50 procent av fallen [9, 16].

Vem som helst kan drabbas av nedstämdhet/depression, men en del har en ökad sårbarhet, sannolikt genetiskt betingad, att reagera med depression, medan andra reagerar med kroppsliga symptom såsom muskelspänningar, magtarmsbesvär eller allergiska reaktioner. Att kvinnor drabbas i större utsträckning än män har delvis biologisk grund (ärflighet, cyklicitet etc), men är i stor utsträckning också socialt betingat. Kvinnor har lättare att sätta ord på känslomässiga problem och söker hjälp tidigare, medan männen i stället förnekar, somatiserar eller dövar besvären med alkohol. När depression hos män väl kan diagnostiseras har tillståndet ofta blivit djupt och allvarligt. Själv-

mordsrisken bland deprimerade män är högre än bland deprimerade kvinnor.

Nedstämda/deprimerade identifieras inte

Utifrån ovan beskrivna prevalenstal för depression är det förvånande att depression i officiell primärvårdsstatistik endast svarar för några enstaka procent av alla primärvårdsbesök. Denna underdiagnostik kan förstås (men inte försvaras) av att patienterna i ca 95 procent av fallen sökt på grund av kroppsligt besvär och av att det finns en rädsla att psykiatisera mänskligt lidande, brist på tid och kunskap samt kvardröjande fördomar hos både patienter, anhöriga och personal.

Utöver att de flesta deprimerade inte identifieras och behandlas – trots att de sökt hjälp i primärvården – vet vi också (Figur 2) att merparten av de deprimerade överhuvudtaget inte söker hjälp [9–13, 17, 18]. Av 100 deprimerade i befolkningen kommer 10–12 i åtnjutande av adekvat behandling. En del av förklaringen är sannolikt uppfattningen att depression är en naturlig reaktion som är av övergående karaktär samt att gemene man inte tror att depression går att behandla. Det är inte ovanligt att deprimerade individer uppfattar sitt tillstånd som en individuell svaghet alternativt att det är självförvållat.

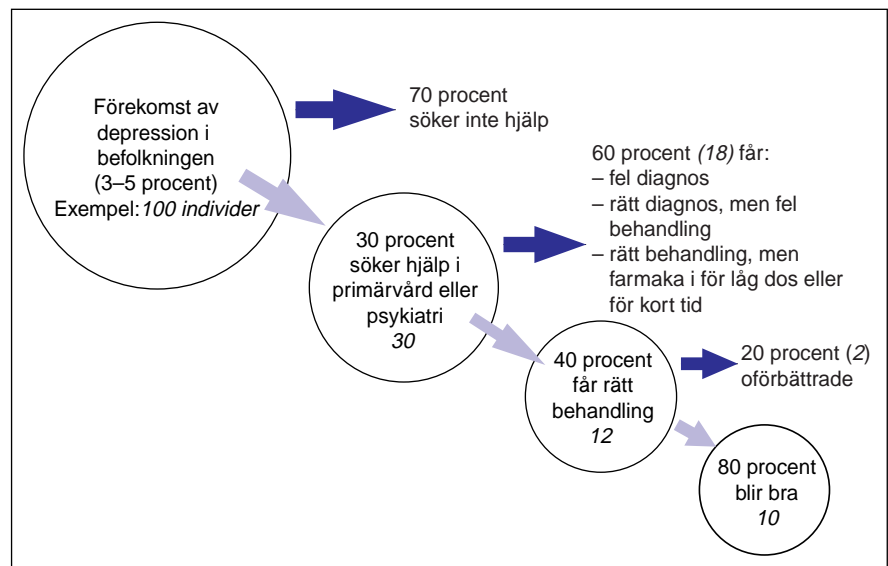
Kunskapsnivån har höjts

Den allmänna kunskapsnivån i befolkningen om hur man känner igen och behandlar depression har dock höjts. Fördomarna har minskat och den yngre generationen har lättare att formulera sitt lidande i emotionella termer och att reflektera över psykologiska och sociala orsaksfaktorer. De senaste årens debatt i massmedia om »lyckopillrens» för- och nackdelar har också bidragit till ökad acceptans och ökad benägenhet att söka för dessa besvär.

