

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, Paveley 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, Wålinder 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 samhällssyn 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 antimedicensk 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 sjukvårdspolitikerna 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 lämplig 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

ANNONS

ANNONS

mest betydelsefull för att förbättra situationen för psykiskt sjuka och funktionshindrade.

Subspecialisering för forskning

Ur Ågrens perspektiv är det självklart att »subspecialiserade kunskaps-täta mottagningar och sjukhusavdelningar» är bättre än en »sektoriserad uppsökande allvård». Det brukar personer som sysslar med traditionell medicinsk psykiatrisk forskning tycka, eftersom subspecialiserad sjukhusvård underlättar sådan forskning.

Patienterna föredrar oftast en lättillgänglig, flexibel och samverkans- och nätverksinriktad psykiatri präglad av öppenhet och lyhördhet. En psykiatri som är beredd att organisera vården så att den passar patienten och hans eller hennes närstående så bra som möjligt. En psykiatri som kopplar in de experter man kommer överens om behövs, oavsett i vilken organisation de finns.

I sin artikel parar Ågren sin längtan efter enhet och kreativ samverkan med förakt för annan vetenskap än den som han själv godkänner. Samverkan mellan olika kunskapsområden skall eftersträvas, men endast när Ågren finner det berättigat. Det som inte passar in i hans medicinska modell är flummigt, politisk propaganda eller bara illvilligt mot den medicinska psykiatrin.

Liknande uppfattningar har framförts av ytterligare några psykiatrer, även de företrädare för forskningsintressen. De får ofta stort utrymme i media, men åsiktsmässigt är de ensamma och isolerade. Mellan RSMH och flertalet yrkesverksamma psykiatrer,

även Svenska psykiatriska föreningen, finns ett gott samarbete. I många frågor är vi överens. När vi inte är det försöker vi ändå ha en fruktbar dialog istället för att kasta skit på varandra.

Djupare förståelse för individen

Hans Ågren företräder en psykiatri som inte vill vara psykiatri utan endast en gren av den medicinska vetenskapen. Det är Ågren själv och inte RSMH som står för »reduktionism».

RSMH vill ha en psykiatri där det,

vid sidan av det medicinska, finns gott om plats för en djupare förståelse för individens problematik, och där man intresserar sig för hur individen har det socialt, ekonomiskt, relationsmässigt och existentiellt. Sådana verksamheter gror och spirar här och var i landet, men tillåts inte växa och frodas.

Jan-Olof Forsén

förbundsordförande

Kjell Broström

intressepolitisk sekreterare, Riksförbundet för social och mental hälsa

Replik:

Utan medicinska kunskaper i teamet kliver psykiatrin årtionden tillbaka

Tydligare kan det till slut inte sägas. RSMHs nuvarande ledning kan inte eller vill inte anamma ett medicinskt kunskapsinnehåll i psykiatrin, trots att ordet ju betyder »psykisk läkekonst».

Isolerat och reaktionärt

När jag i min nyårsbetraktelse i Läkartidningen vill slåss för en bredast möjliga och modern definition av psykiatri som en medicinsk-kognitiv-psykologisk-social vetenskap, och alltså med enfaset menar att dessa fyra rum kan förnas, så ser Forsén och Broström detta som ett ensidigt och föraktfullt hävdande av snävt medicinska forskningsintressen.

För en psykiatrisk kliniker som sett mänskliga patienter i alla år (som aldrig sysslat med laborieförsök, men som

försökt hänga med i forskningsutvecklingen) ter sig RSMHs åsikter reaktionära och stående långt ifrån andra patient- och klientföreningar som finns internationellt och nationellt.

Vem är emot?

Vem vill inte ha en »psykiatri /.../ där man intresserar sig för hur individen har det socialt, ekonomiskt, relationsmässigt och existentiellt»? Vem vill inte tillåta detta att gro och spira? Men om man inte *dessutom* har medicinska kunskaper tillgängliga i teamet kliver psykiatrin många årtionden tillbaka i sin utveckling.

Hans Ågren

professor i psykiatri, Karolinska institutet, Huddinge Universitets-sjukhus, Stockholm

Utbränd eller dags att ladda batterierna?

FOTO: PRESENS BILD

Doktorn undersöker patientens batteri och finner att det är dags att fylla på batterivätska och sätta det på laddning. Hhmm ... och kablarna ser anfrätta ut!

I Läkartidningen 16/00 (sidan 1589) har distriktsläkare Lars Jonasson reagerat mot uttrycket »utbrändhet», som varande ett uttryck, föga hoppingivande för den drabbade. Jag ser också det »utbrända ljuset» framför mig – ett ljus som man aldrig kan få att lysa igen.

En av mina »utbrända» patienter hade en egen beteckning, som jag tycker är betydligt bättre. Han kände sig »urladdad» och behövde »time out», dvs sjukskrivning och själslig pånyttfödelse för att »ladda batterier-

na» igen och komma tillbaka i sitt krävande yrke. Detta lyckades efter ett par, tre månader.

En ackumulator som givit ifrån sig sin sista gnista kan få tillbaka sin energi om den sätts på långladdning och om den inte varit urladdad för länge.

Förmodligen är det för sent att försöka ersätta det redan etablerade begreppet »utbrändhet», som närmast blivit en modediagnos. Flera förslag?

Tommy Widelius

företagsläkare, Saab AB, Linköping