

Christer Allgulander, docent, universitetslektor i allmän psykiatri, Karolinska institutet, Neurotec-institutionen, sektionen för psykiatri, Huddinge Universitetssjukhus (*Christer.Allgulander@neurotec.ki.se*)

Bo Nilsson, fil lic, matematiker, enheten för cancerteori, Karolinska institutet, Radiumhemmet, Stockholm (*Bo.Nilsson@ks.se*)

Rikstäckande primärvårdsstudie:

Var fjärde patient lider av ångest och depression

|| Förekomst av psykisk ohälsa hos och psykiatrisk behandling av patienter i svensk primärvård har studerats sparsamt, vilket är anmärkningsvärt eftersom ångestsyndrom och depression är vanliga både i den allmänna befolkningen och i sjukvården. Syftet med föreliggande studie är att uppskatta och jämföra prevalensen av obehandlad och behandlad generaliserad ångest och depression hos primärvårdspatienter i hela Sverige samt granska eventuella samband med demografiska faktorer och tidigare sjukdom (se Faktaruta).

|| Bakgrund

Den första svenska kartläggningen av psykisk och kroppslig ohälsa utanför mentalsjukhusens väggar utfördes sommaren 1947 i Dalbys befolkning av Erik Essen-Möller och tre andra psykiatrer. Trettiofem år senare gjordes den första primärvårdsstudien i Sverige [1]. Av 3 205 konsekutiva besök under en månad 1979 i Tierp bedömdes 20 procent av kvinnorna och 14 procent av männen ha psykisk ohälsa, varav två tredjedelar bedömdes vara i behov av behandling. Endast 6 procent hade en psykiatrisk diagnos i journalen.

Som en del av en nordisk studie undersöktes 724 primärvårdspatienter under en månad 1992 dels i Orup i Skåne, dels i Nacka, Stockholm [2]. Var tredje patient – oftast kvinnor, fränskilda, arbetslösa och ensamstående – uppgav psykisk ohälsa. Tolv procent ansågs av läkaren behöva psykiatrisk behandling.

Vid fyra vårdcentraler i Umeå 1996 förekom ångest/depression hos 15 procent av patienterna enligt självskattning, varav vart fjärde fall identifierades av läkarna [3]. Av dem som identifierades av läkarna erbjöds samtals-/läkemedelsbehandling till en tredjedel av patienterna med ångest och till hälften av patienterna med depression.

Av 1 189 primärvårdspatienter i Sydsvenskt 65 år och äldre bedömdes 13 procent ha en depression [4]. Bland 62 primärvårdspatienter med somatisering var 41 deprimerade [5]. I en förnyad studie i Tierp hade deprimerade patienter sökt flera gånger innan de fick antidepressiv behandling, och över hälften återinsjuknade efter behandling [6]. Var tionde deprimerad patient ställdes på underhållsbehandling.

SAMMANFATTAT

Psykisk ohälsa bland primärvårdens patienter har studerats sparsamt.

Under ett par arbetsdagar besvarade 131 läkare och deras 1 348 patienter frågor rörande förekomsten av ångest och nedstämdhet.

Totalt 23 procent av patienterna hade behandlad eller obehandlad generaliserad ångest och/eller depression, den vanligaste kategorin näst rygg- och ledsjukdomar.

Orsaken till besöket var ångest (7,1 procent), depression (8,5 procent) och sömnstörning (11 procent).

Fem nyckelfrågor kan ställas till primärvårdens patienter redan i väntrummet för att fånga upp dessa vanliga psykiatriska diagnoser.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

Att patienter med psykisk ohälsa inte upptäcks och behandlas till fullo har konstaterats även i primärvårdsstudier i Holland, Storbritannien och USA. Psykiatrisk vidareutbildning av allmänläkare har gynnsamt påverkat situationen [7-9], och där har psykiatrerna Adam Nagy, Börje Wistedt, Jan Wålinder, Wolfgang Rutz, Marie Åsberg, Per Mindus, Jörgen Herlofson och Owe Bodlund gjort särskilt stora insatser.

Förstahandsbehandlingen skiftade på 1990-talet från bensodiazepiner med enbart anxiolytisk verkan till serotoninmodulerande medel med effekt på både ångest och depres-

II Fakta

Fem frågor som kan ställas till primärvårdspatienter:

Dessa frågor gäller hur du mått under den senaste månaden:

Har du känt dig så ängslig och orolig att du för det mesta haft svårt att hantera, avleda eller kontrollera dessa känslor?