Sedan 1992 har förskrivningen av antidepressiva medel (uttryckt i antal behandlade patienter) mer än fördubblats. Ökningen utgörs av de moderna antidepressiva medlen, de så kallade SSRI-preparaten. Primärvårdsläkarna svarar idag för ca 60 procent av förskrivningen av antidepressiva medel. Därtill har användningen av naturläkemedel som johannesört också ökat.

Jag har i egna studier [13] visat att konsultsamarbete mellan psykiatrin och primärvården samt utbildningsinsatser drastiskt ökar andelen identifierade

Figur 2. Underdiagnostik och underbehandling [9, 10, 13, 22]. Exemplet är baserat på 100 individer.



rade och behandlade patienter med depression och ångest. Vid utvärdering efter ett års samarbete visade det sig att distriktsläkarna identifierade dubbelt så många patienter som tidigare, och att andelen som behandlades mot depression/ångest ökat cirka tre gånger (från 4 procent till 11,4 procent av hela den undersökta populationen; N=677).

Diagnostiska hjälpmedel i primärvården

Att identifiera depression förutsätter en förtroendefull relation mellan patient och läkare, och dessutom kontinuitet i kontakten. Studier av exempelvis Spitzer och medarbetare [11] och Bodlund och medarbetare [13] visar att enkla diagnostiska screeningformulär kan vara distriktsläkare till stor hjälp när det gäller att komma inte bara depressivitet utan också ångest och eventuellt missbruk på spåren.

Det är min uppfattning att i primärvården är självskattningsinstrument överlägsna, då de möjliggör att inom befintligt tidsutrymme med hjälp av patientens egna utsagor diagnostisera dessa tillstånd. Den extremt höga svarsfrekvensen, över 90 procent, vid användning av exempelvis HAD (Hospital anxiety and depression scale) talar också för att patienterna inte har något emot att besvara frågor av känslomässig natur och att de uppfattar frågeställningarna som relevanta.

Det finns också flera väl utprovade, intervjubaserade frågeformulär (exempelvis HAM-D och MADRS) [19, 20]. De har dock nackdelen att vara konstruerade främst för att bedöma svårighetsgrad och följa förlopp, och är dessutom alltför tidskrävande för rutinmässig användning. Självskattningsformulären däremot tar ingen läkartid alls. Patienten fyller i formuläret i väntrummet eller till nästa återbesök. Läkaren kan med hjälp av patientsvaret snabbt konstatera om patienten subjektivt har ett lidande av depressiv karaktär, och bekräfta diagnosen med en fördjupad anamnes.

Detta innebär också att patienten och doktorn kan bli överens om att problematiken föreligger. För distriktsläkaren blir det sedan en pedagogisk uppgift att förklara tillståndets art och uppkomstmekanismer samt motivera till behandling. Av kontinuitetsskäl är det gynnsamt om behandlingen sköts av patientens egen husläkare/allmänläkare.

Jag vill således rekommendera något av nedan beskrivna självskattningsformulär. Samtliga finns tillgängliga på svenska, är tillräckligt »träffsäkra» och föga tidskrävande, varför de med fördel kan användas i allmänpraxis. Flera av screeninginstrumenten är datoriserade, vilket underlättar hantering, databear-

Faktaruta 1. Exempel på frågor i HAD

Under den senaste veckan ...

Jag ser med glädje fram emot saker och ting: Jag känner mig spänd eller nervös:

- | | | | |
|--|-----|--------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Lika mycket som tidigare | 0 | <input type="checkbox"/> Mestadels | (3) |
| <input type="checkbox"/> Mindre än tidigare | (1) | <input type="checkbox"/> Ofta | (2) |
| <input type="checkbox"/> Mycket mindre än tidigare | (2) | <input type="checkbox"/> Av och till | (1) |
| <input type="checkbox"/> Knappast alls | (3) | <input type="checkbox"/> Inte alls | (0) |

betning och tolkning. Formulären kan också användas för att följa ett förlopp och för att mäta effekterna av insatt behandling.

