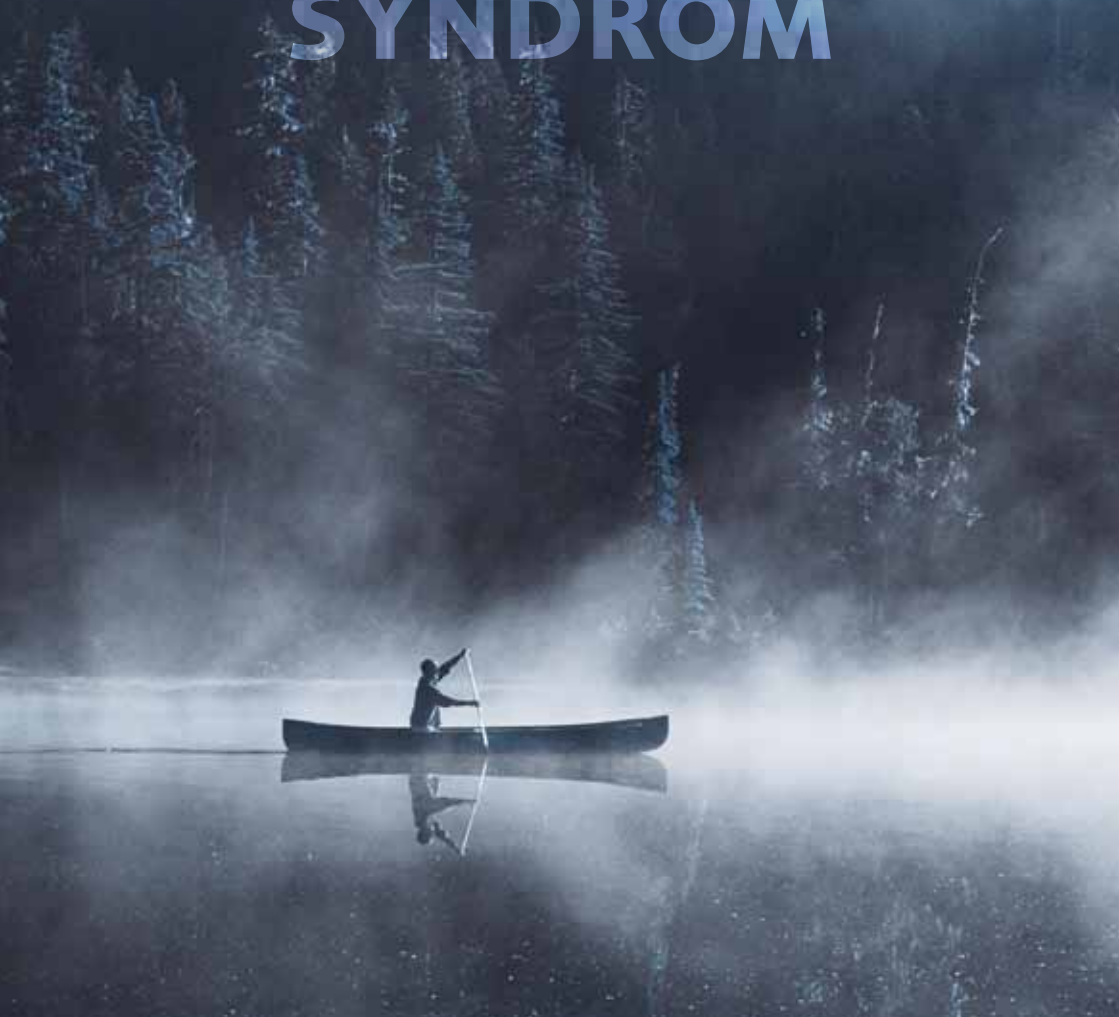



DIAGNOSTIK AV FÖRSTÄMNINGSSYNDROM



I SAMARBETE MED

SFAM



Denna broschyr bygger dels på slutsatserna från SBU:s rapport ”Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom” (2012), dels på ett anonymiserat patientfall. Syftet är att belysa hur bedömningsformulär kan användas för att stödja diagnostiken för patienter med symtom som kan tyda på depression. Broschyren är tänkt att användas för enskild läsning eller som underlag för diskussion som ett studiebreiv.

VI SOM HAR SKRIVIT TEXTERNA ÄR SANDRA AF WINKLERFELT,
DISTRIKTLÄKARE VID KRONANS VÅRD-CENTRAL I SUNDBYBERG
OCH AGNETA PETTERSSON, PROJEKTLEDARE PÅ SBU.

BROSCHYREN ÄR UTGIVEN AV SBU OCH SFAM I SAMARBETE.
GRAFISK PRODUKTION: ELIN RYE-DANJELSEN, SBU

Många patienter kommer till primärvården med psykiska problem. Symtom som smärta, ryggont eller mag-tarmbesvär kan ha bakomliggande orsaker i livssituationen eller i vanliga psykiatriska tillstånd som ångestsyndrom, depression eller missbruk.

