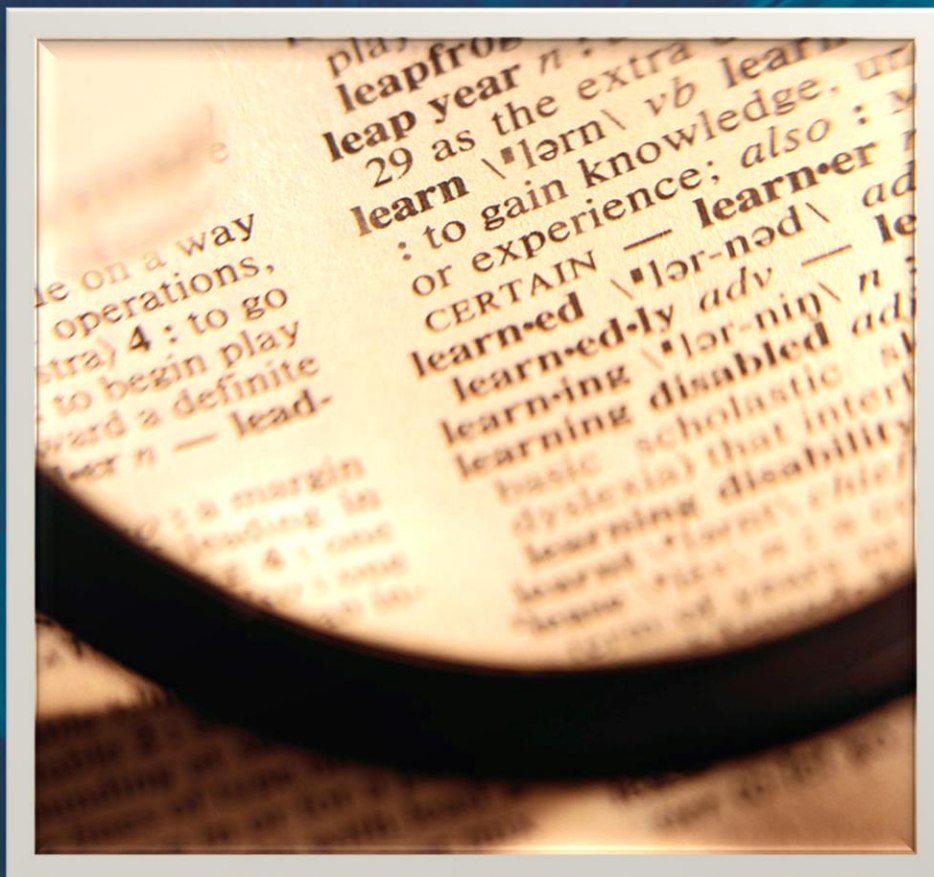


Förekomst och handläggning av patienter med depression, ångest och utmattningssyndrom på Allemanshälsan vårdcentral i Skövde



Författare:
Elena Abdi, ST-läkare
Allemanshälsan vårdcentral, Skövde

Rapport 2019:1

FoU-centrum Skaraborg

Rapport 2019:1

FoU i VGR: <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/224801>

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik

FoU primärvård

FoU-centrum Skaraborg primärvård och tandvård i samverkan

Handledare:

Per Hjerpe, distriktsläkare, med. dr

Närhälsan FoU primärvård, FoU-centrum Skaraborg, Skövde

Sammanfattning

Bakgrund

Depression, ångest och utmattningssyndrom är några av våra vanligaste sjukdomar inom primärvården och förekomsten har ökat. Många som drabbas är i arbetsför ålder och diagnoserna leder ofta till sjukskrivning. Patienter som fått dessa diagnoser behandlas i huvudsak med antidepressiva läkemedel (SSRI) eller olika former av psykologisk behandling. Syftet med denna studie är att undersöka hur många individer med depression, ångest och utmattningssyndrom som handläggs vid Allemanshälsans Vårdcentral i Skövde samt i hur stor utsträckning rekommenderade behandlingsmetoder används.