HAD – Hospital anxiety and depression scale [21] är ett enkelt självskattningsformulär (1 A4-sida) som innehåller sju frågor om depression och sju om ångest. Varje fråga kan ge maximalt tre poäng. Det tar ca 5 minuter att fylla i formuläret och poängen summeras med hjälp av en rätningsmall. Om resultatet överstiger tio depressions- respektive ångestpoäng talar detta för ett kliniskt signifikant tillstånd, vilket motiverar fördjupad diagnostik och eventuell behandling. (Exempel på frågor i HAD ges i Faktaruta 1.)

HAD-skalan är utarbetad för användning i somatisk vård och i primärvård. I Sverige har skalan utnyttjats bl a för att följa förloppet hos deprimerade cancerpatienter samt i ovan beskrivna primärvårdsstudie omfattande 677 patienter [12, 13]. I Norge har nyligen en stor epidemiologisk studie genomförts, och i Sverige pågår för närvarande en omfattande screeningundersökning med

användande av HAD i avsikt att belysa sambandet mellan depression/ångest och andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. HAD-screening har en träffsäkerhet (prediktiv validitet) på ca 70 procent.

Psykiatrisk egenbedömning, CPRS-S-A [22, 23] är ett självskattningsformulär omfattande 19 frågor. Instrumentet screenar för depression, ångest och tvångstillstånd. Frågorna är sammansatta utifrån flera kända och väl validerade skalor, och överensstämmelsen med expertskattningar är god ($r=0,80$). Varje fråga besvaras på en sexgradig skala som kan ge maximalt tre poäng. Formuläret omfattar tio sidor och tar ca 15 minuter att fylla i. Av de 19 frågorna avser nio depressionsdiagnosen, nio gäller ångeststillstånd och åtta frågor avhandlar tvångstillstånd. Således är flera av frågorna gemensamma för samtliga tre tillstånd. Formuläret är konstruerat och validerat i Sverige, och avsett att vara ett diagnostiskt hjälpmedel i psykiatrisk öppenvård och i primärvård. Till skattningsformuläret hör en manual med

Faktaruta 2. Exempel på frågor i CPRS-S-A

De senaste tre dagarna ...

1. Sinnesstämning

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

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

2. Oroskänslor

Här ber vi dig markera i vilken utsträckning du haft känslor av inre spänning, olust och ångest eller odefinierad rädsla under de senaste dagarna. Tänk särskilt på hur intensiva känslorna varit, och om de kommit och gått eller funnits nästan hela tiden.

- | | |
|--|---------|
| Jag känner mig mestadels lugn. | 0-0 |
| Ibland har jag obehagliga känslor av inre oro. | 0,5-0,5 |
| Jag har ofta en känsla av inre oro, som ibland kan bli mycket stark, och som jag måste anstränga mig för att bemästra. | 1-1 |
| Jag har fruktansvärda, långvariga eller outhärdliga ångestkänslor. | 1,5-1,5 |
| | 2-2 |
| | 2,5-2,5 |
| | 3-3 |

ANNONS

Faktaruta 3. Exempel på frågor i Prime-MD, patientformulär

Under den senaste månaden ...

18. Känt Dig illa till mods,
deprimerad eller känt att
framtiden ser hopplös ut

Ja Nej

23. Har någon klagat på att
Du dricker för mycket?

Ja Nej

28. Är Du rädd för att bli
generad, eller förödmjukad
i sociala situationer, eller
undviker Du sådana situationer

Ja Nej

rättningsmall, valideringsresultat samt DSM-IV-kriterier för respektive tillstånd. (För exempel på frågor i CPRS-S-A se Faktaruta 2.)

Prime-MD [11] är konstruerat och utvärderat i USA på en primärvårdspopulation på 1 000 individer. Instrumentet består av en självskattningsdel (1 A4-sida) där patienten svarar »Ja» eller »Nej» på sammanlagt 28 korta frågor om den psykiska hälsan (se exempel i Faktaruta 3). Självskattningsdelen screenar för depression, paniksyndrom, social fobi, tvångssyndrom, alkoholmissbruk, sömnproblem, ätstörning och somatoforma syndrom. Till självskattningsformuläret hör också ett mer omfattande intervjubaserat frågeformulär.