Har du ofta haft oväntade panikattacker?

Har du under de senaste två veckorna känt dig bedrövad, nedslagen eller deprimerad större delen av dagen?

Har du tappat intresset för så gott som allt, eller inte kunnat glädjas åt sådant som du vanligen gläds åt?

Har du haft svårt att koncentrera dig (t ex att läsa eller se på tv), eller haft svårt att fatta vardagliga beslut?

sion. Den rimliga förklaringen till att självmorden i Sverige har minskat med 25 procent (!) under senare år är att sådan SSRI-/SNRI-behandling nått ut till högriskgrupperna [10].

Prevalenstal från andra länders primärvård är emellertid inte överförbara till svenska förhållanden, eftersom patientflöden bestäms av vårdens organisation och finansiering. Det är dock värt att notera att screening för depression rekommenderas i amerikansk primärvård på grundval av en systematisk litteraturanlys av United States Preventive Services Task Force [11].

Dess slutsats rörande värdet av screening var följande: Givet att depression förekommer hos 10 procent av patienterna kan screening av 110 vuxna patienter tillföra att ytterligare en deprimerad patient identifieras och fås att tillfriskna, samtidigt som andra diagnoser med depressiva symtom också fångas upp.

Några få frågor bättre än långa formulär

Hur kan man undersöka psykisk ohälsa i primärvården? Svenska statistikällor motsvarande dem i slutenvård saknas. I ovannämnda amerikanska utredning framkom att ett par korta frågor visade sig mer användbara för screening än ett längre formulär. Väntrumsenkäter och självskattningsskalor kompletterar anamnesen, som fångar upp delvis andra fall [12].

Strukturerade psykiatriska intervjuer av särskilt skolade personer får utgöra »facit« till den vardagliga diagnostiken i mer påkostade studier, trots att någon extern validering av denna diagnostik (motsvarande bakterieodling vid klinisk tonsillit) inte kan göras.

I vår studie undersöktes förhållandena med hjälp av utprovade frågeformulär till patient och läkare för att inte missa några fall. Allmänläkare tillfrågades i hela landet för att representera helheten.

II Metod

Studiedesignen lades upp av Hans-Ulrich Wittchen, psykolog och epidemiolog i München, som genomfört flera likartade projekt, bl a en studie av 558 tyska praktiker [13]. Studier enligt samma protokoll genomfördes samtidigt i Danmark, Norge och Finland.

Den svenska studien prövades av Karolinska institutets regionala forskningsetikkommitté.

I hela landet utvaldes allmänläkare som under en arbetsdag i september 2001 undersökte samtliga vuxna patienter som ville delta. Uppgifter om läkarnas kvalifikationer, rutiner och verksamhetens omfattning inhämtades. Patienterna om-

bads att i väntrummet besvara ett frågeformulär om skälet till besöket, aktuellt hälsotillstånd och behandling samt att fylla i två formulär som utprovats i Tyskland för att screena generaliserad ångest (GAS-Q; 20 frågor) respektive depression (DSQ; 16 frågor) enligt DSM-IV-nosologi [13]. Formulären företer god test-/retestrelabilitet och -validitet för olika åldrar samt för män och kvinnor [Hans-Ulrich Wittchen, pers medd, november 2002].

Utifrån sitt ordinarie konsultationssätt och med tillgång till patienternas självskattningar bedömde läkarna om en klinisk psykiatrisk diagnos förelåg. Formulären insamlades och svaren infördes i datafiler vid Max Planck-institutet i München. Den slutliga bearbetningen utfördes i statistikprogrammet SPSS av författarna.

II Resultat

Av 152 tillfrågade allmänläkare deltog 131 (60 män, 71 kvinnor): 65 i storstad, 50 i mindre städer, 16 på landsbygden. Samtliga utom en arbetade i grupp praktik, och fyra hade psykoterapikompetens. Genomsnittligt hade läkarna praktiserat i tio år; de tog emot ca 60 patienter per vecka. Alla utom ett par forskrev SSRI-/SNRI-preparat. Samtliga hade deltagit i vidareutbildning rörande ångest/depression. De flesta ansåg sig kunna diagnostisera och behandla patienter med generaliserad ångest och depression och tyckte det var givande, även om det också upplevdes som krävande.

