

Deprimerade personer är ofta högkonsumenter av somatisk vård, eftersom kopplingen mellan kroppsliga och själsliga problem är vanlig.

Vad gör man då som allmänläkare för att kunna diagnostisera eller utesluta en psykiatrisk samsjuklighet under den korta tid som normalt är avsatt för ett första besök?

Denna skrift har ambitionen att vara en praktisk vägledning för att kunna ställa en adekvat diagnos.

Förutom rent vetenskapliga fakta kommer du att finna förslag till praktiska screeningformulär, behandlingsstrategier, patientbeskrivningar, bilder ur den kliniska vardagen samt personliga reflektioner kring arbetet som primärvårdsläkare.

Trevlig läsning

Organon AB, Ola Pernbert, Produktchef CNS

*När tiden inte räcker till*

*– i primärvården*

docent Owe Bodlund och primärvårdsläkare Ulf Lindström

## När tiden inte räcker till

---

Deprimerade individer är högkonsumenter av somatisk vård, eftersom det ofta finns en stark koppling mellan kroppsliga och själsliga problem. Vid det så kallade utbrändhetssyndromet, som är den diagnos som ökar mest, finner man oftast en kombination av utmattningsdepression och lätt-uttröttbarhet, värk och koncentrationssvårigheter.

Vad gör man då under den korta tid som normalt är avsatt för ett första besök för att kunna diagnostisera eller utesluta en psykiatrisk samsjuklighet?

Kan svaret vara: "Det krävs erfarenhet, engagemang, empati och mod. En förutsättning är dock att läkaren har kunskap om depressionens många ansikten, om hur man ställer de rätta frågorna och att man har en idé om behandlingsplanen". Citatet är hämtat ur denna skrift av docent Owe Bodlund och distriktsläkaren Ulf Lindström (för närmare presentation, se sid 9, 23)

Här delar de med sig av såväl vetenskapliga fakta som erfarenheter från den kliniska vardagen. I skriften finns därför såväl förslag på användbara screeningformulär, behandlingsstrategier, patientbeskrivningar som personliga reflektioner kring vardagen som primärvårdsläkare.

Vi hoppas att du får en stund över till att läsa igenom denna skrift.

Trevlig läsning

Ola Pernbert, Produktchef CNS

Copyright: Författarna samt Organon AB

Utgiven av Organon AB, Box 5076, 426 05 Västra Frölunda. Tel 031-720 65 00. [www.organon.se](http://www.organon.se)

Författarna svarar för innehållet och är ej nödvändigtvis den uppfattning som Organon företräder.

Owe Bodlund docent, överläkare och psykiatrisk konsult i primärvården. Psykiatriska kliniken, Umeå Universitetssjukhus.

Ulf Lindström, primärvårdsläkare, Umeå sjukvård.

ISBN: 91-631-0446-6

PPLF: 262 962-k

Projektledning, grafisk form och produktion: Rosell+Co Reklambyrå AB, Göteborg

Repro och tryck: Palmeblads Tryckeri AB, Göteborg



## Kroppen och själen

---

Vår fysiska kropp, våra tankar och känslor är oupphörligt sammanlänkade. Vi, en primärvårdsläkare och en primärvårdskonsult i psykiatri, ser patientens olika symtompresentationer av ett i grunden själsligt lidande, som försvarsmekanismer av organismen människan. Presentationen är delvis kulturberingad. På 80-talet var det magsåret som gällde. På 90-talet de muskuloskeletala problemen, och nu går vi snabbt in i utbrändhetens tidevarv. Whiplashskador, ett annat kulturfenomen, är ofta relaterat till nedstämdhet. Långvarig smärta i leder och muskler leder ofta hos kvinnor till fibromyalgiliknande symtombilder. Utbrändheten har ofta depression som en komponent, liksom elallergin. Ofta blir allmänläkarens främsta uppgift att bli vägledare i detta myller av besvär. Att hjälpa patienten till större insikt om hur kroppens "teater" samspelar med livshändelser, gamla eller nya, och med patientens behov för ögonen lägga upp en behandlingsstrategi, som kan innehålla flera delar. Anti-depressiv behandling kan vara en av dessa. Ofta vill vi doktorer ta till något som har effekt, och då blir det gärna så att patienten går hem med recept på antidepressiv medicin. Vi tror vården behöver titta på vems behov vi tillfredställer: vårt eller patientens? Vi menar att man gott kan vänta i många fall. Se patienten en gång till. Vara lite mer frågvis.

Som vi ser det består grunden för ett gott allmänläkararbete av två huvudingredienser (förutom de rent medicinska kunskaperna). Vi behöver i vårt arbete som doktorer nyfikenhet. Nyfikenhet leder oss vidare, gör näsan känsligare, och skapar ett behov att samla information och sortera den, för att i nästa skede komma till någon sorts bedömning. Nyfikenhet är en av våra viktigaste grundkänslor i livet. Den andra komponenten vi vill ta upp är engagemang. Engagemang skulle kunna uttryckas i termer av att vara närvarande i rummet. Att lyssna till både det som sägs och det som finns mellan raderna. Detta är speciellt viktigt för denna patientgrupp, som går lite utanför ramarna på vår traditionella sjukvård. Här räcker inte våra sedvanliga diagnostiska instrument till, proverna visar inget, och röntgen ger sällan vägledning.

## Samtalet

Här är det goda samtalet, och viljan att både förstå och stötta, det centrala. Vissa frågeställningar kan ge extra vägledning och ge klarhet i vilken beredskap patienten har att se sina besvär i ett helhetsperspektiv. Frågan: "Hur har du det hemma?" äger liten giltighet, då den av många patienter uppfattas som snarast kränkande och direkt leder till misstänksamhet från patientens sida. Att däremot fråga hur patienten själv tänker om sin åkomma, eller hur den påverkar honom eller henne i vardagen är betydligt mer öppnande. En annan frågeställning som ofta bryter låsta lägen är att försöka ta reda på om det finns något hos den vårdsökande som tar hennes eller hans energi i vardagen. "Finns det något som händer just nu, eller som tidigare har hänt

"Att lyssna  
mer än man  
pratar"

dig eller som du upplevt, som du känner tar kraft av dig?" Ofta handlar det om att lyssna mer än man pratar. Primärvårdens nedstämda och ångestladdade patienter söker oss i många skepnader, och alla kräver vår maximala närvaro för att vi skall kunna hjälpa dem. Sjukdomsetiketten bör inte vara i fokus utan istället hela patienten med sitt spektrum av kroppsliga och själsliga symtom och sin livshistoria.