Överensstämmelsen mellan patientens självskattade symtom och expertbedömning är god för depression, ångest och missbruk, men mindre god för somatoforma syndrom. I primärvård ter sig självskattningsdelen mycket användbar då den är enkel att hantera och föga tidskrävande. Intervjudelen är däremot alltför tidskrävande för rutinbruk. Intervjufrågorna kan dock med fördel användas för att verifiera DSM-IV-diagnoserna.

Utöver dessa tre finns ytterligare diagnostiska hjälpmedel att tillgå på svenska, t ex SPIFA, Beck's depression inventory (BDI) samt HAM-D och MADRS.

Samtliga självskattningsinstrument är så konstruerade att de ska vara överinklusiva. Patienten har i allmänhet en tendens att överskatta sina symtom jämfört med expertskattningar. Detta innebär att screeninginstrumentet kommer att fånga upp också en del falskt positiva fall, men givetvis också missa ett och annat verkligt fall. Screeninginstrument är ett hjälpmedel för läkaren och ger en fingervisning om när man ska gå vidare i en fördjupad diagnostisk intervju. Självskattning tar hänsyn till patientens upplevelse och underlättar ofta kommunikationen mellan patient och läkare.

Behandlingsaspekter

Deprimerade har oftast svårt att prata om sina problem med anhöriga och arbetskamrater, och än svårare att be-

skriva symtomen för sin doktor. Här måste vården och närstående vara den aktiva parten och påtala vad man ser och ställa konkreta frågor för att hjälpa individen att se samband och finna lösningar.

En rad egenvårdsåtgärder (inklusive behandling med johannesört) är möjliga i det tidiga skedet. Om tillståndet har fördjupats bör patienten erbjudas antidepressiv farmakologisk behandling i kombination med uppföljande stödkontakter, och eventuellt också psykoteraeutiska insatser. Farmakologisk underhållsbehandling kan behövas för att undvika återfall, men det avgörande är att tidigt bryta den onda cirkeln som annars har en tendens att bli en nedåtgående spiral, allt svårare att påverka.

Eftersom depression är synnerligen vanligt i primärvården är det självklart att tillståndet inte bara ska diagnostiseras utan också behandlas på den vårdnivån. Att remittera till specialistpsykiatri kan bli aktuellt efter ett eller två misslyckade behandlingsförsök eller när tillståndet är komplicerat med samsjuklighet, självmordsproblematik eller samtidig personlighetsstörning.

Primärvården är den optimala vårdnivån för de flesta deprimerade patienter. Behandlingsinsatserna kan indelas i följande kategorier (beroende på svårighetsgrad): 1. Egenvårdsrekommendationer vid lätt nedstämdhet/depression. 2. Stödsamtal hos läkare/kurator/psykolog eller annan lämplig personal,

i kombination med 3. Antidepressiva läkemedel. 4. Remiss till psykiatrisk mottagning, psykoterapeut etc.

Inte sällan har man i primärvården problem med att avgöra om tillståndet huvudsakligen är ett ångesttillstånd eller en depression; de flesta patienter visar symtom av båda lagen [9, 13, 16]. Denna svårighet är en realitet men är inte avgörande för valet av behandling, som i praktiken är densamma för ångest och depression, dvs antidepressiva medel av typen SSRI i kombination med stödjande och uppföljande kontakt. Vetenskapliga studier har också visat att kognitiva och beteendeterapeutiska tekniker är effektiva vid depressions- (och ångest-)behandling, men därvidlag är resurserna extremt begränsade, inte bara inom primärvården utan också inom psykiatri.

I de flesta fall är adekvat behandling fullt möjlig att genomföra i primärvården, och man kan förvänta sig en positiv behandlingseffekt i mellan 60 och 80 procent av fallen. De återstående 20–40 procenten som inte förbättras bör remitteras till specialist. Utebliven effekt kan bero på att patienten också har andra psykiatriska sjukdomstillstånd, behöver en kombination av läkemedel eller är i behov av en mer genomgripande psykoteraeutisk bearbetning.

Vanligen tillfrisknar patienten inom loppet av några månader, och under den processen kan patientens relation till distriktsläkaren bibehållas.