Av de 1348 deltagande patienterna var 63 procent kvinnor; 39 procent var 60 år eller äldre. Endast 18 procent var sjukskrivna, 46 procent förvärsarbetade, 36 procent var pensionerade. Majoriteten (56 procent) sökte för kroppsliga symptom/sjukdom, 20 procent var på återbesök för olika behandlingskontroller, 19 procent sökte för smärta, 11 procent för sömnstörning, 2,6 procent för olycksfall. Ångest var anledning till besöket för 7,1 procent av patienterna, depression för 8,5 procent. Under året före besöket hade 15 procent behandlats med psykofarmaka eller psykoterapi. En tidigare psykiatrisk diagnos uppgavs av 26 procent av patienterna: depression, paniksyndrom, generaliserad ångest, fobier, psykosomatiska tillstånd och ångestneuros.

Pågående behandling för ångest/depression uppgavs av 14 procent av patienterna; 15 procent uppgav tidigare behandling. Av dessa 362 patienter hade 25 procent behandlats av psykiater, 29 procent av psykolog, 61 procent av allmänläkare, 5 procent i slutenvård psykiatrisk vård. Tre fjärdedelar hade behandlats med psykofarmaka, hälften med samtal. Hälften av respektive behandlingar uppgavs ha gjort stor nytta, medan var tionde behandling inte hade medfört någon subjektiv nytta alls.

Generaliserad ångest och depression

443 patienter (34 procent) uppgav i självskattningsformuläret att de under den gångna månaden hade besvärats av ångslan, spänning eller oro större delen av tiden. När deras symtom analyserades avseende frekvens och svårighetsgrad motsvarade 3,6 procent DSM-IV-kriterierna för generaliserad ångestsyndrom. Samtliga patienter i studien besvarade också frågor rörande symtom på depression, varvid 5,1 procent motsvarade DSM-IV-kriterierna för pågående depression. Ytterligare 3,8 procent fyllde kriterierna för såväl generaliserad ångest som depression.

Totalt förekom således vid denna tidpunkt generaliserad ångest och/eller depression i 169 fall (12,5 procent).

Enkla jämförelser av dessa 169 fall med alla andra patienter redovisas i Tabell I. Medelåldern bland dem var 44 år \pm 15 (bland övriga patienter 53 år \pm 18; $P < 0,001$). De var något oftare franskölda/ensamstående, arbetslösa och uppgav att de tidigare fått behandling för ångest/depression. Vid konsultatio-

Tabell I. Förhållanden bland 169 fall med generaliserad ångest och/eller depression enligt frågeformulär jämfört med övriga 1 099 patienter samt univariata statistiska skillnader. Endast P-värden <0,05 i tabellen

	Fall N=169 (procent)	Övriga N=1 099 (procent)	Chi-2	P
Kvinna	115 (68)	681 (62)		
<i>Arbetsituation</i>			57,8	<0,001
Förvärsarbete	79 (48)	527 (48)		
Hemarbete	1 (0,6)	14 (1,3)		
Arbetslös	25 (15)	41 (3,7)		
Pensionerad	31 (19)	407 (37)		
<i>Civilstånd</i>			16,8	0,002
Ensamstående	40 (24)	161 (15)		
Gift/sambo	89 (53)	700 (64)		
Franskild	28 (17)	118 (11)		
Änka/änkling	12 (7)	118 (11)		
Psykofarmaka för ångest/depression nu eller tidigare	67 (40)	145 (13)	73,6	<0,001
Samtalsterapi för ångest/depression nu eller tidigare	58 (34)	86 (8)	102,1	<0,001
<i>Av läkaren diagnostiserad sjukdom</i>				
Hjärta/kärl	12 (8,5)	197 (19)	9,3	0,002
Hypertoni	12 (8,5)	165 (16)	5,3	0,022
Luftvägar	24 (17)	198 (19)		
Endokrin sjukdom	7 (5)	66 (6)		
Diabetes mellitus	12 (9)	76 (7)		
Reumatism	3 (2,1)	40 (3,8)		
Gastrointestinal sjukdom	23 (16)	109 (11)	4,3	0,039
Neurologisk sjukdom	8 (6)	46 (4,4)		
Rygg-, höft-, ledsjukdom	36 (26)	285 (27)		
<i>Läkarens verksamhetsprofil</i>				
Läkaren kvinna	89 (60)	503 (53)		
Läkaren yrkesverksam >tio år	58 (41)	380 (41)		
Upp till tolv patientbesök per dag	58 (39)	299 (31)	25,4	0,045

Tabell II. Resultat av stegvis (5) logistisk regression för 169 fall med generaliserad ångest och/eller depression enligt frågeformulär avseende variablerna i Tabell I samt ålder jämfört med övriga 1 099 patienter. Oddsquot (OR) och 95 procent konfidensintervall (KI).

