

**”Varför inte lämna prestige, ge upp det utopiska perspektivet och skapa ett värdigt liv för dessa patienter? Vi förväntar oss att den expertgrupp som nu arbetar med ärendet får ett optimalt politiskt stöd.”**

kartläggning av enskilda handikapp och behandling av dem [1]. Exemplet tog jag från egen verksamhet och de byggde på forskningsdata. Allt vad jag där nämnde kan verifieras i andra medicinska kulturer.

Behandlingen ur även global aspekt kräver subspecialiserad psykiatrisk erfarenhet. För att nå optimala rehabiliteringsmål behövs därför en samlad medicinsk kompetens.

Som Heilig [2] påpekade i sitt inlägg är forskningen inom schizofreniområdet inne i en snabb tillväxt. För att denna forskning skall komma patienterna

till godo är det nödvändigt att även här ha en centralt placerad, övergripande medicinsk kompetens.

#### Sjukvårdens ansvarsområde

I första hand bör schizofreni accepteras som den sjukdom den är. Därmed skall den återföras till sjukvårdens ansvarsområde. Det skall då sägas att Sverige på några platser ligger långt framme vad beträffar vårdprogram för schizofreni. Vidare att svensk forskning på området har tillvunnit sig internationell uppmärksamhet.

I andra hand, just därför att det gäller de svårast sjuka, måste vårdplatser för schizofreni explicit tillskapas. Dessa enheter, det har sagts tidigare, bör naturligtvis placeras sjukvårdsmässigt centralt för att få tillgång till all lämplig expertis. Det skall även gälla öppenvården. I mitt tidigare inlägg hade sjukhusplatserna räknats fram till 35 per 100 000 invånare i ett svenskt storstadsområde. Den siffran var från 1981, förmodligen är den lägre i dag. Motsvarande siffror för sjukhem var 25.

Naturligtvis har inte politikerna tagit beslut i dessa ärenden utan att höra ex-

pertis. Som Psykiatrireformen utvecklats kan med fog förmodas att hörandet under ärendets gång har bifogats någon form av »kunskapsvirus» eller desinformation. I England för några år sedan ledde motsvarande reformprogram till en häftig kritik också från läkare utanför det psykiatriska skräet.

Alla involverade i denna schizofrenidebatt är överens om att situationen inte är bra. Varför inte lämna prestige, ge upp det utopiska perspektivet och skapa ett värdigt liv för dessa patienter? Vi förväntar oss att den expertgrupp som nu arbetar med ärendet får ett optimalt politiskt stöd.

De psykiatriska kollegerna vill jag varna för en situation, som associerar till svekdebatten om steriliseringar av gravida unga kvinnor i kris. Politikerna stod där för det administrativa svärduget. Vissa läkare effektuerade.

#### Referenser

1. Dencker SJ. Schizofreni – en behandlingsmodell. Läkartidningen 2000; 97: 1296-9.
2. Heilig M. Återskapa den medicinska kulturen inom psykiatrin. Läkartidningen 1999; 96: 4427-33.

## Allmänläkarna och depressionsbehandling – ett personligt åtagande

**Depressionstillstånd kan på goda grunder betecknas som ett folkhälsoproblem. De flesta personer med depressionssymtom söker inte alls läkare, och av dem som söker tar de flesta kontakt med primärvården.**

Ett av bekymren med depression är att tillståndet i stor utsträckning inte upptäcks av allmänläkarna eller av läkare inom somatiska specialiteter. Detta har nyligen belysts i Läkartidningen [1]. Den svenska situationen torde accentueras av rådande läkarbrist inom primärvården med ett på många håll betydande inslag av korttidsvikarier.

Problemet är uppmärksammat internationellt och det är inte okänt för all-

mänläkarna själva. Praktiska riktlinjer för diagnostik och behandling finns lätt-tillgängliga. Förskrivningen av antidepressiva medel har ökat kraftigt under 1990-talet. Ändå förbises depression hos många patienter.