Egenvård och johannesört

När vi i primärvården konstaterar att en patient är lätt nedstämd eller har en subklinisk depression är det idag lege artis att föreslå egenvårdsåtgärder enligt Faktaruta 4. Detta innebär att vi tillsammans med patienten definierar besvären i termer av nedstämdhet/depression och förklarar eventuella samband med kroppsliga symtom. Vi försöker uttröna om nedstämdheten är en reaktion på aktuella händelser och i så fall bearbetar vi detta. Det är viktigt att uppmuntra pati-

Faktaruta 4. Egenvård vid nedstämdhet och subklinisk depression

Förhållningssätt och råd

- Var lyhörd för patientens besvär och tillämpa aktivt lyssnande.
- Ta god tid på dig för att hjälpa patienten att finna och förstå orsaken till sin nedstämdhet i de fall där yttre orsaker finns.
- Förklara eventuellt samband mellan nedstämdheten och kroppsliga symtom.
- Aktivera patienten att själv lösa sina problem och uppmuntra till kontakter med personer i dennes omgivning som kan lyssna och ge stöd.
- Visa förståelse och medkänsla, ge tröst.
- Uppmuntra till fysisk och social aktivitet.
- Informera patienten om att det går bra att höra av sig vid behov. Bestäm också tid för ett återbesök. Detta ger trygghet och befrämjar ett fortsatt gott samarbete.
- Informera patienten om möjligheten att pröva specifika naturläkemedel på indikationen nedstämdhet och/eller oro.

enten att tala om sitt problem med anhöriga med flera och att hålla sig fysiskt och socialt aktiv samt att vi erbjuder uppföljande kontakt. Vi kan också råda patienten att pröva johannesört som finns att köpa på bl a apotek. Läkaren kan också förskriva naturläkemedel, men de är inte rabatterade (Faktaruta 4).

I Tyskland utgör behandling med Johannesört en mycket stor andel – jämförbar med SSRI – av totala antalet depressionsbehandlingar. Det mesta av erfarenheterna av johannesört är också dokumenterade på det tyska språket, varför mycket av den informationen har gått oss förbi. I kontrollerade och öppna studier (cirka 30) har johannesört visat sig ha effekt som är jämförbar med tricykliska antidepressiva, och med milda biverkningar [24-27].

Emellertid borde vi (och läkemedelsföretagen) genomföra nationella, kontrollerade och jämförande studier för att verifiera användbarheten av johannesört, dess biverkningar och eventuella interaktioner med andra läkemedel. Vi skulle då stå på en stabilare vetenskaplig grund när vi rekommenderar denna behandling. Verkningsmekanismen är inte helt klarlagd, men mycket talar för att en i johannesört verksam substans – hyperforin – hämmar återupptaget av både serotonin, dopamin och noradrenalin [28].

Fördelen med egenårdsåtgärder är att patienten tar ett stort eget ansvar, att patientens sociala nätverk aktiveras och att kostnaderna för sjukvården och samhället hålls nere.

Avslutande kommentarer

De flesta patienter med depression som söker sig till primärvården identifieras aldrig, och endast en mindre andel av dem som diagnostiseras får adekvat behandling. För att förbättra denna situation vill jag rekommendera en öppen debatt om psykiatriska besvär i allmänhet och depression i synnerhet. Landsstämningen måste prioritera diagnosområdet och anslå resurser till utbildning och folkhälsokampanjer samt se till att primärvården får den resurs- och kompetensförstärkning som behövs för att möta detta behov. I officiell primärvårdsstatistik utgör psykiatriska diagnoser 3-4 procent av alla besök, men enligt tillgänglig forskning borde andelen vara tio gånger så stor.

Vi bör dessutom verka för ett utökat (konsult-)samarbete mellan de olika vårdnivåerna och att (enkla) diagnostiska hjälpmedel kommer till större användning. Tidig diagnostik möjliggör samtal mellan patient och läkare om vad som förklarar/bidrar till de kroppsliga och själsliga symtomen, och om vilka behandlingsmöjligheter som står till buds.

Om nedstämdheten/depressiviteten är lätt till måttlig kan egenvård och johannesört vara tillfyllest. Om det rör sig om ett kliniskt depressivt tillstånd med hämning, självmordstankar etc bör dock behandlingen bestå i något av de moderna antidepressiva medlen i kombination med uppföljande och stödjande kontakt. I utvalda fall kan patienten remitteras till specialistpsykiatri eller till psykoterapeut.