Faktor	Wald	df	OR	KI	P
Ålder (tioårsgrupper)	6,6	1	0,98	0,96–0,99	0,010
Arbetslöshet jämfört med förvärsarbete	14,8	1	4,0	1,98–8,1	<0,001
Psykofarmaka för ångest/depression nu eller tidigare	12,5	1	2,5	1,52–4,27	<0,001
Samtalsterapi för ångest/depression nu eller tidigare	23,2	1	3,9	2,23–6,73	<0,001
Gastrointestinal sjukdom	4,7	1	1,9	1,06–3,33	0,031

nen hade de något färre diagnoser med hjärt-kärlsjukdom och hypertoni men något fler diagnoser omfattande mage-tarm. De besökte oftare de läkare som tog emot relativt färre patienter per dag än andra läkare.

Eftersom dessa enkla samband kan bero på en yngre åldersfördelning eller andra bakomliggande och samspelande orsaker gjordes även en multivariat regressionsmodell med variablerna i Tabell I samt patienternas ålder. I slutsteget (Tabell II) återstod samband bland fallen med självskattad ångest/depression och lägre ålder, arbetslöshet jämfört med förvärsarbete, tidigare psykiatrisk behandling samt av läkaren diagnostiserad sjukdom i mag-tarmkanalen.

Ytterligare 141 patienter hade otillräckliga symtom för en diagnos vid denna tidpunkt, även om de uppgav pågående eller tidigare psykofarmakabehandling för ångest/depression.

Flertalet, 132 av dem, hade emellertid fått en diagnos tidigare som motiverade behandlingen.

Nyckelfrågor för depression

108 patienter angav att skälet till dagens besök var depression; av dessa lämnade 75 fullständigt ifyllda DSQ-formulär. I en multivariat logistisk regressionsmodell medtogs de elva frågor som speglade aktuella depressiva symtom samt kön och ålder.

I slutsteget återfanns tre frågor (Tabell III) på vilka de flesta patienter oavsett kön och ålder svarade jakande och som således kan betraktas som »statistiska« nyckelfrågor.

Nyckelfrågor för ångest

90 patienter angav att de sökte för ångest. Deras svar på frågorna i GAS-Q jämfördes med övriga 312 som lämnat full-

ANNONS

ANNONS

Tabell III. Resultat av stegvis (3) logistisk regression för 75 patienter som sökte för depression avseende elva symtomfrågor (DSQ), ålder och kön jämfört med övriga 1 060 patienter. Svartsfrekvens, oddskvot (OR) och 95 procent konfidensintervall (KI).

Symtomfråga (under två veckor före besöket)	Wald	df	OR	KI	P
Har du känt dig bedrövad, nedslagen eller deprimerad större delen av dagen?	23,0	1	8,5	3,55–20,50	<0,001
Har du tappat intresset för så gott som allt, eller inte kunnat glädjas åt sådant som du vanligen gläds åt?	7,0	1	2,8	1,30–5,97	0,008
Har du haft svårt att koncentrera dig (t ex att läsa eller se på tv), eller haft svårt att fatta vardagliga beslut?	10,5	1	2,9	1,53–5,65	<0,001

Tabell IV. Resultat av stegvis (2) logistisk regression för 90 patienter som sökte för ångest avseende 16 symtomfrågor (GAS-Q) jämfört med övriga 312 patienter. Svartsfrekvens, oddskvot (OR) och 95 procent konfidensintervall (KI).

Symtomfråga (under fyra veckor före besöket)	Wald	df	OR	KI	P
Svårt att hantera, avleda eller kontrollera ängslan eller oro flest dagar eller ofta?	13,4	1	5,5	2,20–13,57	<0,001
Oväntade panikattacker som kom utan anledning flest dagar eller ofta?	20,5	1	4,5	2,33–8,48	<0,001

Tabell V. Läkarnas (n=131) behandlingsrutiner för patienter med generaliserad ångest/depression (procent).