"Erfarna  
kollegor som  
bollplank"

En depression i primärvården kan behandlas med sjukgymnastik, samtals-terapi och med moderna antidepressiva preparat. Oftast ser vi att kombinationen av flera olika verktyg är det mest verksamma. Vi är övertygade om att allmänläkaren spelar en oerhört central roll i behandlingen av depressioner och dess ekvivalenter. Vi kan på kort tid diagnostisera och behandla depression, med hjälp av oss själva som instrument. Vår erfarenhet är att det sällan behövs remisser till sjukhus av dessa patienter. Däremot behöver vi bollplank i form av erfarna kollegor, kloka sjukgymnaster, vårdcentralskuratorer och egna samtalspartners inom psykiatri. Vi tycker det är viktigt att allmänläkare uppvärderar och litar till sin egen kompetens och inte frånhänder sig denna stora och komplexa grupp av vårdsökande individer.

Ulf Lindström och Owe Bodlund.  
Umeå i januari 2001.



## Att känna igen och behandla depression i primärvården

OWE BODLUND docent, överläkare och psykiatrisk konsult i primärvården.  
Psykiatriska kliniken, Umeå Universitetssjukhus.

Depression är en folksjukdom som förekommer hos ca 5% av befolkningen. I primärvården kan man förvänta sig (utifrån epidemiologiska studier) finna att cirka var sjätte patient är nedstämd till den grad att behandlingsinsatser är påkallade. Samtidigt vet vi att de flesta av dessa patienter har sökt sin allmänläkare pga kroppsliga besvär och att den avsatta tiden i bästa fall är 20 min. För att hinna och kunna omformulera problemet och därmed diagnostisera den underliggande själsliga smärtan krävs erfarenhet, engagemang, empati och mod. En förutsättning är dock att läkaren har kunskap om depressionens många ansikten, om hur man ställer de rätta frågorna och att man har en idé om behandlingsplanen. Till sin hjälp har allmänläkaren (AL) diagnostiska självskattningsformulär för depression och ångest och enkla behandlingsprogram utarbetade för primärvården. Man bör således skaffa sig förtrogenhet med depressionens psykiska och somatiska yttringar, de farmakologiska behandlingsalternativen och sist men inte minst ordna så att det finns möjlighet att följa upp patienten inom rimlig tid och under tillräckligt lång tid.

## Bakgrund

Olika grader av nedstämdhet/depression är synnerligen vanlig i den allmänna befolkningen, minst var fjärde kvinna och var sjätte man drabbas någon gång under livet av depression<sup>1</sup>. Att kvinnor drabbas i högre utsträckning än män kan delvis förklaras utifrån biologiska faktorer såsom ärftlighet och hormonell cyklicitet men är också i stor utsträckning socialt betingat. Kvinnor har lättare att sätta ord på känslomässiga problem och söker hjälp tidigare. Männerna å andra sidan förnekar, somatiserar eller dövar besvären med alkohol i stället. När depression hos män väl kan diagnostiseras har tillståndet ofta blivit djupt och allvarligt. Självordsrisken bland deprimerade män är högre än bland kvinnor.

Man kan bli nedstämd/deprimerad av många olika anledningar såsom påfrestningar i livet, besvikelse, kränkningar, förlust av nära och kära, förlust av sitt jobb eller sin heder eller pga av det faktum att man har drabbats av en kroppslig sjukdom. Ärftliga faktorer och tidigare erfarenheter påverkar individens sårbarhet och reaktionssätt. Periodvis och reaktiv nedstämdhet är en del av livet, dvs en normal reaktion på påfrestningar, men när nedstämdheten blir långvarig eller djup så rubriceras tillståndet som egentlig depression. I studier har man funnit att av de som haft en egentlig depression så återfaller 50–75% i en ny episod, de kommer statistiskt att tillbringa 20% av återstående livstid i depressiv fas och 10–15% procent av dem dör i självmord<sup>2,3</sup>. Dessutom har de deprimerade en fyra gånger förhöjd risk att insjukna och dö i hjärt- och kärlsjukdom<sup>4,5</sup>. Det är med andra ord ingen överdrift att påstå att depression är en allvarlig sjukdom.

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 hon/han beskriver någon form av kroppslig symtomatologi. Detta är inte ett medvetet försök från patienten 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 smärta i själen.

## Smärta i kropp och själ

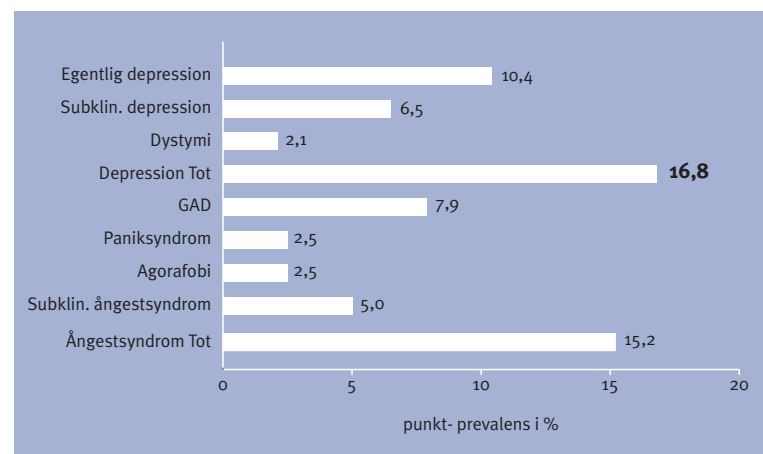
Den kroppsliga hälsan försämras således till följd av det psykiska lidandet och vice versa. Exempelvis har patienter med klinisk depression i anamnesen i genomsnitt ett 15% kortare liv. Depression har tillsammans med cancer, diabetes och ischemisk hjärtsjukdom en signifikant överdödlighet, även om suicidfallen räknas bort. Deprimerade individer är högkonsumenter av somatisk vård och läkemedel i stort. Det är således 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 har symtom som vid amalgamsjuka, elallergi eller bildskärmssjukan. Det är därmed inte sagt att de somatiska symtomen har sin förklaring enbart i det psykiatriska lidandet, men det är uppenbart att det finns en stark koppling mellan de kroppsliga och själsliga problemen. Vid det sk utbrändhetssyndromet, som är den diagnos som ökar mest, finner man att upp till 50% av patienterna är i behov av symptomlindrande behandling mot nedstämdhet, ångest och/eller sömnsvårigheter. Tillståndet är oftast kombinerat med lätt-uttröttbarhet, värk och koncentrationssvårigheter. Depression och ångesttillstånd i primärvårds-