Med ovan beskrivna behandlingsåtgärder blir mellan 60 och 80 procent av patienterna avsevärt förbättrade/symtomfria, vilket är uppmuntrande, inte bara för patienten utan också för den behandlande läkaren – som gjort ett bra jobb och som fått en nöjd patient.

Referenser

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-19.
2. Knorrung von L. Depression: En allvarlig, livslång men behandlingsbar sjukdom. *Nordisk Medicin* 1996; 111: 259-63.
3. Bingeferos K. Antidepressant-treated patients. Population-based longitudinal studies [dissertation]. (Faculty of medicine. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations; vol 609). Uppsala: Uppsala University, 1996.
5. Währborg P, red. Smärta i själ och hjärta. Täby: Pfizer AB, 1997.
6. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91: 999-1005.
7. Denollet T, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 1996; 347: 417-21.
8. Murray C, Lopez A. The global burden of disease, 1990-2020. WHO-report. Geneva: World Health Organization, 1996.
9. Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO-study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry Suppl* 1996; 30: 38-43.
10. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in community. The first pan-european study. DEPRES. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12: 19-29.
11. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, deGruy III FV, Hahn SR et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272: 1749-56.
12. Bodlund O. Ängest och depression dolt problem i primärvården: Endast vart fjärde fall identifieras. *Läkartidningen* 1997; 94: 4612-8.
13. Bodlund O, Andersson SO, Mallon L. Effects of consulting psychiatrist in primary care: 1-year follow-up of diagnosing and treating anxiety and depression. *Scand J Prim Health Care*, 1999; 17: 153-7.
14. Kamerow DB, Pincus HA, McDonald DI. Alcohol abuse, other drug abuse and mental disorders in medical practice. Prevalence, costs, recognition and treatment. *JAMA* 1986; 18: 2054-7.
15. Munk-Jørgensen P, Fink P, Brevik JI, Dal-

- gard OS, Engberg M, Hansson L et al. Psychiatric morbidity in primary public health care: a multicentre investigation. Part II. Hidden morbidity and choice of treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 6-21.
16. Ormel J, Koeter MWJ, van den Brink W, van de Willige G. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 700-6.
18. Fink P, Jensen J, Borgquist L, Brevik JI, Dalgard OS, Sandager I et al. Psychiatric morbidity in primary public health care: a Nordic multicentre investigation. Part I: method and prevalence of psychiatric morbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 409-18.
23. Svanborg P. State and trait measures in the affective disorders [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet, 1999.
24. Linde K, Ramirez G, Mulrow CD, Pauls A, Weidenhammer W, Melchart D. St John's wort for depression – an overview and meta-analysis of randomized clinical trials. *BMJ* 1996; 313: 253-8.
26. Bruhn JG, Eneroth P. *Naturläkemedelsboken 2*. Stockholm; Boehringer Ingelheim AB, 1998.
28. Nordfors M, Hartvig P. Nya rön om Johannesört kan förbättra farmakoterapi vid depression. *Läkartidningen* 1999; 96: 12-3.

Summary

Most depressed patients can be treated in primary care

Owe Bodlund

Läkartidningen 2000; 97: 1244-9.

About 15 % of primary care attenders suffer from depression, yet only a minority are identified and treated. It is of major importance to spread knowledge of the prevalence of depression and tools for recognizing the disorder. Most patients can be successfully treated in a primary care setting.

Studies have shown that educational efforts and close cooperation between psychiatrists and general practitioners (GP's) lead to an increase in the proportion of depressed patients that are identified and properly treated. The use of diagnostic self-reports can facilitate this process for the GP. It is crucial to identify and treat the disorder early on, in order to improve prognosis, decrease the risk of complications and reduce costs for society and the health care system.

The article reviews recent studies concerning depression in primary care, describes relevant diagnostic tools and discusses treatment strategies, including self-care and St John's wort.

Correspondence: Owe Bodlund, Dept of Psychiatry, Umeå University, SE-901 85 Sweden. *E-mail:* Owe.Bodlund@psychiat.umu.se