Metod

Studien är en retrospektiv journalgenomgång av den datoriserade patientjournalen "ProfDoc Journal III" på Allemanshälsan vårdcentral i Skövde. Patienter med diagnoserna ångest, depression och utmattningssyndrom registrerade under perioden 2013-15 identifierades. Av de 892 identifierade patienterna valdes var fjärde patient (n=223) i arbetsför ålder ut. Deras journaler granskades med avseende på diagnos, behandlingsmetod och kön.

Resultat

Allemanshälsans vårdcentral hade 4253 listade patienter år 2015. Under aktuell tidsperiod har 892 patienter, nästan en fjärdedel av de listade patienterna, fått någon av de aktuella diagnoserna. Av de 223 patienterna som studerades fick 189 patienter (85%) ta del av någon av de rekommenderade behandlingsmetoderna SSRI och/eller KBT. Skillnaden mellan könen var liten med avseende på behandling förutom vid ångest, där kvinnor i högre utsträckning behandlades med SSRI

Konklusion

En stor andel av listade patienter hade fått någon av de aktuella diagnoserna vid Allemanshälsans vårdcentral. En klar majoritet av dessa hade behandlats enligt aktuella rekommendationer. Denna studie bekräftar att detta är en stor patientgrupp inom primärvården men som ändå förefaller behandlas på ett adekvat sätt. Med tanke på gruppens storlek och resursåtgången är det viktigt att även i fortsättningen satsa på denna patientgrupp och fortsätta utvecklingen av behandlingsresurserna.

Nyckelord

Depression, Ångest, Utmattningssyndrom, Primärvård

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Syfte	5
Frågeställningar	5
Metod	5
Resultat	7
Diskussion	9
Slutsats	10
Referenslista	11

Bakgrund

Depression, ångest och utmattningssyndrom är några av de vanligaste folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar. Förekomsten av dessa diagnoser har ökat under de senaste åren (1). Många av de som får någon av dessa diagnoser är i arbetsför ålder. Dessa diagnoser ligger bakom cirka 90 procent av alla sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa i Sverige (2).

Majoriteten av vuxna personer som drabbas av depression, ångest eller utmattningssymtom söker vård inom primärvården och mer än 70 procent av alla patienter med dessa diagnoser får vård inom primärvården (3).

Depression

Det var först på 1950 talet som depression började användas som medicinskt begrepp, när nya läkemedel mot psykisk sjukdom började användas. På den tiden räknades depression som en kvinnosjukdom då det främst ”drabbade” starka kvinnor som ville ha kontroll över hela sin tillvaro. Under 1980 talet registrerades depression i Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III) som egen diagnos. Depression medför oförmåga att ta del av livet på ett normalt sätt (4).

Depression kan yttra sig olika hos olika individer. Kriterierna för depression finns beskrivna i diagnosmanualerna DSM-IV och diagnoserna kudas enligt ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision). Kriterierna enligt DSM-IV framgår i faktarutan nedan och de viktigaste är nedstämdhet, minskat intresse, minskad glädje, sömnbesvär, livsleda och självmordstankar (5).

Tabell 1. Egentlig depression (enligt DSM-IV)

Symtom	
1	Nedstämdhet
2	Påtagligt minskat intresse/glädje
3	Avsevärd vikt nedgång/uppgång
4	Sömlöshet eller hypersomni
5	Psykomotorisk agitation/hämning
6	Trötthet/brist på energi
7	Känslor av värdelöshet/skuldkänslor
8	Minskad koncentrations – eller – tankeförmåga
9	Livsleda, suicidtankar eller suicidförsök

Minst fem av symptom under en två-veckorsperiod, minst ett av nr 1 eller nr 2.