sammanhang överlappar ofta den mycket stora patientgrupp som vi i dagligt tal benämner som ”psykosomatisk”. Om man i dylika fall begränsar det somatiska utredandet och i stället gör behandlingsförsök som syftar till stämningshöjning och ångestlindring så sparar man i många fall oändligt mycket tid och resurser.

## Finns det en underdiagnostik av depression?

Som framgår i figur 1 så fann man i WHO:s primärvårdsstudie från 1996 (15 europeiska länder och över 78 000 oselecterade primärvårdspatienter) att 16,8% uppfyllde kriterierna för depression och att högst hälften av dessa identifierades av allmänläkarna samt att en ännu lägre andel – fick behandling mot depressionen<sup>6,7</sup>.

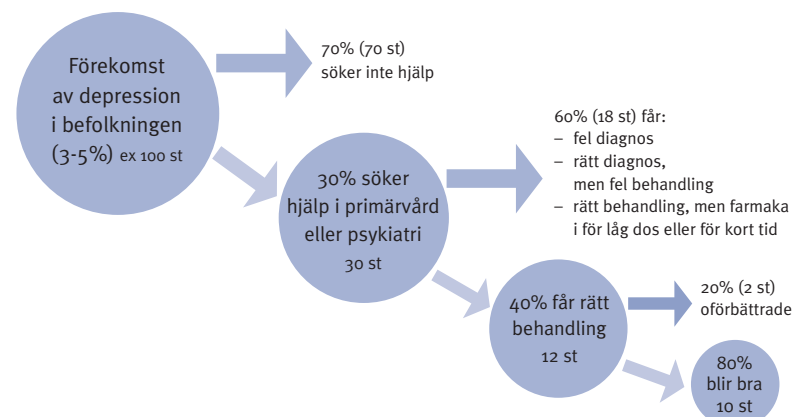
Fig 1: Depression och ångest i primärvården (Europa).



Ref: Sartorius et al, 1996; Lepine et al, 1997 (WHO-DEPRES studien, 78 000 pat. och 15 länder)

Utifrån dessa prevalenstal för depression är det förvånande att i officiell svensk primärvårdsstatistik utgör depression bara några enstaka procent av alla primärvårdsbesök. Denna underdiagnostik kan förklaras (men inte försvaras) av att patienterna i ca 95% av fallen har sökt pga något kroppsligt besvär och att det kanske finns en rädsla av att psykiatisera mänskligt lidande. Andra faktorer som kan ha betydelse är brist på tid och kunskap men också på kvardröjande fördomar hos både patienter, anhöriga och personal. Utöver att de flesta deprimerade inte identifieras och behandlas, trots att de sökt hjälp i primärvården, så vet vi också (se figur 2) att merparten av de deprimerade överhuvudtaget inte söker hjälp<sup>6-13</sup>. Av 100 deprimerade i befolkningen så kommer 10–12 i åtnjutande av adekvat behandling. Förklaringen till detta är mångfacetterad och svår att undersöka, men sannolikt beror detta på föreställningen att depression är en naturlig reaktion och av övergående karaktär samt att det saknas tilltro bland gemene man att depression går att behandla.

Fig 2: Underdiagnostik och underbehandling av depression.



Ref: Spitzer et al 1994; Svanborg & Åsberg, 1995; Lepine et al, 1997; Bodlund 1999 & 2000 m fl.

De senaste årens debatt i massmedia om ”lyckopillrens” för- och nackdelar har faktiskt bidragit till en ökad acceptans och ökad benägenhet att söka hjälp för depression och ångest. Sedan 1992 har förskrivningen av antidepressiva medel (uttryckt i antal behandlade patienter) ökat med cirka fyra gånger. Denna ökning utgörs främst av de moderna antidepressiva medlen, särskilt SSRI-preparaten och primärvårdsläkarna står idag för ca 60% av förskrivningen.

Deprimerade som söker vård vänder sig i allmänhet till sin allmänläkare, varför det är rimligt att både diagnostiken, behandlingen och uppföljningen sker inom just primärvården. Depressionsbehandling kräver i allmänhet inte specialresurser eller specialistkompetenser. För att möjliggöra ovanstående krävs dock en attitydförändring hos allmänheten samt utbildning och stöd till allmänläkaren. Författaren har i egna studier visat att konsultsamarbete mellan psykiatrin och primärvården samt utbildningsinsatser påtagligt ökar andelen identifierade och behandlade patienter med depression och ångest<sup>10</sup>. Vid utvärdering efter ett års samarbete visade det sig att distriktsläkarna identifierade dubbelt så många patienter och att andelen som behandlades mot depression/ångest hade ökat med cirka tre gånger (ökning från 4% till 11,4% av hela den undersökta populationen, n=677).

## Diagnostiska hjälpmedel i primärvården

Spitzer et al<sup>8</sup> och Bodlund et al<sup>9,10,13</sup> med flera har visat att distriktsläkarna kan ha stor hjälp av enkla diagnostiska screeningformulär för att komma, inte bara depressivitet, utan också ångest och eventuellt alkoholmissbruk 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. Patienten fyller i formuläret i väntrummet eller till nästa återbesök och distriktsläkaren kan då med hjälp av patientsvaren snabbt konstatera om patienten subjektivt har ett sådant lidande och bekräfta diagnosen med en fördjupad anamnes. Detta innebär också att patienten och doktorn kan bli överens om att problematiken föreligger och därmed blir det lättare att motivera till behandling och uppföljning.