#### Varför följs inte riktlinjerna?

Varför kan inte allmänläkare följa riktlinjer för depression? frågade Tony Kendrick nyligen i en ledare i BMJ [2]. Han hänvisade bland annat till the Hampshire Depression Project, vars resultat publicerats i Lancet [3].

Projektet utgjordes av en randomiserad, kontrollerad klinisk prövning med ett representativt urval av 60 primärvårdsmottagningar och 21 409 screenade patienter i ett engelskt hälsodistrikt. Det som prövades var en utbildning för läkare om depression bestående av gruppseminarier med bland annat videodemonstrationer, rollspel och smågruppsdiskussioner. Själva utbildningsinsatsen utvärderades och fick högt erkännande av deltagarna. 80 pro-

**”Är tidboken full och tiden knapp ligger det nära till hands att han/hon inte tar på sig uppgiften om inte tillståndet uppfattas som allvarligt.”**

cent av dem trodde att de skulle ändra sin handläggning av patienter med depression. Prövningens utfallsmått var igenkännande av depression definierad med Hospital anxiety and depression scale (HAD), samt klinisk förbättring 6 veckor respektive 6 månader efter HAD-skattningen. Resultatet blev att ingen statistiskt säker skillnad kunde noteras vare sig beträffande igenkännande eller förbättring av deprimerade patienter.

Slutsatsen av denna stora och välgjorda studie blir att ett ambitiöst utbildningsprogram för allmänläkare inte

#### Författare

STIG ANDERSSON  
distriktsläkare, Säftele.

förbättrade deprimerade patienters situation. Detta står i motsats till den likartade men jämförelsevis lilla Gotlandsstudien som gav en övergående positiv effekt [4].

### Måttlig effekt av kvalitetsförsök

En artikel i JAMA rapporterar om en randomiserad studie omfattande 1 356 patienter med depressionssymtom efter screening av 27 332 konsekutiva patienter på primärvårdsmottagningar. Försöksgruppen behandlades på mottagningar som genomgick ett omfattande kvalitetsförbättringsprogram för identifikation och handläggning av deprimerade patienter. Kontrollgruppen behandlades vid mottagningar som arbetade som vanligt. Kvalitetsprogrammet omfattade bland annat extra resurser för att stötta medicinering enligt givna riktlinjer samt för att erbjuda psykoterapi.

Utfallet efter både 6 och 12 månader visade att 60 procent av patienterna i kvalitetsprogrammet och 50 procent av kontrollerna förbättrats och inte längre fyllde kriterierna för depression. Dessutom rapporterade kvalitetsprogrammets patienter bättre livskvalitet och 5 procents högre förekomst av yrkesarbete [5]. Således en måttlig förbättring av utfallet genom kvalitetsprogrammet.

### Riktlinjernas grund ifrågasätts

Åter till Kendricks fråga varför allmänläkare inte följer riktlinjerna för depression. Bör inte grunderna för riktlinjerna ifrågasättas, undrar han, och pekar på några faktorer som jag vill avsluta till.

Det är ändå inte så lätt att ställa diagnosen depression bland primärvårdspatienter. Screeningskalor i all ära, men att alla patienter alltid skulle screenas förefaller inte realistiskt. Depressiva symtom fördelar sig kontinuerligt i befolkningen och kan ändra sig relativt snabbt åt ena eller andra hållet. De har klart samband med socioekonomisk status. Kunskapen om naturalförloppet för lättare depressionstillstånd är helt otillräcklig för att man med säkerhet skall rekommendera åtgärder. Varken medikamentell behandling eller rådgivning från läkare har visats ha dokumenterat värde.

Det råder delade meningar om effekten av antidepressiva medel när de sociala problemen är stora. Vid egentlig depression har de visat sig värdefulla, men inte vid mindre tydliga depressionstillstånd. Allmänläkare har visats hysa skepsis mot farmakabehandling vid so-

cial problematik, bland annat inför svårigheterna att få en sådan att fungera [6].