Minst fem av dessa symptom bör uppfyllas för att kunna ställa diagnosen ”egentlig depression”. Grundtanken med diagnoskriterierna i DSM-IV är att patienten får rätt diagnos och därefter lämplig behandling (6).

Orsaken till depression är individuell och kan vara stress, biokemiska faktorer eller psykisktrauma. Depression kan leda till självmordstankar, självmordsförsök och fullbordade självmord.

Ångest

Begreppet ångest innebär en inbyggd genuin rädsla. Ordet ångest kommer från latinets angor, anxietas och angustia. Dessa termer beskriver ångest som ett tillstånd av rädsla/ upprördhet eller känsla av trånghet och spänning, beroende på om man pratar om de psykiska eller kroppsliga aspekterna (7).

Ångslan, oro eller ångest är vanliga känslor, men om de ökar i omfattning eller intensitet kan de orsaka lidande. Ångestsyndrom är relativt vanligt förekommande världen över, och oftast drabbas kvinnor och unga människor (8).

Uppskattningsvis drabbas 25 procent av befolkningen någon gång i livet av ett ångestsyndrom (9).

Ångesten kan finnas generellt eller komma i attacker, panikångest, antingen vid speciella situationer eller spontant. Enligt DSM 5 är grunden för diagnos en överdriven rädsla och oro inför ett antal olika händelser eller aktiviteter flertalet dagar under minst sex månader och svårigheter att kontrollera sin oro (10).

Tabell 2. DSM IV kriterier för generaliserad ångest

Kriterier	
1	Vara rastlös, uppskruvad och på helspänn
2	Blir lätt uttröttad
3	Koncentrationssvårigheter eller att bli tom i huvudet
4	Irritabilitet
5	Muskelspändhet
6	Sömnstörning (svårt att somna, täta uppvaknanden eller orolig och otillfredsställande sömn)

Minst tre av sex kriterier skall finnas

Ångest kan förekomma när som helst och det går inte att kontrollera. Känslan av inre spänning och oro kopplad till ångest liknar också upplevelser eller reaktioner på stress. Panikångest är en psykisk störning med ångest som kommer i attacker som huvudsymtom. Ofta är det en begränsad episod som utvecklas hastigt och når kulmen inom 10 min.

Utmattningssyndrom

När man känner sig både fysisk och psykisk trött efter långvarigt stresspåslag, klassificeras det som utmattningssyndrom enligt primärvårdsversionen av klassifikationen ICD 10 (11). I dagligt tal brukar man beskriva detta tillstånd som "att gå in i väggen" eller utbrändhet. Patienter upplever det som att de har en mörk vägg framför sig. Man känner en trötthet som aldrig går över. Patienter som söker vård berättar att de har problem med minnet, koncentrationssvårigheter och sömnsvårigheter. Det börjar ofta med en dramatisk akutfas följt av en återhämtningsfas. Denna fas kan pågå i flera år. Detta skiljer sig från depression och ångest som mer förekommer i perioder.

Denna diagnos var inte allmänt accepterad förrän 2005. Den finns med i Försäkringskassans medicinska beslutsstöd från Socialstyrelsen från 2007. I DSMIV framgår de kriterier som måste uppfyllas för att kunna ställa diagnosen. Utmattningssyndrom är diagnos i många fall svår att ställa och det är oklart vilka behandlingsmetoder som är effektiva.

Tabell 3. Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom enligt DSM IV

Kriterier	
A	Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.
B	Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtnings tid i samband med psykisk belastning
C	Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod: 1 Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning 2 Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress 3 Känsломässig labilitet eller irritabilitet 4 Sömnstörning 5 Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet 6 Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmbesvär, yrsel eller ljudkänslighet
D	Symtomen orsakar ett kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden
E	Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyreoidism, diabetes, infektionssjukdom)
F	Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen
Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas.	

Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyllda för att diagnosen ska kunna ställas. Dessa symtom skall alltså ha förelegat under minst två veckor och orsakats av stressfaktorer som förelegat under minst sex månader.