	Generaliserad ångest	Depression
Enkäter, patientbroschyrer	25	16
Rådgivning, samtal	26	25
Psykioterapi	18	12
SSRI-preparat	62	90
SNRI-NaSSA-preparat	28	27
Sedativa/hypnotika	19	13
Tricykliska antidepressiva	1,6	3,2
Neuroleptika	0,8	0,8
Naturläkemedel	0,8	0
Läkemedelskombinationer	9	8

ständiga svar på dessa frågor. I en logistisk regressionsmodell av svaren på dessa frågor återstod två av betydelse i det slutliga steget (Tabell IV).

Diagnostik och underhållsbehandling

Läkarnas bedömning rörande säkerställda kliniska diagnoser var att 11 procent av patienterna hade en pågående depression, 4,2 procent hade generaliserad ångest, 4,2 procent ett annat ångestsyndrom, 4,8 procent en anpassningsstörning, 2,4 procent ett somatiseringssyndrom, 1,3 procent ett missbruk/beroende, 1,7 procent andra psykiska störningar. De noterade att 5,5 procent av samtliga patienter underhållsbehandlades sedan minst ett år tillbaka med antidepressiva läkemedel, 3,3 procent med sömnmedel, 3,2 procent med sedativa/bensodiazepiner, 3,5 procent med regelbundna samtal eller psykioterapi.

Behandlingsrutiner

De deltagande läkarna tillfrågades om hur de vanligen behandlade sina patienter för generaliserad ångest och depression. Förstahandspreparat var läkemedel med specifik effekt på återupptaget av serotonin enbart respektive serotonin plus noradrenalin (Tabell V). 91 läkare (70 procent) ansåg att dessa preparat var mer effektiva vid generaliserad ångest (snab-

bare effekt, färre biverkningar) än föregångarna. Av kostnadsskäl föredrog fyra läkare att i stället behandla med tricykliska antidepressiva. Symtomskattningsformulär och patientbroschyrer användes inte rutinmässigt.

II Diskussion

Detta är den första rikstäckande primärvårdsstudien avseende förekomsten av ångest och depression. Symtom överensstämmande med pågående generaliserad ångest och/eller depression förekom hos 12,5 procent av alla patienter. Dessutom hade ytterligare 10,5 procent av patienterna pågående psykofarmakabehandling för ångest/depression med symptomlindring.

Totalt är det alltså ca 23 procent av primärvårdens patienter som lider av eller nyligen har lidit av generaliserad ångest/depression, dvs den största gruppen näst ryggsjukdomar.

Patienterna med ångest/depression var relativt unga men hade inga väsentliga särdrag. De förefaller ha goda möjligheter att bli rätt omhändertagna eftersom läkarna anser sig kunna känna igen och behandla dessa tillstånd. För att fånga upp ytterligare patienter kan några väntrums- eller anamnesfrågor bereda väg för en fullständig intervju för diagnos och behandlingsmotivering.

Studien ger ingen bild vare sig av dem som hamnar på avvågar inom sjukvården, av dem som söker specialistvård eller av dem som inte söker hjälp alls. Förmodligen graviterar svåra fall till de psykiatriska mottagningarna, och en del väljer privatläkare för att »synas« mindre och få läkarkontinuitet. Bortfallet i studien (patienter som inte besvarade frågeformulären) analyserades inte formellt av etiska skäl. Barn deltog inte. Stickprov bland deltagande läkare ger vid handen att en till två patienter per läkare (10–20 procent) kan ha missats på grund av tidsbrist eller prioriteringar; dock inte förvägrats att delta. Studien möttes med välvilja av sköterskor, läkare och patienter. Vissa frågor besvarades ofullständigt, troligen för att de upplevs som mödosamma om man är orolig och nedstämd.

Patienterna överraskande »vanliga«

Kanske det överraskar att patienter med ångest och depression är så »vanliga«. De är yngre, ensamma och arbetslösa i

något större utsträckning än övriga patienter men skiljer sig inte nämnvärt rörande samsjuklighet. Likartade förhållanden påvisades i en tidigare svensk studie samt i en australisk intervjuundersökning rörande generaliserad ångest i den allmänna befolkningen [2, 14].