Nedan finns några självskattningsformulär beskrivna som kan rekommenderas att användas. Samtliga är tillgängliga på svenska, de är tillräckligt ”pricksäkra” (prediktiv validitet på 70–80%) och föga tidskrävande varför de med fördel kan användas i allmänpraxis. En del av formulären finns också datoriserade, vilket kan underlätta hanteringen, databearbetning och tolkning. Skattningarna kan också användas för att följa ett förlopp och mäta effekter av insatt behandling.

## HAD – Hospital Anxiety and Depression scale<sup>11,14</sup>

HAD är ett enkelt självskattningsformulär (1 A4-sida) med sju frågor om depression och sju frågor om ångest. Varje fråga kan ge maximalt tre

### 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)

Exempel på ifylld HAD finns på sid 32.

poäng. Det tar ca 5 minuter att fylla i formuläret och en rättningsmall finns som summerar poängen. Över 10 depressions- respektive ångest-poäng talar för ett kliniskt signifikant tillstånd, vilket motiverar till fördjupad diagnostik och eventuell behandling.

HAD-skalan är utarbetad för användning i somatisk vård och i primärvård. I Sverige har skalan använts bl a för att följa förloppet för deprimerade cancerpatienter samt i ovan beskrivna primärvårdsstudie<sup>9,10</sup>.

### Psykiatrisk egenbedömning, CPRS-S-A<sup>15,16</sup>

Ett självskattningsformulär som omfattar 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. Varje fråga besvaras på en 6-gradig skala som kan ge max tre poäng. Formuläret omfattar 10 sidor och tar ca 15 minuter att fylla i. Psykiatrisk egenbedömning är konstruerad och validerad i Sverige och avsedd som ett diagnostiskt hjälpmedel i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Till skattningsformuläret hör en manual med rättningsmall och DSM-IV-kriterier för respektive tillstånd.

#### Exempel på frågor i CPRS-S-A:

De senaste tre dagarna...			2. OROSKÄNSLOR	
1. SINNESSTÄMNING			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.	
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 kan känna mig glad eller ledsen, alltefter omständigheterna.	0-0		Jag känner mig mestadels lugn.	
	0,5-0,5			
Jag känner mig nedstämd för det mesta men ibland kan det kännas lättare.	1-1		Ibland har jag obehagliga känslor av inre oro.	
	1,5-1,5			
Jag känner mig genomgående nedstämd och dyster. Jag kan inte glädja mig åt sådant som vanligen skulle göra mig glad.	2-2		Jag har ofta en känsla av inre oro, som ibland kan bli mycket stark, och som jag måste anstränga mig för att bemästra.	
	2,5-2,5			
Jag är så totalt nedstämd och olycklig att jag inte kan tänka mig värre.	3-3		Jag har fruktansvärda, långvariga eller outhärdliga ångestkänslor.	

Exempel på ifylld CPRS-S-A finns på sid 33.

## Prime-MD<sup>8</sup>

Prime-MD är konstruerad och utvärderad i USA på en primärvårdspopulation på 1000 individer. Instrumentet består dels av en självskattningsdel (1 A4-sida) där patienten svarar Ja eller Nej på sammanlagt 28 korta frågor om den psykiska hälsan. Självskattningsdelen screenar för depression, paniksyndrom, social fobi, tvångssyndrom, alkoholmissbruk, sömnproblem, ätstörning och somatoforma syndrom. Till självskattningsformuläret hör också ett mer omfattande intervjubaserat frågeformulär. I primärvård ter sig självskattningsdelen mycket användbar då den är enkel att hantera och föga tidskrävande.

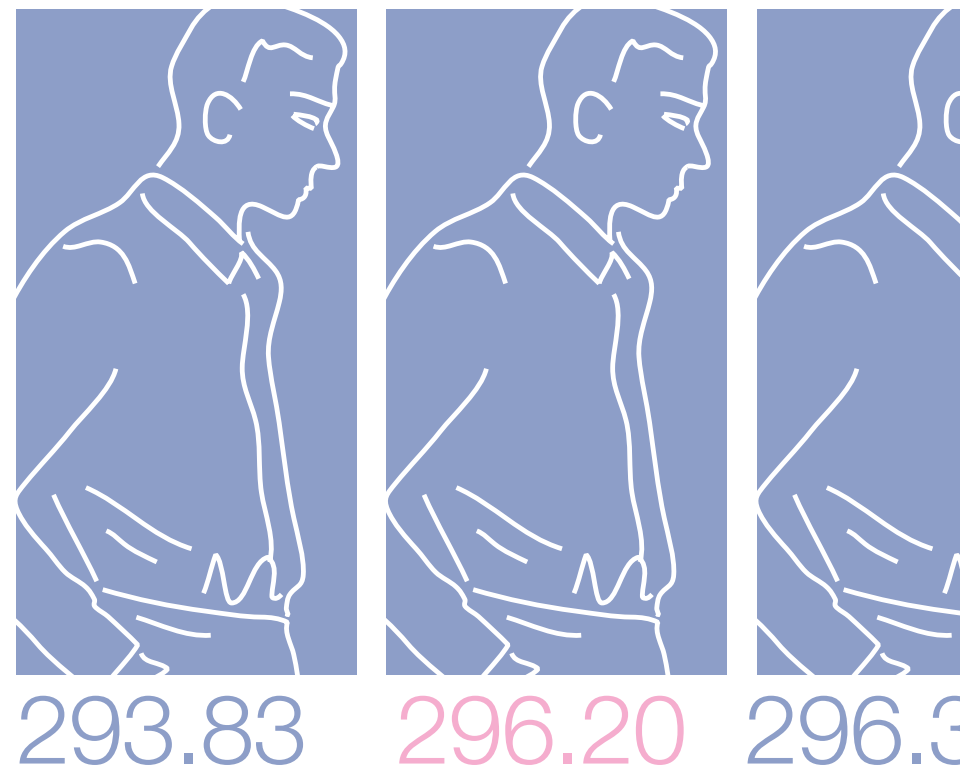
Exempel på frågor i Prime-MD, patientformulär:

Under den senaste månaden...		JA	NEJ			JA	NEJ
18. Känt Dig illa till mods, deprimerad eller känt att framtiden ser hopplös ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		28. Är Du rädd för att bli generad, eller förödmjukad i sociala situationer, eller undviker Du sådana situationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Har någon klagat på att Du dricker för mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Screeninginstrument är goda hjälpmedel för distriktsläkaren, de ger en fingervisning om när man ska gå vidare i en fördjupad diagnostisk intervju. Självskattning tar hänsyn till patientens upplevelse och underlättar kommunikationen mellan patient och läkare. Formulären är tidsbesparande, speciellt om man är osäker på vilka frågor som kan ställas för att bekräfta en misstanke (känsla) om underliggande depressivitet. "Är du nedstämd/deprimerad" är dock den enkla fråga som måste formuleras och i 70% av fallen svarar den deprimerade – JA, även om de sökt för ett kroppsligt besvär.

## Depressionsbehandling i primärvården

Det första och kanske viktigaste steget är att patienten och AL är överens om att depression föreligger och att hjälp finns att få. Om depressionen är av lindrig grad så kan olika egenvårdsåtgärder (inklusive Johannesört) vara tillräckliga i det tidiga skedet<sup>13,17</sup>. Detta innebär att AL förklarar ev. samband med kroppsliga symtom, uppmuntrar patienten att tala om sitt problem med anhöriga m fl och att hålla sig fysiskt och socialt aktiv samt att erbjuda uppföljande kontakt. Om tillståndet har fördjupats bör patienten få antidepressiv farmakologisk behandling i



kombination med uppföljande kontakt och eventuellt också psykotera-  
peutiska insatser. Att remittera till specialistpsykiatri kan bli aktuellt  
när man gjort ett eller två misslyckade behandlingsförsök med något av  
de moderna antidepressiva medlen eller när tillståndet är komplicerat  
med samtidig annan kroppslig eller psykisk sjuklighet, självmordspro-  
blematik etc. Farmakologisk underhållsbehandling (6–8 månader) kan  
på sikt behövas för att undvika återfall men det avgörande är att tidigt  
bryta den onda cirkeln som annars har en tendens att bli en nedåtgå-  
ende spiral som blir allt svårare att påverka.

I vetenskapliga studier har man 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 ade-  
kvat behandling fullt möjlig att genomföra i primärvården och man kan  
förvänta sig en positiv behandlingseffekt i mellan 60–80% av fallen. De  
återstående 20–40% som, trots adekvat behandling, inte förbättras bör  
remitteras till specialist. Utebliven effekt kan bero på att det också före-  
ligger andra diagnoser, att patienten behöver en kombination av läke-  
medel eller är i behov av en mer genomgripande psykotera-  
peutisk bearbetning. Vanligen tillfrisknar patienten inom loppet av några månader  
och under den processen kan patientens relation till distriktsläkaren  
bibehållas. Resultaten är uppmuntrande, inte bara för patienten utan  
också för den behandlande läkaren – som gjort ett bra jobb och som  
fått en nöjd patient.

I korthet kan Primärvårdens behandlingsinsatser, beroende på svår-  
ighetsgrad, indelas på följande sätt:

1. Vid lätt nedstämdhet/depression: Egenvårdsåtgärder och upp-  
följning.
2. Vid fördjupad depression: Farmakologisk antidepressiv behand-  
ling i kombination med stödsamtal.
3. Vid komplicerad depression eller vid terapimisslyckande: Remit-  
tera till (alt. konsultera) specialistpsykiatri.



## Depressioner i primärvården

ULF LINDSTRÖM primärvårdsläkare, Umeå sjukvård

Majoriteten av patienter med depressiva besvär och dess ekvivalenter såsom ledmuskelsbesvär, trötthetssymtom, och sömnstörningar etc sköts och bör skötas av primärvårdens läkare<sup>18</sup>. Det påvisades i en studie i Umeå sjukvård att ca en tredjedel av de personer som sökte primärvården led av psykosomatiska besvär. Man kan på goda grunder anta att en stor del av dessa på en direkt fråga skulle ange ångest och nedstämdhetsbesvär. I en studie från Danmark visades att över hälften av patienterna med psykosomatiska besvär väl uppfyllde DSM-kraven på antingen depressions- och eller ångestdiagnos<sup>19</sup>. Allmänläkare hanterar således dagligen flera patientärenden där depression (nedstämdhet), och ångest utgör delar eller helhet av besvärsbilden vare sig den är medveten eller icke för den som söker vård.

Primärvårdens verklighet är mångfacetterad och komplex, vilket utgör en stor del av tjugningen i arbetet. Det centrala i allmänläkarens arbete med patienten är mötet. Mötet är dock inte allmänläkarens monopol.

För allmänläkaren sker mötet i många olika situationer. En kvinna som kommer till mig för att hon har ont i nacken har jag tidigare sett som mamma på barnvårdcentralen, som medföljande hemsamarit då en gammal dam kommer till mig för sina ben. Om vi dessutom bor på

samma ort har jag kanske mött henne i Konsumkön eller på biblioteket. Jag har som doktor, då hon söker mig för sina bekymmer, en mängd information som för mig är gratis. Jag har redan bildat mig någon sorts uppfattning kring henne och hennes situation. Hur såg hon ut i ansiktet när hon kom med sin 4-åring på BVC? Hur hanterade hon den gamla kvinnan när hon klädde av henne?

Kvinnan lever, liksom vi andra, i en komplex livssituation med mängder av relationer. Hon har relationer till maken och barnen, till sina arbetskamrater, till sin chef, till sin mor och till sin döde far. Hon har ett bagage som delvis varit påfrestande och till och med traumatiserande, då hon exempelvis inte fick följa med på sin älskade farmors begravning som 7-åring, och av sitt sena missfall i 26:e veckan. När hon var ung åkte hon slalom och ramlade rejält och skadade sig i nacken och huvudet. Maken arbetar under veckorna på annan ort vilket medför att kvinnan får ta hela ansvaret för barnen. Kommunen har svångremsekonomi vilket gör att kvinnan riskerar att bli friställd. Ett av barnen har dyslektiska besvär av mild grad och trivs inte i skolan. Hennes kvinnliga arbetsledare har alltid haft svårt att lyssna på sina anställda, vilket har påverkat arbetsgemenskapen, information som jag fått via en av hennes kollegor.

När hon nu kommer till mig med sina sömnbesvär och sina nattliga svettningar är det allt detta som ingår i paketet. Är hon nedstämd? Ja, det kanske hon är. Har hon ångest? Tja, att vara nattorolig och svettas nattetid kan mycket väl förklaras av ångest, manifesterad via kroppsliga symtom. Vad är orsaken? Var i all denna väv och trådar finns svaret?

”Är han  
nedstämd?  
Ja – kanske”

Och på vilket sätt kan jag bidra till att kvinnan kan må bättre och stödja sina egna livsprocesser? Vad blir mitt uppdrag som hennes doktor? Vad har jag ansvar för? Låt oss titta på två ärenden som kan tjäna som utgångspunkt för reflektion.

## Fallbeskrivning kvinna 32 år

Gift trebarnsmor med villaboende i medelstor stad, som sedan 3 år utvecklat kronisk huvudvärk. Sökte initialt på vårdcentral tre månader efter debut. Allmänläkare gjorde sedvanlig neurologundersökning samt tog rutinlabprover med bl a tyreoidestatus. Samtliga fynd var normala. Kvinnan var påtagligt magerlagd. Sjukskrivning från sitt arbete som förskollärare inleddes då kvinnan inte upplevde sig kunna arbeta. Huvudvärken var av molande karaktär och var intermittent men daglig. Återbesök på egen begäran ytterligare 2 månader senare resulterade i remiss till neurolog. Extensiv neurologutredning inklusive CT och MRT samt en massiv provtagning inkluderande borrelia och neurosyfilis gav inga resultat. Beträktades från neurologkliniken som spänningshuvudvärk och återremitterades till vårdcentral.

### Åter hos allmänläkare

Träffade då annan allmänläkare som började ställa frågor av socialmedicinsk karaktär. Framkom visst missnöje med relationen där maken arbetade mycket som tjänsteman med kontorsarbete och resor. Förnekade alkoholmissbruk. Frågor kring övergrepp diskuterades med patienten och förnekades. Kände sig nedstämd. Skyllde detta på huvudvärken och den långvariga sjukskrivningen som lett till sänkt självkänsla. Erbjuds härvidlag antidepressiv behandling som avböjdes. Försäkrings-

kassan krävde vidare utredning vilket medförde remiss till rehabiliteringsmedicinsk klinik. Den sammanfattande bedömningen där tryckte på de psykosociala faktorerna och att det fanns ett klart depressivt inslag i bilden.

## Antidepressiva rekommenderades

En månad efter utredningen tillkommer florida kroppsliga besvär i form av upplevelse av att blodkärlen sväller och lägger sig i huden. ”Att det blir som maskar och ormar efter venerna”. ”Det rinner kallt vatten nedför låren”. Värken generaliseras och triggerpunkter tillkommer. Patienten beskriver nu värk i alla kroppskvadranter och en känsla av svullnad i extremiteterna. Vi igångsätter efter lång tvekan hos kvinnan behandling med moderna antidepressiva i adekvat dos. Efter tre månader upplever patienten förbättring avseende humöret men uppger att hon känner av sina smärtor lika starkt som tidigare, men att de inte upptar lika stor plats i hennes liv. Beskriver muntorrhet som biverkan. Hennes övriga symtombild med svullnad och upplevelsen av ”maskarna” hade minskat något. Ytterligare två månader senare vill hon avbryta behandlingen med hänvisning till muntorrheten. Hon är inte intresserad av att pröva annat preparat. Uttrycker härvidlag stort behov av att få en diagnos. ”Nånting måste det ju vara!” Patienten undersöks nu med anledning av tillkomsten av triggerpunkterna, den numera konstanta huvudvärken samt svullnadsupplevelsen i extremiteterna med avseende på fibromyalgi, varefter diagnosen sekundär fibromyalgi kan ställas. Patienten upplever en klar lättnad själsligen efter att denna diagnos satts. Socialt tillkommer komplikationer. Patienten uttalar nu önskemål om skilsmässa för maken, och maken tar desperat kontakt med hennes läkare. Han berättar i förtroende att kvinnan tre år tidigare då paret bodde på annan



T74.2



Z63.0



F5

ort utsatts för försök till våldtäkt, i en park på vägen hem från en firmafest. Detta har kvinnan berättat för maken 2 år efter händelsen. Polis-anmälan gjordes aldrig och kvinnan har heller aldrig berättat om händelsen för någon annan person. Maken berättar att kvinnan tidigare varit normalviktig, men att hon 2 år efter händelsen började gå ned i vikt och socialt isolera sig från umgängeskretsen. Maken uppmanas till att delge sin hustru att han har berättat om våldtäkten för hennes läkare, men tycker sig inte klara av det pga rädsla för att svika henne. Kvinnan skiljer sig efter ytterligare 4 månader och igångsätter därefter på eget initiativ samtalsterapi. Symtombilden reduceras, trots att fibromyalgibesvären till övervägande del kvarstår oförändrade.

## Fallbeskrivning man 59 år

59-årig man arbetande som lantbrevbärare som i januari söker distriktsläkare för fleråriga ryggsmärtor som sedan 2 månader accentuerats. Beskriver mångårig tinnitus av bruskaraktär som sakta försämrats. Öronbruset stör kraftigt hans koncentration vid bilkörning och postutdelning. Trivs annars utmärkt med sitt arbete. Anger vid förfrågan också viss tilltagande brist på livsmening. Samlivet med hustrun lite avsmnat. Han berättar att hustrun tycker han har blivit mer tvär och snarstucken senaste åren. Vid undersökning hittas hård prostata som punkteras med finnål via vårdcentralen. Han sjukskrives för ryggsmärtorna. Finnålsbiopsin visar normalfynd. PSA-värdet är normalt. Efter en kortare tids heltidssjukskrivning går han halvtidssjukskriven under våren parallellt med sjukgymnastisk ryggbehandling.



F92.8



T74.2



F00.1

Under sommaren visar nytt PSA lätt förhöjda värden, varför patienten remitteras till urolog där man finner en prostatacancer via ultraljudsledd

biopsi. Transuretral operation genomförs i augusti. Under denna period tilltar ångest och nedstämdhet. Går tillbaka till heltidssjukskrivning. Igångsätter antidepressiv behandling med modern antidepressiv medicinering i september kombinerat med stödsamtal hos aktuell distriktsläkare. Under hösten allt piggare, känner sig starkare och vill i december prova heltidsarbete. Efter 2 månader märker patienten att detta inte fungerar utan återgår till halvtid och blir under våren allt gladare och lättare till sinnes.

Vid återbesök till distriktsläkare maj samma år beskriver patienten en dröm där han upptäcker en björnunge på sin tomt som han upplever stark kärlek till och vårdar ömt. Björnungen bor i ett ide på tomt. Patienten anger vid återbesöket att han nu mår bra, känner sig nöjd med halvtidsarbete som han nu helt accepterat. Han meddelar vidare att frun tycker sig ha fått en ny man, både i och utanför sängen. Tinnitusen är fortfarande det mest arbetsbegränsande problemet, och han erhåller halv förtidspension. Efter totalt ett års behandling med antidepressiva trappas denna ut och patienten mår fortfarande, 1 år efter avslutad behandling, bra.

### En allmänläkares reflektioner

Dessa fall skiljer sig givetvis från "vanliga" fall av depressiv karaktär där diagnosen är solklar liksom behandlingen. I dessa typiska ärenden brukar jag ordna med ett återbesök inom 2–3 veckor för att utvärdera effekt och ev biverkningar av den antidepressiva behandlingen och därefter följa upp och styra doseringen etc via telefonsamtal. Jag tycker dagens primärvård avseende klassiska depressioner väl går att sköta på detta sätt. Vid komplikationer eller terapivikt kan finnas anledning till ytterligare återbesök, men annars fungerar telefonkontakt väl. Som allmänläkare

kan man lära sig 2–3 preparat väl och skaffa sig erfarenhet kring dessa inklusive biverkningsbild, och hålla fast vid det man upplever fungerar. 80–90% av depressionsfallen går att handha på detta enkla sätt. Att skaffa sig en kontakt med erfaren psykiater som man kan ha telefonkonsultation med är givetvis ett gott stöd och kan berika ens egen erfarenhetsbas.

Med dessa två patientexempel vill jag ändå peka på komplexiteten och svårigheten att skilja ut depressionen/ångesten från resten av livet. Det första fallet kan tyckas extremt på så vis att det belyser ett svårt bakomliggande trauma som orsak till depressionen. Vanligare som orsak är givetvis högt arbetstempo, dåligt lyssnande arbetsledare, svårigheter att påverka sin arbetssituation, oro för ekonomin och höga krav på sin egen förmåga. Som allmänläkare blir min uppgift att ge patienten adekvat hjälp. Det handlar mer om att diagnostisera och behandla patienten i sin helhet än att fokusera på enskild diagnos. I det första fallet handlar det mycket om stå ut med att inte att förstå. Att stå ut med att inte klara av att hjälpa pga av att det saknas information, eller att det bara inte går att lösa problemet. Hjälpen i detta fall handlar om att investera förtroende, genom att gå bredvid och stödja, så att en delaktighet möjliggörs. Att den information, som jag ser som avgörande, ändå till slut kom fram, var mer slumpartad. Trots direkta frågor kring övergrepp från läkarens sida vågade patienten inte öppna sig. Skammen var alltför stor, och kanske relationen inte tillräckligt förtroendefull. Patienten visade dock vid ingående diskussioner med läkaren en klar förståelse för sambandet mellan sina kroppsliga besvär och sina själsvårdor. Att patienten till slut genomförde sin skilsmässa öppnade förmodligen upp henne, så att hon själv var beredd att ta itu med sitt svåra trauma. Antidepressiva som kvinnan prövade efter övertalning var

i detta fall ingen lösning. Det lättade något på vissa av bördorna, men gav ingen egentlig lättnad. Det får mig att fundera på om det går att övertala någon. Min egen erfarenhet är att patienter som från start är ovilliga till antidepressiva också får biverkningar av dessa som gör det omöjligt att fortsätta. Patienter skall inte tillfredställa doktorers behov, men väl tvärsom.

I det andra ärendet utlöstes en latent depression av en medicinsk diagnos, prostatacancer. När canceren var under kontroll och patienten fått sin antidepressiva medicin gick depressionen tillbaka. Om det var medicinen, den stöttande kontakten via allmänläkaren eller att i sig ha gått igenom en existentiell kris, som gjorde susen får vi aldrig veta säkert. En spännande detalj här var drömmen om björningen som var en för patienten viktig och positiv dröm. Ökat drömande under inflytande av sedvanliga moderna antidepressiva är en välkänd verkan/biverkan och kanske också skulle kunna utnyttjas i behandlingen.

## Diagnostiska självskattningsformulär

De diagnostiska formulär jag hittills har erfarenhet av har handlat om alkohol, prostatabesvär och demens. Det finns ett flertal instrument som på ett par minuter ger en hyfsad uppfattning om exempelvis alkoholvanor. Som jag ser självskattningsformulär blir de aldrig mer än ett komplement till samtalet och undersökningen. Däremot tjänar formuläret som ett diskussionsunderlag, som ett avstamp där båda kan läsa vad som skrivits och utifrån det ”borra” i väsentliga frågeställningar. Skattningsformulär kan också fylla en funktion när man som läkare vill följa ett förlopp, som t ex MMT (Mini Mental Test) används, ett demensformulär för utredning/uppföljning vid demenssjukdom.

# HAD

Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Jag känner mig spänd eller nervös:

- Mestadels
- Ofta
- Av och till
- Inte alls

Jag uppskattar fortfarande saker jag tidigare uppskattat:

- Definitivt lika mycket
- Inte lika mycket
- Endast delvis
- Nästan inte alls

Jag har en känsla att något hemskt kommer att hända:

- Mycket klart och obehagligt
- Inte så starkt nu
- Betydligt svagare nu
- Inte alls

Jag kan skratta och se det roliga i saker och ting:

- Lika ofta som tidigare
- Inte lika ofta nu
- Betydligt mer sällan nu
- Aldrig

Jag bekymrar mig över saker:

- Mestadels
- Ganska ofta
- Av och till
- Någon enstaka gång

Jag känner mig på gott humör:

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Mestadels

Jag kan sitta stilla och känna mig avslappnad:

- Delvis
- Vanligtvis
- Sällan
- Aldrig

Datum: \_\_\_\_\_

Allting känns tröt:

- Nästan alltid
- Ofta
- Ibland
- Aldrig

Jag känner mig orolig, som om jag hade "fjärilar" i magen:

- Aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

Jag har tappat intresset för hur jag ser ut:

- Fullständigt
- Till stor del
- Delvis
- Inte alls

Jag känner mig rastlös:

- Våldigt ofta
- Ganska ofta
- Sällan
- Inte alls

Jag ser med glädje fram emot saker och ting:

- Lika mycket som tidigare
- Mindre än tidigare
- Mycket mindre än tidigare
- Knappast alls

Jag får plötsliga panikkänslor:

- Våldigt ofta
- Ganska ofta
- Sällan
- Aldrig

Jag kan uppskatta en god bok, ett TV- eller radioprogram:

- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Mycket sällan

Med hjälp av en enkel rättningsmall får denna patient 6 poäng på ångest- samt 17 poäng på depressionsskala. Skattning talar således för en klar depressivitet med en del ångestinslag. För intresse och förfrågningar om HAD var god kontakta owe.bodlund@skattning.nu

# CPRS-S-A

Test för Alz., neurocirkulära och för psykiskt Karolinska Institutet

## Egenbedömning: journal

Ifylles  (Ifylles ej)  Ifylles m spec. observans

Pat. utlöpt

SYMPTOM	930908			930915			931001			931103			931205					
	D	Å	T	D	Å	T	D	Å	T	D	Å	T	D	Å	T			
1. Sjänesstämning	f		f	0,5		0,5	0,5		0,5	0		0	0		0			
2. Oroskänslor	f,5	f,5	f,5	2	2	2	f	f	f	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5			
3. Irritation och ilska		f,5			f			f			0,5			0				
4. Sömn	f	f		f	f		f	f		f	f		0,5	0,5				
5. Matlust	f			f			0			0			0					
6. Konc. förmåga	f		f	f		f	0		0	0		0	0		0			
7. Beslutsförmåga			0			0			0			0			0			
8. Initiativförmåga	f		f	0,5		0,5	0		0,5	0		0	0		0			
9. Engagemang	f			0			0			0			0,5					
10. Passivitet	f,5			f			0,5			0,5			0,5					
11. Oro för hälsan		2			2,5			0,5			0,5			0				
12. Oro för småsaker		f	f		2	2		0,5	0,5		0,5	0,5		0,5	0,5			
13. Fobier		2			2			1,5			1,5			0,5				
14. Tvångstankar			0			0			0			0			0			
15. Tvångshandlingar			0			0			0			0			0			
16. Kroppliga obehag		f			f,5			f			0,5			0,5				
17. Smärtor och värk		0,5			0,5			0			0			0				
18. Panikattacker		f,5			2			f			0			0				
19. Livslust	f			f			0,5			0			0					
<b>SUMMA</b>	<b>Dep (D)</b>			<b>Ångest (Å)</b>			<b>Tvång (T)</b>			<b>Dep (D)</b>			<b>Ångest (Å)</b>			<b>Tvång (T)</b>		
(poäng)	7,0			8			3,5			2			2			2,5		

**Bruksanvisning** Depoäng = ● Ångestpoäng = ○ Tvångspoäng = X

Översiktligt omständigt för en registrering av symtom och poäng. För en registrering av symtom och poäng används en poängskala som är utvecklad av patienterna under ångest ångest. De olika symtom-poängerna kan sedan kombineras till skalar för ångest, ångest och tvång. Dessa skalar kan användas för att bedöma de olika poängerna. Öppna för att användas för att bedöma de olika skattningarna.

Via Lundbecks hemsida [www.lundbeck.se/lakare/](http://www.lundbeck.se/lakare/) och under länken "Skattningsskalor" kan Du hämta alla uppgifter om hur CPRS-S-A kan användas och tolkas. Ett tack till Lundbeck för deras medverkan.

## 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. Knorrning von L. Depression: En allvarlig, livslång men behandlingsbar sjukdom. *Nordisk Medicin* 1996; 111: 259–63.
3. Bingevors K. Antidepressant-treated patients. Population-based longitudinal studies. (Faculty of Medicine. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations; vol 609) Uppsala: Uppsala University, 1996.
4. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91: 999–1005.
5. Denollet T et al. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 1996; 347: 417–21.
6. 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.
7. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in community. The first pan-european study. *DEPRES. Int Clin Psychopharmacology* 1997; 12: 19–29.
8. 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.
9. Bodlund O. Ängest och depression dolt problem i primärvården: Endast vart fjärde fall identifieras (Anxiety and depression go unrecognised in primary care – only one case in four identified). *Läkartidningen* 1997; 94: 4612–8.
10. 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 of Prim Health Care*, 1999; 17: 153–7.
11. Wilkinson M, Barczak P. Psychiatric screening in general practice: comparison of the general health questionnaire and hospital anxiety depression scale. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 311–3.
12. 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.
13. Bodlund O. Flertalet deprimerade patienter kan behandlas i primärvården (Most depressed patients can be treated in primary care). *Läkartidningen* 2000; 11: 1244–9.
14. Zigmond A, Snaith R. The hospital anxiety depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361–70.
15. Svanborg P, Åsberg M. Psykiatrisk egenbedömning (CPRS-S-A). H Lundbeck AB. Helsingborg 1995.
16. Svanborg P. State and trait measures in the affective disorders. Medical dissertation, Karolinska institutet (ISBN: 91-628-3675-7), Stockholm 1999.
17. Bruhn JG & Eneroth P. Naturläkemedelsboken 2. Boehringer Ingelheim AB. Stockholm 1998.
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.
19. Wikman M, S-O Andersson et al. Kartläggning av psykosomatisk problematik i öppen och slutenvård i Västerbottens län. Projekt rapport, Västerbottens Läns Landsting, 1999.