Behandling

Depression, ångest och utmattningssyndrom behandlas i huvudsak med antidepressiva läkemedel och olika former av psykologisk behandling. Kontinuitet och tillgänglighet är särskilt viktigt vid denna typ av besvär, eftersom mycket av effektiviteten i behandlingen ligger i patientens tillit och trygghet med vårdssituationen (12).

Många psykiska sjukdomar kan i ett första skede likna varandra symtomässigt. På grund av deras likartade uttryck går diagnoserna av depression, ångest och utmattningssyndrom ofta in i varandra vilket gör det svårare att ställa rätt diagnos. Samma patient kan ha drag av flera av dessa diagnoser och behandlingen är ofta likartad.

Det finns olika behandlingsmetoder för dessa tillstånd som framför allt utgörs av läkemedelsbehandling, fysisk aktivitet, samtalsterapi och KBT (13).

Läkemedel

Vid behandling med läkemedel används i första hand Selektiv serotoninåterupptagshämning (SSRI) då de har ett gynnsamt biverkningspektrum. All depressionsbehandling måste pågå under lång tid, normalt sex månader, för att ge tydlig effekt (14).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har i nästan samtliga fall en positiv effekt vid sjukdom och sjukdomsprevention. I Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom” (2010) bedömer man att det finns stöd för att fysisk aktivitet vid lindrig depression kan förebygga försämring, höja stämningsläget och minska symtomen. Det är även en av de rekommenderade behandlingsmetoderna vid utmattningssyndrom. Fysisk träning är ett bra komplement till traditionell behandling av depression såsom farmakologisk terapi och/ eller psykoterapi (15).

Vilken typ av aktivitet som väljs spelar mindre roll, huvudsaken är att man rör sig regelbundet. Det är därför angeläget att denna enkla, billiga behandlingsmetod får sin rätta plats i terapiarsenalen vid psykisk ohälsa.

Samtalsterapi (enskilt eller i grupp)

Utöver läkemedel kan depression och ångest behandlas med psykologiska behandlingar som har väl dokumenterad effekt (16). Psykologisk behandling kan vara minst lika effektiv som läkemedelsbehandling vid akutbehandling av lindriga och måttliga fall av depression. Det kan ta längre tid att uppnå en effekt, men resultaten är mer kvarstående. Fortsatt psykologisk behandling minskar risken för återfall (17).

Om ett utmattningssyndrom har lett till en egentlig depression bör den behandlas enligt dessa metoder. Psykoterapeutiska metoder innefattar kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell terapi, psykodynamisk korttidsterapi med mera. Kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi är effektiva behandlingsmetoder mot depression av medelsvår grad (18).

Stressbegränsning

Vid utmattningssyndrom orsakat av ett långvarigt stresspåslag rekommenderas stressbegränsning. Ofta kommer stressbelastningen från arbetet men är ofta kombinerad med stressfaktorer utanför arbetet. Enligt Försäkringskassans bedömningsstöd skall arbetsförmågan bedömas individuellt i varje fall. Sjukskrivning kan vara en behandlingsmetod. Beroende på situationen kan patient sjukskrivas på heltid eller partiellt upp till 6 månader vid akuta fasen. Om patient har kvarstående kognitiva svårigheter kan sjukskrivningen förlängas upp till ett år eller mer (15).

Det finns således flera metoder för behandling av depression och ångest. Rekommenderade är behandling med antidepressiva läkemedel samt psykologisk behandling genom terapi. Fysisk aktivitet är ett alternativ till läkemedels- eller psykologisk behandling (19).

Denna stora och växande grupp av patienter utgör en betydande del av alla som söker på vårdcentralen. Dessa sjukdomar kräver ofta stora arbetsinsatser av läkare och annan sjukvårdspersonal i form av sjukskrivningar, återbesök, bortfall från arbetsmarknad, personliga lidande och hög arbetsbelastning på primärvården. Det är därför viktigt att veta hur stor denna patientgrupp är och om de behandlas på ett adekvat sätt.

Syfte

Att undersöka hur stort antal individer med depression, ångest och utmattningssyndrom som handläggs vid Allemanshälsans vårdcentral i Skövde.

Dessutom att kartlägga hur handläggningen ser ut och om den följer aktuella rekommendationer.

Frågeställningar

- Hur många patienter behandlas för dessa diagnoser?
- Vilka behandlingsmetoder har patienterna fått?
- Skiljer detta mellan män och kvinnor?
- Hur stor andel av patienter har fått ta del av rekommenderad behandling?

Metod

Studiedesign

Studien är en retrospektiv journalgenomgång av den datoriserade patientjournalen ”ProfDoc Journal III” på Allemanshälsan vårdcentral i Skövde.

Urval

Allemanshälsans vårdcentral har ökat sitt antal listade patienter från 2850 år 2013 till 4253 år 2015. Under denna tid har cirka 892 patienter fått någon av dessa diagnoser. Urvalet utgörs av var fjärde patient i arbetsför ålder (18-65 år) på Allemanshälsan vårdcentral i Skövde som från 2013 till och med 2015 fått diagnos depression (F32.0; F32.1; F32.9), ångest (F41.1; F41.9) och utmattningssyndrom (F43.8A) enligt primärvårdsversionen av klassifikationen ICD 10). Dessa selekteras från datajournalen med hjälp av analysverktyget Medrave4. Patienterna delas upp i två grupper, en med diagnos registrerad 2013-2015 och en grupp med ny, ej tidigare registrerad diagnos 2015.

Datainsamling och analys

För de selekterade patienterna inhämtades följande uppgifter ur datajournalen ProfDoc Journal III vid en manuell journalgranskning:

- kön
- födelseår
- bruk av SSRI (N06AB)
- bruk av Benzodiazepiner (N05BA;)
- bruk av andra lugnande (N05BB01,R06AD02;R06AD52;R06AD02)
- förekomst av KBT- behandling
- annan samtalsbehandling
- remiss skriven till psykiatri
- sjukskrivningslängd
- arbetsrehabiliterande åtgärder (avstämningmöte med plan för arbetsrehabiliterande åtgärder)
- sysselsättning (arbete, studerar, arbetslös, sjukersättning)

Data matades in i Excel och resultatet rapporteras deskriptivt. Vid signifikanstestning av skillnad mellan grupper har chi2-test utförts med hjälp av SPSS där signifikansnivån har satts till $p < 0,05$.

Etiska överväganden

Studien är en verksamhetsuppföljning på Allemanshälsans vårdcentral varför en etisk prövning inte bedömdes vara nödvändig. Etiska risker med projektet är framför allt risken för integritetskränkning av patienter och behandlande personal. Risken för patienten bedöms dock som liten eftersom allt material avidentifieras efter journalläsning och resultatet endast redovisas på gruppnivå. Berörda läkare har också informerats innan studien påbörjades och hade då möjligheter att komma med kommentarer och förslag.

Resultat

Via utdataverktyget MedRave identifierades totalt 892 patienter i arbetsför ålder med diagnoser depression, ångest och/eller utmattningssyndrom på Allemanshälsan vårdcentralen i Skövde under tidsperiod 2013-01-01 till 2015-12-31 vilket innebär nästan var fjärde listad patient. Efter sortering på ålder valdes var fjärde patient ut varefter 223 patienter återstod förjournalgranskning. Patienterna delades in i två grupper. Första gruppen är de som insjuknades till och med 2014-12-31 och består av 90 patienter, av dessa var 67% kvinnor (n=60) och 33% män (n=30). Andra gruppen är de som insjuknades under 2015 vilket var 133 patienter. Av dessa patienter var 60% kvinnor (n=80) och 40 % män (n=53).

I tabell 4-6 nedan redovisas antal patienter som fått ta del av behandlingsinsatser uppdelat på de två tidsperioderna med en tabell för respektive diagnos.

Tabell 4. Antal kvinnliga och manliga patienter med depressionsdiagnos från 2013-2015 samt nyinsjuknade 2015

	2013-2014		Nyinsjuknade 2015	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Depression	36	10	43	26
Behandling				
KBT	16	7	32	15
Annan Samtalsterapi	8	5	7	5
SSRI	34	10	22	23
Bensodiazepin	14	4	11	6
Andra Lugnande	9	2	9	10
Remiss psykiatri	5	1	6	4
Sjukskrivning	14	2	21	9
Arbetsrehab	4	1	3	1
Sysselsättning				
Arbetar	27	7	37	18
Studerar	4	2	4	5
Arbetslös	3	1	2	2
Sjukersättning	2	0	0	1

Tabell 5. Antal kvinnliga och manliga patienter med ångestdiagnos från 2013-2015 samt nyinsjuknade 2015

	2013-2014		Nyinsjuknade 2015	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Ångest	26	11	30	21
Behandling				
KBT	7	4	17	8
Annan Samtalsterapi	3	2	7	4
SSRI	21	6	21	7
Bensodiazepin	9	7	8	4
Andra Lugnande	6	2	13	13
Remiss psykiatri	2	1	5	2
Sjukskrivning	7	2	9	2
Arbetsrehab	2	0	1	1
Sysselsättning				
Arbetar	21	6	22	13
Studerar	0	2	5	4
Arbetslös	4	3	5	4
Sjukersättning	1	0	1	0

Tabell 3. Antal kvinnliga och manliga patienter med utmattningsyndrom från 2013-2015 samt nyinsjuknades 2015

	2013-2014		Nyinsjuknade 2015	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Utmattningsyndrom	4	3	10	3
Behandling				
KBT	3	2	10	2
Annan Samtalsterapi	0	0	3	0
SSRI	4	2	10	0
Bensodiazepin	1	1	3	0
Andra Lugnande	1	0	3	1
Remiss psykiatri	0	0	1	0
Sjukskrivning	7	3	9	2
Arbetsrehab	2	1	1	0
Sysselsättning				
Arbetar	4	3	9	3
Studerar	0	0	1	0
Arbetslös	0	0	0	0
Sjukersättning	0	0	0	0

Av alla patienter med någon av ovanstående diagnoser fick följande andel rekommenderad behandling, 71% SSRI (144/223), 52% (106/223) KBT och 85% (189/223) någon av dessa behandlingar eller båda. Bland kvinnor fick 87% (123/140) och bland män 80% (66/83) någon av de rekommenderade behandlingarna. Av patienterna som fick diagnosen utmattningssyndrom fick 80% (16/20) stressbegränsning i form av sjukskrivning.

På vissa områden var skillnaden mellan könen små. För patienter med utmattningssyndrom blev 83% av männen sjukskrivning jämfört med 78% av kvinnorna. Sett över alla diagnoser blev 55% av kvinnorna (62/113) och 40% av männen (20/50) sjukskrivna.

För patienter med depression eller ångest fick 50% (34/68) av män KBT-behandling jämfört med 53% (72/135) kvinnor. 68% (46/68) män fick läkemedelsbehandling (SSRI), och 73% (98/135) kvinnor.

Ett område där det fanns en statistiskt säkerställd skillnad kunde däremot ses hos patienter med ångestdiagnos. Där fick 75% av kvinnor (42/56) rekommenderad SSRI-behandling och endast 41% av männen (13/32) ($p < 0,000$). För patienter med depression var förhållandet det omvända. 92% av männen (33/36) fick rekommenderad SSRI-behandling medan motsvarande siffra för kvinnor var 71% (46/79) ($p < 0,000$).

Diskussion

Resultatdiskussion

Vi identifierade 892 patienter som fått ngn av de aktuella diagnoserna under tre år 2013-2015 vilket utgör cirka en fjärdedel av de listade patienterna. De allra flesta av det studerade urvalet hade fått ta del av rekommenderad behandling i form av SSRI och/eller KBT. Det var inga större skillnader i handläggning mellan män och kvinnor.

I vår studie hade vi tyvärr inte möjlighet att ta reda på exakta prevalenssiffror för dessa diagnoser men grovt räknat har en fjärdedel av vårdcentralens patienter haft ngn av dessa diagnoser under de studerade tre åren. Denna siffra är i samma storleksordning som i en studie från 2013 där prevalensen i Sveriges befolkning för klinisk depression och ångestsyndrom bedömdes vara 17,2%. Siffran för svår depression i denna studie var 5,2% och 8,8% för generaliserat ångestsyndrom (20). Att så många av Allemanshälsans listade fått ngn av dessa diagnoser kan delvis förklaras av att man haft en speciell satsning på dessa diagnoser sedan 2015. Det kan också förklara att en stor del av patienterna nydebuterat 2015.

En majoritet, 85%, av patienterna fick rekommenderad behandling med SSRI och/eller KBT. Det är rimligt med tanke på att denna typ av behandling i många fall har visat sig ha god effekt. Vi har tyvärr inte hittat några andra studier som redovisar denna typ av siffror. Vi bedömer dock att utfallet är gott och att det sannolikt inte ens är lämpligt att nå 100% eftersom även lättare fall som inte kräver aktiv behandling är inkluderade. Bland dessa patienter är fysisk aktivitet

ofta ett bra alternativ. Tyvärr har vi inte kunnat bedöma om detta rekommenderats i det enskilda fallet.

Kvinnor var generellt något överrepresenterade i statistiken med avseende på antal patienter som fått någon av de tre diagnoserna. Detta kan bero på att färre män är benägna att söka för dessa symtom eller att män i allmänhet lider mindre av dessa besvär. En global studie från 2013 visar att kvinnor med diagnosen svår depression är överrepresenterade med en faktor på 1,95 jämfört med män (21). En annan studie visar att kvinnor löper 1,5 till 2 gånger så stor risk att diagnostiseras med ångestsyndrom (22).

Med avseende på vilka behandlingar patienterna fick var skillnaden mellan könen små. Dock visade det sig att kvinnor med diagnosen ångest var mer benägna än män att få SSRI-behandling medan det omvända gällde för kvinnor med depression. Detta faktum har vi ingen bra förklaring till.

Metoddiskussion

Eftersom studien tittar på resultat över flera år går det inte att bestämma en punktprevalens för de listade patienterna på Allemanshälsans Vårdcentral. Studien tittar på nyinsjuknade perioden 2013-15 och tar inte hänsyn till de som varit inskrivna sedan tidigare. För ett korrekt prevalensmått skulle det totala antalet patienter med någon av diagnoserna vid en given tidpunkt jämföras mot listade patienter vid samma tidpunkt.

Studien tittar endast på en relativt kort tidsperiod på 3 år. Detta gör att större trender över tid inte går att upptäcka. Det är även så att antalet patienter som ingår i studien är relativt liten, men trots det går det att se skillnader mellan könen exempelvis med avseende på andelen patienter som får olika typer av behandlingar. Resultaten kan inte ses som representativa för hela befolkningen då studien endast tittar på patienter från en enskild vårdcentral och är således svåra att generalisera. Förekomsten av dessa diagnoser varierar sannolikt ganska mycket beroende på den socioekonomiska sammansättningen av vårdcentralens listade befolkning.

Slutsats

En stor andel, cirka var fjärde listad patient, hade fått någon av de aktuella diagnoserna under de tre åren 2013-2015 vid Allemanshälsans vårdcentral. En klar majoritet av dessa hade behandlats enligt aktuella rekommendationer. Denna studie bekräftar att detta är en stor patientgrupp inom primärvården men som ändå förefaller behandlas på ett adekvat sätt. Med tanke på gruppens storlek och resursåtgången är det viktigt att även i fortsättningen satsa på denna patientgrupp och fortsätta utvecklingen av behandlingsresurserna.

Referenslista

1. Cullberg J. Dynamisk Psykiatri. 7:e upplagan. Stockholm: Natur & Kultur; 2003.
2. Försäkringskassan. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år. Stockholm: Försäkringskassan, 2014. Socialförsäkringsrapport 2014:4.
3. von Knorring L. Depression: En allvarlig, livslång men behandlingsbar sjukdom. Nordisk Medicin 1996; 111: 259-63.
4. Leahy RL. Besegra depressionen. Stockholm: Natur & Kultur; 2011. ISBN 978-91-27-11624-5.
5. Socialstyrelsen. Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Nationell utvärdering 2013. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013. Rapport 2013-6-27.
6. Sirona – Health Solutions. Riktlinjer för egentlig depression. En internationell utblick. Socialstyrelsen; 2017.
7. Olariu E, Forero CG, Gastro-Rodriguez JI, Rodrigo-Calvo MT, Alvarez P, Martin-Lopez LM, et al. Detection of Anxiety Disorders in Primary Care: A meta-analysis of assisted an unassisted diagnosis. *Depress Anxiety*. 2015 Jul;32(7):471-84. (doi: 10.1002/da.22360)
8. Socialstyrelsen. Vård av patienter med depression och ångest. En nulägesrapport 2015. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015-12-17.
9. Åsberg M, Grape T, Krakau I., Nygren Å, Rodhe M, Wahlberg A, & Währborg P. Stress som orsak till psykisk ohälsa. *Läkartidningen*. 2010; 19–20; 107:1307-1310.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington; American Psychiatric Association; 2015.
11. Socialstyrelsen. Utmattningsyndrom. Stockholm: Socialstyrelsen, 2017. Stressrelaterad psykisk ohälsa.s-9.
12. SBU. Behandling av depressionssjukdomar. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. SBU-rapport nr 166.
13. Bourbonnais R, Brisson C, Moisan J, Vezina M. Job strain and psychological distress in white-collar workers. *Scand J Work Environ Health* 1996;22(2):139-145.
14. SBU. Internetförmiddad psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013.
15. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*. 2017 Aug;143(8):783-822. doi: 10.1037/bul0000102.

16. SBU. Internetförmad psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013.
17. Sharp DM, Power KG, Swanson V. A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2004; 11:73-82.
18. Barkham M, Saxon D. The effectiveness of high-intensity CBT and counselling alone and following low-intensity CBT: a reanalysis of the 2nd UK National Audit of Psychological Therapies data. *BMC Psychiatry*. 2018 Oct 3;18(1):321. (doi: 10.1186/s12888-018-1899-0)
19. Roness A, Matthiesen SB. *Utbrent, Krevende jobber – gode liv*. Oslo: Fagbokforlaget; 2002
20. von Knorring L, Thelander S, Pettersson A. Treatment of anxiety syndrome. A systematic literature review. Summary and conclusions by the SBU. *Lakartidningen*. 2005 Nov 21-27;102(47):3561-2, 3565-6, 3569.
21. Johansson R, Carlbring P, Heedman Å, Paxling B, Andersson G. Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. *PeerJ*. 2013 Jul 9;1:e98. (doi: 10.7717/peerj.98)
22. Kaltenthaler E, Brazier J, De Nigris E, Tumor I, Ferriter M, Beverley C, Parry G, Rooney G, Sutcliffe P. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2006 Sep;10(33):iii, xi-xiv, 1-168.

FoU primärvård

FoU primärvård FoU-centrum Skaraborg
Regionens hus Skövde
Hemsida: www.vgregion.se/fouskaraborg