

Per Nettelbladt, docent, FoU-handledare psykiatri, forsknings- och utvecklingsenheten för primärvård och psykiatri, Linköping; specialist i allmän psykiatri, allmänmedicin och företagshälsovård, sedan 1996 ledare för Lundby-projektet vid Lunds universitet (*Per.Nettelbladt@lio.se*)

Hur skall primärvården upptäcka den dolda ångest/depression som finns?

Självskattningsformulär för patienten bra hjälpmedel men räcker inte

II I detta nummer av Läkartidningen rapporterar Christer Allgulander och Bo Nilsson prevalenssiffror för generaliserad ångest och depression från en tvärsnittsstudie i primärvården som sägs vara rikstäckande. Budskapet är att 23 procent av de 1 348 patienter som ingick i studien hade behandlad eller obehandlad generaliserad ångest och/eller depression. Med hjälp av logistisk regression identifierades tre nyckelfrågor för depression och två för ångest.

I artikeln framhålls att vidareutbildning av allmänläkare har inneburit att oidentifierad psykisk ohälsa upptäcks och behandlas. De i studien ingående läkarna rapporterade att de behandlade framför allt patienter med generaliserad ångest/depression med SSRI/SNRI-preparat (selektiva serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare). I mindre utsträckning använde de sig av rådgivning, samtal och psykoterapi. Patienterna med ångest och depression var yngre, frånskilda/ensamstående och arbetslösa i större utsträckning och besökte oftare de läkare som tog emot relativt sett färre patienter per dag. Bortfallet i studien analyserades inte av etiska skäl.

Ångest och depression dolda men vanliga problem

En konsekvens av de nedskärningar som har gjorts inom den psykiatriska vården sedan början av 1990-talet är att primärvården har fått en alltmer betydelsefull roll när det gäller att ta hand om patienter med psykisk ohälsa. Flera studier [1] har också visat att det finns ett stort mörkertal i fråga om ångest- och depressionstillstånd bland patienter som söker i primärvården.

Den nu aktuella studien visar att generaliserad ångest/depression enligt DSM-IV var den näst vanligaste diagnoskategorin i primärvården. Endast rygg- och ledsjukdomar var vanligare. Distriktsläkarna arbetar under tidspress och kan därför ha nytta av diagnostiska självskattningsformulär för ångest och depression.

Vem skall mäta psykisk ohälsa?

I artikeln nämner Allgulander och Nilsson att den sedan 50 år tillbaka pågående Lundby-undersökningen var den första kartläggningen av psykisk och kroppslig ohälsa utanför mentalsjukhusets väggar. Lundby-studiens fader, Erik Essen-Möller [2], har utvecklat sina tankar om hur man diagnostise-

SAMMANFATTAT

De heterogena symtomdiagnoserna generaliserad ångest och depression enligt DSM-IV-klassifikationen kan felaktigt uppfattas som likvärdiga med etiologiska diagnoser. Om inte en klinisk bedömning av bakomliggande orsaker och svårighetsgrad görs kan detta leda till en överförskrivning av SSRI-/SNRI-preparat.

Genom att med självskattningsinstrument kartlägga patienter som söker i primärvården har man möjlighet att upptäcka »dolda« ångest-/depressionstillstånd.

Om en sådan kartläggning finansieras av ett läkemedelsbolag, som även har en stödorganisation riktad mot primärvården, är det en faktor som måste vägas in i bedömningen av resultaten.

Se även artikeln på sidan 832 i detta nummer.

rar psykisk ohälsa i en befolkning. Han framhåller att man måste använda samma diagnostik såväl innanför som utanför mentalsjukhusets väggar om man skall kunna jämföra psykisk ohälsa i en befolkning med psykisk ohälsa inom vården. Detta syfte uppnår man om man låter kliniskt skolade psykiatrer bedöma befolkningens psykiska hälsa.

Detta är emellertid en både tidskrävande och kostsam procedur. Man har därför i epidemiologiska undersökningar ofta anlitat lekmän, som använder sig av strukturerade formulär med slutna frågor [3]. Det är möjligt att översätta frågorna till olika språk och använda dem om man vill jämföra förekomsten av psykisk ohälsa i olika länder [4]. Svaren på intervjufrågorna kan bearbetas med hjälp av olika dataprogram, vars slutprodukt är diagnoser i enlighet med internationellt accepterade diagnosystem som DSM-IV och ICD-10. Om man vill

ytterligare förenkla mätningen av psykisk ohälsa i en befolkning kan man använda självskattningsformulär. Det har man gjort i den nu aktuella studien, liksom i flera andra studier i primärvården [1].

Är generaliserad ångest och depression sjukdomar?

Allgulander och Nilsson använder två självskattningsformulär, GAS-Q och DSQ, som anges kunna screena för generaliserad ångest respektive depression enligt DSM-IV-nosologi. I studiedesignen [5] anges också att ett kliniskt betydelsefullt lidande är ett kriterium. Det förefaller troligt att man kan vara ett psykiatriskt fall om man svarar ja på någon eller några av

FOTO: GLEN ERLER/NUSTOCK/GREAT SHOTS



En konsekvens av de nedskärningar som har gjorts inom den psykiatriska vården sedan början av 1990-talet är att primärvården har fått en alltmer betydelsefull roll när det gäller att ta hand om patienter med psykisk ohälsa.

de fem nyckelfrågorna. De fem frågorna är symtominriktade och allvarstygda. Samtidigt kan man inte utesluta att flera av oss någon gång har haft – mer eller mindre – något eller några av de fem symtomen utan att ha ansett oss behöva söka vare sig psykiater eller distriktsläkare.

Det är nu inte författarnas avsikt att enbart frågorna skall användas i diagnostiken, utan de är tänkta att vara hjälpmedel i en fortsatt diskussion med patienten.

Att flertalet av de patienter som efter screening och läkar-samtal har fått diagnosen generaliserad ångest och/eller depression behandlas med serotoninmodulerande preparat kan säkert för många psykiater och distriktsläkare te sig ganska självklart. Man har en diagnos och det finns en behandling, således helt i enlighet med den klassiska medicinska modellen, där en diagnos betecknar en sjukdom (t ex streptokocktonsillit) vars etiologi (streptokockinfektion) man kan fastställa genom provtagning (svalgodling) och behandla (penicillin) med gott resultat.

Problemet är emellertid att symtomdiagnoserna generaliserad ångest respektive depression inte lika enkelt kan sägas vara sjukdomar, och i DSM-IV-diagnostiken [6] använder man sig mycket riktigt inte av sjukdomsbegreppet utan talar i stället om en störning, »disorder«. Det är också väl att märka att DSM-IV-diagnoserna generaliserad ångest respektive depression inte säger något om etiologi [3].

Ytterligare ett problem är att diagnosen i det här fallet inte har något säkert patofysiologiskt underlag [7]. Det finns inga laboratorieprov som vi kan ta för att fastställa diagnosen eller för att se hur effektiv vår behandling är. Det enda vi har att rätta oss efter är vad patienten förmedlar till oss genom sitt beteende och sin redogörelse för hur han/hon mår.

Vi kan inte heller med säkerhet uttala oss om huruvida det SSRI-/SNRI-preparat som patienten ofta får kommer att hjälpa. Allgulander och Nilsson uppger att hälften av behandlingarna (psykofarmaka respektive samtal) har gjort stor nytta, medan var tionde behandling inte har medfört någon nytta alls.

Leder antidepressiv behandling till färre självmord?

Ett argument för serotoninmodulerande behandling vid ångest och depression är att det finns en parallellitet mellan ökad

förskrivning av SSRI-/SNRI-preparat och en minskning av självmorden i Sverige under 1990-talet. Detta anses bero på att serotoninmodulerande behandling har nått ut till riskgrupper [8], bl a genom psykiatrisk vidareutbildning av allmänläkare [9].

Data är emellertid motsägelsefulla. I en svensk undersökning fann man att län med låg förskrivning av tricykliska respektive SSRI-preparat inte uppvisade högre självmordstal än län med hög förskrivning [10]. Isacson [8] uttrycker sig inte heller kategoriskt utan påpekar att ett eventuellt samband mellan ökad förskrivning av SSRI-/SNRI-preparat och en minskning av antalet självmord inte är kausalt, då man inte

kan kontrollera för okända störfaktorer, »confounders«. Andra problem är att data från officiella register kan ge upphov till metodologiska problem (t ex klassificeringsmisslag), att det är oklart hur många av de individer som har suiciderat som har en depression (hypotetiska beräkningar), att data är på gruppnivå (»ecological fallacy«) och att det krävs långa perioder för att göra jämförelser över tid me-

ningsfulla. Dessutom är det så, att många suicid på grund av den psykiska störningens svårighetsgrad begås av personer som behandlas med antidepressiva och får psykiatrisk vård.

Det har också ifrågasatts om den rapporterade minskningen av självmordsfrekvensen på Gotland efter utbildning av allmänläkarna där är statistiskt säkerställd [11]. Detta är intressant, bl a med tanke på hur ofta Gotlandsstudien används som ett argument för att utbilda allmänläkare i diagnostik och psykofarmakologisk behandling.

Även läkemedelsindustrin har engagerat sig i att utveckla samarbetet mellan psykiatri och primärvård. Så har t ex Wyeth Lederle Nordiska AB startat Contactus, vars syfte är att avlasta läkare, öka kunskapen om depression och ångest samt erbjuda patienterna i primärvården stöd. En sjuksköterska, en kurator eller en psykolog är Contactus-samordnare på sin vårdcentral och handleds av en psykiatrisjuksköterska eller en psykiatriskötare. Patienterna träffas, sex till åtta personer, vid sex tillfällen.

Genom att komplettera sitt SSRI-/SNRI-preparat med Contactus' stödtjänster hoppas Wyeth att kvaliteten i omhändertagandet skall förbättras, att patienternas möjligheter att bli symtomfria skall öka och att antalet återfall skall minska [12].

Är resultaten i studien generaliserbara?

Man anger att 1 348 patienter deltog i studien, men inte hur många patienter som hade möjlighet att delta eller hur patienterna var fördelade på de olika mottagningarna. Av 152 tillfrågade allmänläkare deltog 84 procent (46 procent män, 54 procent kvinnor); 50 procent arbetade i storstad, 38 procent i mindre städer, 12 procent på landsbygden.

Det framgår inte hur urvalet av allmänläkare gjordes. Det anges att samtliga allmänläkare hade deltagit i vidareutbildning rörande ångest/depression. Är det ett inklusionskriterium att ha deltagit i vidareutbildning? Är det utbildningar som har finansierats av läkemedelsindustrin? Gick frågorna rörande forskningsvanor ned på preparatnivå?

I artikeln anger man också, utan att närmare utveckla detta, att man inte av etiska skäl analyserade bortfallet. Från forskningsetisk synpunkt är det svårt att motivera att

läsarna inte får en så fullständig bild av studien som möjligt.

Upptäckt och behandling av ångest/depression i primärvården

Allgulanders och Nilssons artikel är ännu ett intressant inlägg i diskussionen om hur vi skall identifiera och behandla psykisk ohälsa i primärvården. Självskattningsformulär spelar trots sina brister en viktig roll som screeninginstrument. Det räcker dock inte till som instrument för diagnosättning utan bör ses som ett bland andra hjälpmedel vid diagnostisering av psykiska störningar [13].

Med tanke på den omfattande användningen av olika självskattningsinstrument, bl a i befolkningssenkäter, är det viktigt att antalet frågor reduceras för att man skall få en så hög svarsfrekvens som möjligt. Det är därför ett väsentligt fynd att man har kunnat reducera antalet frågor till tre depressionsfrågor och två ångestfrågor. Från integritetssynpunkt kan man dock ifrågasätta att en person som t ex söker för en kroppslig krämpa skall behöva ta ställning till om han/hon skall fylla i ett frågeformulär för att primärvårdsläkaren skall kunna bedöma om det föreligger ett ångest-/depressionstillstånd som bör behandlas med SSRI-/SNRI-preparat.

Risk för överförskrivning av SSRI-/SNRI-preparat

Om DSM-IV-diagnoserna generaliserad ångest och egentlig depression felaktigt uppfattas som sjukdomar med känd etiologi (låg serotoninaktivitet) kan detta tas till intäkt för SSRI-/SNRI-behandling när kanske andra icke-farmakologiska åtgärder skulle kunna vara mer effektiva. Ett annat problem är också vad som avses med »ett kliniskt betydelsefullt lidande« i DSM-IV-nosologin. Avsaknaden av en skarp gräns mellan kliniskt betydelsefulla och kliniskt icke betydelsefulla tillstånd kan tänkas öka benägenheten att använda SSRI-/SNRI-preparat vid lindriga till medelsvåra tillstånd. Det innebär att det finns en gräzon som kan leda till överförskrivning av SSRI-/SNRI-preparat.

Paradoxalt nog kan också de förhållandevis lindriga biverkningarna och den ringa toxiciteten hos SSRI-/SNRI-preparaten leda till överförskrivning, eftersom patienterna mindre ofta klagar på biverkningar och läkarna inte i samma utsträckning som med tricykliska behöver riskera att patienterna tar livet av sig med de utskrivna tablettorna [14]. Om man till detta lägger den tidspress som läkarna i primärvården arbetar under finns det en betydande risk för överförskrivning av SSRI-/SNRI-preparat.

Jag skulle också vilja väcka frågan om det inte kan vara negativt att skriva ut SSRI-/SNRI-preparat till patienter som kan tillfriskna utan denna medicinering. Det är naturligt att känna ångest och/eller sorg/depression om man t ex förlorar en nära anhörig, blir arbetslös eller övergiven av en person som man tycker om. I många fall läker ångesten eller depressionen ut och kan leda till en ökad mognad och ett fördjupat livsinnehåll. Inte är det väl rimligt att behandla sådana tillstånd med SSRI-/SNRI-preparat? Om vi gör det riskerar den medicinska professionen med all sin auktoritet att på felaktiga grunder sjukförklara människor och i onödan skapa ett psykologiskt beroende av läkemedel. Utsättningssymtom som yrsel, trötthet, parestesier, illamående, irritabilitet, livliga drömmar, tremor och hjärtklappning kan också bidra till att patienterna inte slutar medicinera med SSRI-preparat [15].

Man kan också fråga sig varför man låter patienterna enbart skatta sin psykiska hälsa men inte frågar dem om vad de själva tycker att man skall göra för att lindra eller bota deras besvär?

Läkemedelsindustrins roll

Hur troligt är det då, som Allgulander och Nilsson hävdar, att det i primärvården finns en dold psykisk ohälsa och en under-

förskrivning av SSRI-/SNRI-preparat? Wyeth Lederle Nordiska AB har finansierat studien. Wyeth har också genom sin Contactusverksamhet (www.Contactus.org) möjlighet att argumentera för ökad läkemedelsförskrivning vid ångest-/depressionstillstånd.

Studien är godkänd av Karolinska institutets regionala forskningsetikkommitté. Har man identifierat bindningen till Wyeth Lederle Nordiska AB som ett forskningsetiskt problem? Har det av informationen till deltagande patienter och läkare klart framgått att studien finansieras av Wyeth?

Min avsikt är inte att diskreditera forskning som finansieras av läkemedelsindustrin. Jag tvivlar inte heller på att Contactusverksamheten har varit värdefull för många patienter. Men frågan kvarstår: Hur skall man förhålla sig till läkemedelsfinansierad forskning när tolkningen av resultatet är sådan att studien kan användas som argument för ökad försäljning av SSRI-/SNRI-preparat i primärvården?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Bodlund O. Ångest och depression dolt problem i primärvården: endast vart fjärde fall identifieras. *Läkartidningen* 1997;94:4612-8.
2. Essen-Möller E. Discussion. Psychiatric epidemiology. Proceedings of the international symposium in Aberdeen, July, 1969. Oxford: Oxford University Press; 1970. p. 23-6.
3. Regier DA et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:109-15.
4. Robins LN, et al. The composite international diagnostic interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069-77.
5. Krause P, et al. Generalisierte Angst und Depression in der Allgemeinarztpraxis (GAD-P). Study design and methods. *Fortschr Med* 2001;119(Suppl 1):5-12.
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
7. Pöldinger W, Calanchini B, Schwarz W. A functional-dimensional approach to depression: serotonin deficiency as a target syndrome in a comparison of 5-hydroxytryptophan and fluvoxamine. *Psychopathology* 1991;24:53-81.
8. Isacson G. Självordsfrekvensen ner med 25 procent. Ökad användning av antidepressiva medel sannolikt främsta orsaken. *Läkartidningen* 2000;97:1644-50.
9. 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;85:457-64.
10. Cullberg J. Självord och SSRI-preparat. Antidepressiva utan samtal kan göra mer skada än nytta. *Läkartidningen* 1997;94:1409-11.
11. Johansson SE. Poissonregression bättre än χ^2 -test. Självordsfrekvens på Gotland utgångspunkt för analys av förändringar av sällsynta händelser i en liten grupp. *Läkartidningen* 2001;98:433-6.
12. Wyeth Lederle Nordiska AB. Contactus. Ett nyhetsbrev för läkare och sjuksköterskor. *Contactus* 2002;2:1-8.
13. Sandanger I, Nygård JF, Sörensen T. The concept of psychiatric illness – a core problem in psychiatric epidemiology. *Norsk Epidemiologi* 2002;12:181-7.
14. Isacson G, Bergman U. Ökad användning av antidepressiva. En utveckling i rätt riktning. *Läkartidningen* 1997;94:1484-6.
15. Allgulander C. Dokumenterade effekter av SSRI-preparat vid ångest. *Läkartidningen* 1998;95:2464-7.