Riktningen på dessa samband är inte självklar – man kan riskera att bli friställd och ensam om man är nedstämd och orolig, eller tvärtom. Den något förhöjda förekomsten av mag-tarmsjukdom förvånar inte, eftersom dessa patienter ofta har symtom i form av illamående och dyspepsi som kan vara anledning till besöket [15]. Inte heller läkarnas verksamhetsprofil verkar ha någon betydelse, förutom att läkare med färre patientbesök i sin praktik hade fler patienter med självskattad ångest/depression och kanske gav dem mer tid av det skälet.

Självskattningsskalor bra hjälpmedel

Hjälpmedel i form av självskattningsskalor har utvecklats och distribuerats till patienter och anhöriga av läkemedelsföretag, liksom broschyrer med saklig information om symtom och förlopp. De underlättar för både läkare och patient såväl att »få korten på bordet» som till förbättrad följsamhet och ett gemensamt språk.

Tyvärr användes, enligt läkarna, inte dessa effektiva hjälpmedel genomgående. Det hade varit intressant att få fram vilken roll webbaserade informationskällor skulle kunna ha, eftersom sk biblioterapi är en form av egentherapie på frammarsch. Även information om hur många patienter som säger nej till behandling på grund av att de är rädda för »beroende» eller för att de inte har råd hade varit värdefull.

Det är glädjande att 5,5 procent av patienterna underhållsbehandlades med antidepressiva läkemedel för ångest/depression, med tanke på hur vanliga dessa tillstånd är i den allmänna befolkningen. Högriskgrupper för suicid är individer med ångest/depression, missbrukare med psykisk sjukdom och psykopatienter. Göran Isacssons avhandlingshypotes om sambandet mellan serotoninmodulerande behandling och en minskning av antalet självmord har bekräftats av utvecklingen [10].

Att psykoterapi och stödsamtal finns med som ett alternativ eller komplement till den medicinska behandlingen framgår också av studien.

Studien snuddar vid större frågor

Denna tvärsnittsstudie snuddar vid större frågor. Primärvårdens patienter har i studier ofta subkliniska symtom, symtom på såväl ångest som depression, övergående och spontanläkande symtom, symtom som sammanhänger med ensamhet, invandrarproblematik, missämja och arbetslöshet, och de har valt att gå till en kroppsläkare i stället för till en själsläkare eller psykoterapeut [16, 17].

Vad är det som styr patienten, bortsett från tillgänglighet?

Skulle psykoterapeuter med behörighet i kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi kunna specialinriktas på dessa patienter och tillföra något mer, något som kanske skulle leda till minskad sjukfrånvaro?

Eller kan psykofarmakologisk vidareutbildning höja verkningssgraden?

Behöver primärvården egna riktlinjer för behandling av patienter med ångest och depression?

Vilka patienter behöver långtidsbehandling [18]?

Slutsatser

I denna första rikstäckande primärvårdsstudie var generaliserad ångest/depression den näst vanligaste diagnoskatego-

rin. Läkarna vet vad de skall göra. Fler fall skulle identifieras om fem nyckelfrågor ställdes redan i väntrummet som en del av anamnesen.

*

Datainsamling och databearbetning betalades av Wyeth Lederle Nordiska AB, dock utan medverkan i slutsatser och analys.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Christer Allgulander bedriver klinisk ångestforskning (genetik, epidemiologi, behandling och prognos) och utbildar läkare i Sverige och utomlands med ekonomiskt stöd av AstraZeneca, Eli Lilly Inc, European College of Neuropsychopharmacology, GlaxoSmithKline, The International Federation for Mood and Anxiety Disorders, H Lundbeck AB, Pfizer AB, Stockholms läns landsting, Söderström-Königska Stiftelsen och Wyeth Lederle Nordiska AB. Han är oavlönad redaktionsmedlem för the South African Review of Psychiatry och Human Psychopharmacology, referent för Acta Psychiatrica Scandinavica och Archives of General Psychiatry och ingår/har ingått i advisory boards/arbetsgrupper för Apoteket (Läkemedelsboken), AstraZeneca AB, Huddinge sjukhus läkemedelskommitté och forskningsetikommitté, Läkemedelsverket, Läksak (Läkemedelsakkunniga i landstinget), Pfizer Inc, Pharmacia/Upjohn och UCB Pharma. Han är oavlönad rådgivare åt patientföreningen Svenska ångestsyndrom-sällskapet.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden avseende Bo Nilsson: Inga uppgivna.