En tredje faktor är patienternas inställning till psykofarmakabehandling. De flesta ser yttre förklaringar till hur de känner sig och anser preliminärt inte medicinering vara den rätta åtgärden [7]. En förhastad förskrivning leder i det läget till dålig följsamhet och behandlingsavbrott. Sannolikt är detta en viktig delförklaring till den uteblivna effekten av Hampshire-projektet.

Här har vi kärnan i det patientcentrerade arbetssättet. Patienter har en bild och en uppfattning om sina liv, grundad på erfarenheter och intryck. Allmänläkaren gör rätt i att hysa stor respekt för patientens omdöme.

### Ett personligt åtagande

Säkert kan primärvården förbättra sin handläggning av deprimerade patienter. Dagens allmänläkare har dock många uppdrag som kräver både kunskap och avsevärda arbetsinsatser. Depressionsbehandling är ett av dem. Att starta en depressionsbehandling är ett personligt åtagande. Är tidboken full och tiden knapp ligger det nära till hands att han/hon inte tar på sig uppgiften om inte tillståndet uppfattas som allvarligt.

### Referenser

1. Bodlund O. Flertalet deprimerade patienter kan behandlas i primärvården. *Läkartidningen* 2000; 97: 1244-9.
2. Kendrick T. Why can't GPs follow guidelines on depression? We must question the basis of the guidelines themselves. (Editorial). *BMJ* 2000; 320: 200-1.
3. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 185-91.
4. Rutz W, von Knorring L, Wälinder J. Long term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 83-8.
5. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care. *JAMA* 2000; 283: 2212-20.
6. Goldberg D, Bridges K, Cook D, Evans B, Grayson D. The influence of social factors on common mental disorders. Destabilisation and restitution. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 704-13.
7. Priest RG, Vize C, Roberts A, Roberts M, Tylee A. Lay people's attitudes to treatment of depression: Results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996; 313: 858-9.

## RSMH: Nej till psykiatri som enbart en gren på medicinens träd

I en artikel i *Läkartidningen* 51-52/99, »Fyra rum i ett hjärta» (sidorna 5754-5), ger Hans Ågren sin bild av psykiatriens utveckling i Sverige. Han hävdar att en icke-medicinsk samhällsyn haft tolkningsföreträde under de senaste decennierna och att den förmått politikerna att försöka »slå ihjäl psykiatrin». »Vi har sett socialarbetare och psykologer förlänas barnpsykiatrin och omsorgsvården, psykoterapeutiska ideologier ta över psykiatrisk öppenvård, stundom i en aggressiv antimedicinsk anda», skriver Ågren.

### Lägger skulden på patientorganisation

Skulden lägger han på patienternas intresseorganisation RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa), på karismatiska psykologer och sociologer och på sjukvårdspolitiker som lyssnat mer på dem än på den psykiatriska professionen. En psykiater som kritiserar våra politiker för att de lyssnar för mycket på patienterna, de psykiskt lidande människor han är till för att hjälpa, och för lite på psykiaterkåren är, enligt RSMHs uppfattning, inte lämpligt att arbeta med psykiatri.

Ågren skriver att psykiatrin har präglats av motsättningar och antagonism mellan psykiatrisk medicinering och psykologisk terapi. Men nu, inför det tredje årtusendet, ser han fram emot en enhet sprungen ur nya insikter om att allt hänger ihop och kan påverkas på olika nivåer. Psykiatrin »är således en vetenskap som samtidigt är medicinsk-kognitiv-psykologisk-social».

### Reformeringen av psykiatrin

Ågrens inställning till de förändringar som skett inom den psykiatriska vården under 1980- och 1990-talen avslöjar stor okunskap. Under 1980-talet påbörjades den utveckling mot öppnare vårdformer och ökad samverkan som på 1990-talet ledde fram till Psykiatireformen. Tillsammans med reformeringen av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen (1992) har Psykiatireformen varit den förändring som varit