Den ”psykiska ohälsan” är sannolikt en blandning av olika diagnoser och orsaker. I och med att de nya antidepressiva läkemedlen blev tillgängliga fick vi också en övertro på att diffus psykisk ohälsa kan avhjälpas farmakologiskt. Tilliten till läkemedlens effekt gör att diagnostiken kan bli mindre viktig. Allmänläkaren skriver kanske kortfattat ”ångest UNS”, eller ”blandat ångest- och depressionstillstånd”. Ibland kanske läkaren provar ett antidepressivt läkemedel och om det fungerar ställer läkaren diagnosen i efterhand.

Låt oss titta på fallet Lisa som ett exempel.



Fallet Lisa

Lisa är 21 år och söker på vårdcentralen för förlängd sjukskrivning. Hon har egentligen trivts och varit duktig i skolan, men under gymnasiet fick hon tilltagande problem med nedstämdhet. Det blev svårare och svårare att ta sig till skolan, koncentrera sig eller att umgås med kompisar. Hon fick samtalsstöd med kurator. Då visade det sig att Lisa haft en svår uppväxt och hemmasituation med en missbrukande förälder. Samtalen kom att handla om det.

Till slut gick det ändå inte och Lisa hoppade av skolan med ofullständiga betyg. Hon har sökt vården flera gånger och provat antidepressiv medicinering. Men medicinen gör att hon känner sig avtrubbad och går upp i vikt. Senaste halvåret har Lisa försökt jobba extra i en mataffär, men hon skäms att säga att hon inte klarar det heller. Hon känner stark ångest när hon ska gå dit. Hon har inget självförtroende längre, och är rädd att göra fel i kassan till exempel. Nu är hon sjukskriven sedan några månader och har svårt att se framtiden som annat än hopplös.



Hur kan vi hjälpa Lisa?

Något att fundera på är om vi kan ha nytta av ett bedömningsformulär, till exempel skattningsskalor som ett komplement till samtalet. I faktarutan på följande sidor sammanfattas kunskap från SBU:s rapport ”Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom”.

Läs igenom faktarutan. Diskutera sedan vad ni kan göra och vilken som är den troliga diagnosen. På sidan 9 ser ni hur handläggningen av Lisa gick till. Därefter finns också några reflektioner om värdet av diagnostik och hur den kan skärpas.

Faktaruta Sammanfattning av resultaten i SBU:s rapport "Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom".

SCREENINGFORMULÄR

Screeningformulär används för att bekräfta eller avfärda en misstanke om depression. Formulären fylls ofta i av patienten. SBU bedömde att den viktigaste egenskapen hos ett screeningformulär är att det ska vara känsligt, dvs att det ska fånga in så många som möjligt med misstänkt depression. Om formuläret samtidigt har en låg träffsäkerhet kommer det att leda till att en del patienter som fångas in i verkligheten har något annat problem.

BDI-II är tillräckligt känsligt för depression hos vuxna

Beck Depression Inventory, BDI, utvecklades av den kognitiva terapins fader, Aaron Beck, och framför allt många KBT-terapeuter använder den. Formuläret är dock förknippat med rättigheter. Därför får det inte spridas eller användas fritt. Den nuvarande versionen, BDI-II, har hög känslighet och identifierar nio av tio med depression. Däremot går det inte att bedöma hur träffsäkert BDI-II är eftersom resultaten varierade mycket mellan studierna.

PHQ-9 och HADS ger inte tillförlitliga resultat

Patient Health Questionnaire, PHQ-9, och depressionsdelen av Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, är två korta formulär som patienten kan fylla i på några minuter. Men det går inte att bedöma känsligheten för dem eftersom det varierade kraftigt mellan studier. Däremot hade PHQ-9 en hög träffsäkerhet.

MADRS är inte utvecklat för att fungera som screeningformulär

Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS, finns både för själv- och klinikerskattning. Skalan är utvecklad för att bedöma svårighetsgrad av depression och ingick därför inte i granskningen av screeningformulär.

Faktaruta Fortsättning.

DIAGNOSTISKA INTERVJUER

MINI är ett gott stöd

Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI, baseras på DSM-IV-kriterier och den aktuella, uppdaterade versionen heter MINI 06. SBU fann att andelen patienter med depression eller bipolära syndrom som identifieras ökas till drygt 90 procent om det kliniska samtalet kompletteras med en MINI-intervju. MINI 06 är uppdelad i olika moduler och täcker de flesta psykiatriska sjukdomar.

PRIME-MD är inte tillförlitligt

Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD, är också baserat på DSM-IV-kriterier men är inte tillräckligt tillförlitlig. Studier visar att testet missade en tredjedel av dem som hade depression.

BEDÖMNING AV SVÅRIGHETSGRAD OCH UPPFÖLJNING AV EFFEKTER AV BEHANDLING

Inga formulär har tillräcklig dokumentation

Det finns många studier som jämför olika skattningsskalor med varandra, t ex MADRS gentemot Hamiltonskalan. Sådana studier säger inget om hur tillförlitligt respektive formulär är. Diagnostiska tillförlitlighetsstudier baseras alltid på en jämförelse med en referens ("gold standard"). Eftersom olika formulär delvis mäter olika aspekter av förstämningssyndrom kan inget anses vara referens. Några få studier har använt bättre jämförelsemetoder, som till exempel den semistrukturerade intervjun SCID-I. Sammantaget fanns det dock inte tillräckligt underlag för något formulär för att bedöma svårighetsgrad.



Fakta

Faktaruta Fortsättning.

GDS – SCREENINGFORMULÄR FÖR ÄLDRE

Screeningformulär och intervjuer för äldre är mindre utforskat visar SBU:s rapport. Att ställa diagnosen depression hos äldre kan innebära speciella svårigheter. Personen har kanske andra sjukdomar som till exempel demens. (Ofta är dessutom patienter med demens exkluderade från studier.) Symtom som trötthet behöver heller inte betyda att personen har depression. Screeningformuläret Geriatric Depression Scale, GDS, med 15 eller 30 frågor är dock speciellt utformat för äldre och har tillräcklig känslighet.



Handläggningen av Lisa

Lisa hade sökt sjukvården och skolhälsovården i flera år, ändå hade hon inte blivit hjälpt. Kanske beror det på att man bara koncentrerat sig på den svåra psykosociala situationen.

En kollega till dig bedömer Lisa. Kollegan väljer att komplettera anamnesen med en strukturerad intervju enligt MINI. Då kommer det fram en bild av recidiverande depression. Lisa har haft minst två episoder. Den första episoden kom under gymnasietiden. Det framkom också hereditet för bipolär sjukdom. Dessutom visade det sig att Lisa haft kortare perioder med hypomana drag. Det upplevde hon inte som något problem. Då hade hon varit full av energi och hunnit med saker som hon tidigare inte tagit itu med.

Lisa använder inte alkohol eller droger; hennes uppväxt har avskräckt henne. Däremot uppfyller hon alla kriterier för social fobi. Lisa menar själv att det nog är det största problemet när det gäller att komma tillbaka till arbete och studier.

Lisa tyckte att den strukturerade intervjun var en lättnad. Hon kände igen sig i frågorna och fick gehör för sina besvär. Läkaren inriktade behandlingen mot de konstaterade och behandlingsbara diagnoserna. Lisa fick remiss för psykiatrisk bedömning kring eventuell stämningsstabiliserande medicinering och KBT för sin sociala fobi.

Den kliniska blicken skarpare med kompletterande formulär



Om vi jämför vår diagnostik och skattning av olika sjukdomar kan vi reflektera över att vi sannolikt inte skulle behandla exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar som ”hjärt- och kärlsjukdom UNS”.

Precis som för olika psykiatriska diagnoser har vi en behandlingsarsenal som är densamma för flera olika sjukdomar. Men om det gäller hjärt- och kärlsjukdom driver vi diagnostiken och delar upp i diagnoser som hypertoni, förmaksflimmer och angina samt graderar hur det påverkar funktionsförmågan.



Sandra af Winklerfelt

Grunden i diagnostik vid misstänkt psykisk ohälsa är ofta den ”kliniska blicken” och samtal med patienten. Men det är inte tillräckligt. I en systematisk översikt som omfattade mer än 50 000 patienter från elva länder i Europa och Nordamerika kunde allmänläkarna i genomsnitt identifiera knappt hälften av dem med depression. Det överensstämde rätt väl med siffror från några studier som gjorts inom öppenvårdspsykiatri.

Med MINI som komplement ökar antalet som identifieras till 9 av 10, enligt SBU:s rapport. Samtidigt får man en indikation på andra eventuella sjukdomar, som till exempel tvångssyndrom, ätstörningar eller missbruk. Det är inte säkert att patienterna berättar om sådana symtom eftersom de kan uppfatta dem som genanta.

Diskutera mera

Det finns ytterligare fyra fall på www.sbu.se/patientfall_forstamning som kan användas som diskussionsunderlag eller för egen reflektion.

Broschyren utgår från SBU:s rapport nr 212, "Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom". Rapporten redovisar det vetenskapliga underlaget för de strukturerade intervjuer, screeningformulär och formulär för skattning av svårighetsgrad som används i Sverige.

Rapporten i sin helhet samt sammanfattningen med slutsatser och evidensgraderade resultat kan laddas ner från SBU:s webbplats, www.sbu.se/forstamningssyndrom.



STATENS BEREDNING FÖR
MEDICINSK UTVÄRDERING

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄN MEDICIN

BOX 3657, 103 59 STOCKHOLM
WWW.SBU.SE

BOX 503, 114 11 STOCKHOLM
WWW.SFAM.SE