Referenser

1. Keillon L, Swartling PG, Smedby B. Psychiatric symptoms and psychosocial problems in primary health care as seen by doctors. *Scand J Prim Health Care* 1985;3:23-30.
2. Munk-Jørgensen P, Fink P, Brevik JI, Dalgard 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;95:6-12.
3. Bodlund O. Ångest och depression dolt problem i primärvården. Endast vart fjärde fall identifieras. *Läkartidningen* 1997;94:4612-8.
4. Gottfries GG, Noltorp S, Norgaard N. Experience with a Swedish version of the Geriatric Depression Scale in primary care centres. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:1029-34.
5. Posse M, Hällström T. Depressive disorders among somatizing patients in primary health care. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:187-92.
6. Binge-fors K. Antidepressant-treated patients: population-based longitudinal studies (mortality) [dissertation]. Uppsala universitet; 1996.
7. Nagy A. Psykiatri i primärvården: Neurodiagnostik och behandling. *Läkartidningen* 1984;81:930-9.
8. Bodlund O, Andersson SO, Mallon L. Effects of consulting psychiatrist in primary care. *Scand J Prim Health Care* 1999;17:153-7.
9. Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord* 2001;62:123-9.
10. Isacsson G. Suicide prevention – a medical breakthrough? *Acta Psychiatr Scand* 2000;103:238-9.
11. Screening for depression. Recommendations and rationale. May 2002. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/depression/depressrr.htm>
12. Nazemi H, Larkin AA, Sullivan DM, Katon W. Methodological issues in the recruitment of primary care patients with depression. *Int J Psychiatry Med* 2001;31:277-88.
13. Krause P, Wittchen HU, Höfler M, Winter S, Spiegel B, Pfister H. Generalisierte Angst und Depression in der Allgemeinartzpraxis (GAD-P). *Fortschr Med* 2001;119 suppl 1:5-12.
14. Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med* 2002;32:649-59.
15. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. Are anxiety and depression related

- to gastrointestinal symptoms in the general population? *Scand J Gastroenterol* 2002;37:294-8.
16. Coyne JC, Thompson R, Klinkman MS, Nease DE. Emotional disorders in primary care. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:798-809.
 17. Herrman H, Patrick DL, Diehr P, Martin ML, Fleck M, Simon GE, et al and the LIDO Group. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO Study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychol Med* 2002;32:889-902.
 18. Montgomery SA, Sheehan DV, Meoni P, Haudiquet V, Hackett D. Characterization of the longitudinal course of improvement in generalized anxiety disorder during long-term treatment with venlafaxine XR. *J Psychiatr Res* 2002;36:209-17.

SUMMARY

Nationwide study: Anxiety and depression in one out of four primary care patients

Christer Allgulander, Bo Nilsson

Läkartidningen 2003;100:832-8

Anxiety and depression in Swedish primary care has rarely been studied. A national sample of 131 primary care physicians and their 1,348 patients during one day in September 2001 responded to questionnaires on somatic disease, social conditions, treatments, and symptoms of anxiety and depression. A total of 23% of the patients had generalized anxiety and/or depression with or without receiving treatment, i.e. the most common category following musculoskeletal conditions. The appointment was caused by anxiety in 7.1% of the patients, depression in 8.5%, and insomnia in 11%. This group of patients did not deviate much in terms of somatic and social conditions, except being younger. Doctors were confident in diagnosing and treating them. Five key questions can be used in primary care to screen for these common psychiatric conditions.

Correspondence: Christer Allgulander, Section of Psychiatry, M57 Huddinge sjukhus, SE-141 86 Huddinge, Sweden (Christer.Allgulander@neurotec.ki.se)

Särtryck Läkartidningen

Nya vetenskapliga rön har lagt grunden till en ny klassifikation, nya diagnoskriterier, effektivare behandling och prevention – inklusive vaccination – av diabetes, som uppvisar en närmast epidemisk spridning. Målen och medlen för den snabba förbättringen av diabetesvården som nu är möjlig belyses i Läkartidningens serie, som också analyserar konsekvenserna för patienterna, sjukvården och samhället av de förändringar som Socialstyrelsen hösten 1999 fastställde som nationella riktlinjer.

Priset är 70 kronor



Diabetes

Beställer härmed.....ex
av "Diabetes"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker