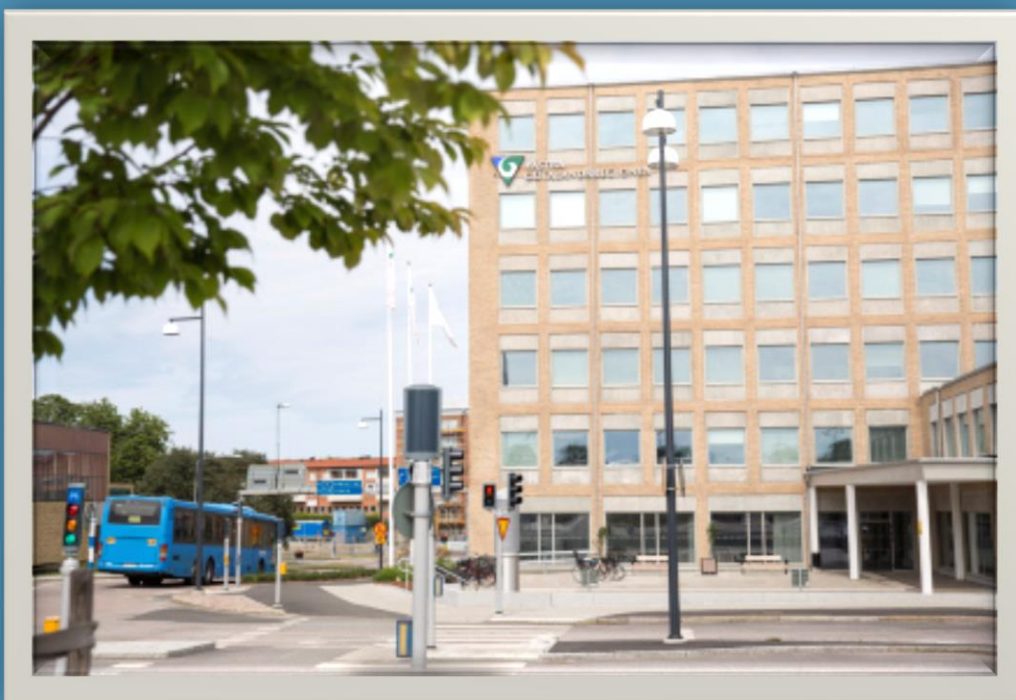


Behandling av patienter med depression på Unicare vårdcentral Mariestad



Författare:

Yrkestitel Elham Hosseini, ST-läkare
Unicare vårdcentral Mariestad

Rapport 2022:1

FoUUI-centrum Skaraborg

Rapport 2022:1

FoU i VGR: [Behandling av patienter med depression på ... | FoU i Västra Götalandsregionen \(researchweb.org\)](#)

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik

FoUUI-centrum Skaraborg primärvård och tandvård i samverkan

Handledare:

Margareta Hellgren, docent i allmänmedicin
Skaraborgsinstitutet, Skövde

Jörgen Thorn, MD, PhD,
Primärvårdsdirektör, Närhälsan

Sammanfattning

Bakgrund

Depression är vanligt förekommande med en prevalens av ca 15% för män och 25% för kvinnor i Sverige. En depression kan sedan utvecklas på olika sätt. Undersökningar på populationsnivå pekar på att flertalet depressioner läker ut inom 3-6 månader obehandlade och att de flesta individer inte drabbas av ytterligare incidenter.

Syftet med all behandling är att åstadkomma tillfrisknad och total funktionskapacitet, samt att minska risken för återfall. Det finns olika nivåer av egentlig depression, lindrig, medelsvår och svår. Graden av depression avgör delvis valet av behandling. Det finns både icke farmakologiska och farmakologiska behandlingar för depression. Många studier visar också att fysisk aktivitet har lika bra effekt såsom antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi vid mild till måttlig depression. Västra Götaland har presenterat Regionala Medicinska Riktlinjer (RMR) för att kunna ge en jämlik vård av hög kvalitet i hela regionen.

Syftet med denna studie var att undersöka hur vi på vårdcentralen Unicare i Mariestad följer regionala medicinska riktlinjer vid behandling av depression.

Metod

Journaler på patienter som fått diagnosen depression under juli 2019 till och med juli 2020 av läkare granskades avseende följsamhet till RMR.

Resultat

Av de totalt 50 patienterna var majoriteten kvinnor, drygt dubbelt så många kvinnor som män. Ungefär hälften erbjöds någon form av samtalskontakt. Alla patienter fick första kontakten med läkare och inte med vårdssamordnare. Majoriteten av patienter fick uppföljning inom en månad men däremot minskade uppföljnings frekvensen betydligt efter 6 månader och ännu mer efter 12 månader. Bara hälften av patienterna fortsatte med sin medicinering 6-12 månader efter symptomfrihet och det var gränssignifikant skillnad mellan män och kvinnor. Generellt följde vårdcentralen RMR väl bortsett från rekommendationer om fysisk aktivitet och erbjudande om psykoterapi.

Konklusion

Sammanfattningsvis visar studien att Unicare vårdcentral Mariestad sköter sig väl angående vård till patienter med depression i relation till regionala riktlinjer på många områden men psykologiska åtgärder samt rekommendation av fysisk aktivitet bör tas upp på vårdcentralen för mer insatser.

Nyckelord

Depression, regionala medicinska riktlinjer, journalgranskning, följsamhet.

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	1
Definition.....	2
Behandling.....	2
Rekommenderade regionala riktlinjer (RMR)	3
Syfte	4
Frågeställningar	4
Metod	4
Studiedesign.....	4
Urval	5
Datainsamling och analys.....	5
Etiska överväganden	5
Resultat.....	5
Diskussion.....	6
Resultatdiskussion.....	6
Metoddiskussion.....	7
Slutsats	7
Referenslista	8

Bakgrund

Depression är vanligt förekommande med en prevalens av ca 15% för män och 25% för kvinnor i Sverige (1). Risken för att man drabbas av en depression under livsloppet är ungefär 36% för kvinnor och 23% för män enligt svenska epidemiologiska studier (2).

Depression har komplikationer, bland annat självmord och annan våldsam död. Depression är också associerat med somatiska sjukdomar fram för allt mag-tarmsjukdomar, cerebral infarkt, muskuloskeletal åkommor, Parkinsons sjukdom, lungsjukdomar och kärlförändringar (2,3). Även anhörigas liv påverkas i hög grad, vilket förstärker angelägenhetsgraden för en adekvat och snabb behandling för att så mycket som möjligt förebygga funktionsnedsättning, risk för utdragen sjukdom och återfall (4). Orsaken till depression är olika, bland annat genetik, negativa barndomsupplevelser och personlighet. Det finns studier som visar att låg födelsevikt, separation från någon förälder och sexuella övergrepp har stor betydelse för utveckling av depression (5). Bland utlösande faktorer kan nämnas stress och negativa händelser i livet, socioekonomiska orsaker exempelvis missbruk, stress i arbete och några läkemedel såsom hormoner och läkemedel för hypertoni (5).

Utveckling av en depression kan vara olika. Undersökningar på populationsnivå pekar på att flertalet depressioner upphör inom 3-6 månader obehandlad och att de flesta inte drabbas av ytterligare incidenter (6). Bland personer utan riskfaktorer (ung ålder vid första framträdande, besvärlig episod, aktuell sociala problem, traumatisk barndom, recidiverande depressioner) är det mindre än 4% som återfaller under 10 år (2). De flesta patienter (cirka 70%) med depressionsdiagnos behandlas i primärvården (6).

Definition

Det finns olika diagnostiska kriterier men huvudsymtomen nedstämdhet och minskad glädje/intresse är gemensam för samtliga (5).

Enligt DSM 5 är grunden för diagnos minst ett av de två huvud symptom:

1-nedstämdhet och 2-minskad glädje eller intresse samt minst fem av nedanstående nio symptom ska finnas under en tvåveckorsperiod (7).

1. Nedstämdhet
2. Tidlig minskat intresse/glädje
3. Markant viktnedgång eller viktuppgång
4. Sömnproblem
5. Försämrade psykomotorisk aktivitet agitation eller minskad rörelse
6. Energifattigdom eller uttrötthet
7. Känslor av värdelöshet/skuld känslor
8. Minskad tankeförmåga eller koncentration
9. Livsleda, suicid tankar eller suicidförsök

Behandling

Syftet med all behandling är att åstadkomma tillfrisknad och total funktionskapacitet (2) samt att minska risken för återfall (4).

Det finns olika nivåer av egentlig depression, lindrig dvs. utan tydlig påverkan på funktionsnivån, medelsvår med tydlig påverkan på funktionsnivån och svår som orsakar en påtaglig försämring av funktionsförmåga (1). Graden av depression avgör delvis valet av behandling. Vid val av behandling måste också hänsyn tas till symtombild, tidigare behandling (både farmakologisk och icke farmakologisk) och resultat på denna, eventuell samsjuklighet, följdlig effekt (medräknat förväntat tid innan effekt kommer fram) och bieffekter av behandlingen (6). Det finns både icke farmakologiska och farmakologiska behandlingar för depression. Icke farmakologiska behandlingar består av olika sorter av psykoterapi främst kognitiv beteendeterapi (KBT) och Interpersonell psykoterapi (IPT) samt fysisk aktivitet och förordas vid lindrig till moderat depression. KBT är en väldokumenterad form av psykoterapi, inriktad på att stödja förändringar i beteendet (8). Psykopedagogiska åtgärder kan både reducera symptom och öka insikten om depression och ångest samt ge stöd. Socialstyrelsen bedömer att det är angeläget att alla verksamheter kan erbjuda psykopedagogiska åtgärder som första behandling efter att diagnosen ställts (8).

Farmakologiska behandlingar består av selektiv serotoninåterupptagshämmare (SSRI), selektiva serotonin och noradrenalin-återupptagshämmare (SNRI), tricykliska antidepressiva (TCA) litium och antipsykotiska. Vid medelsvår depression är en kombination av farmakologisk och icke-farmakologisk behandling att rekommendera eftersom kombinationen KBT och medicin kan ge gynnsammare resultat i jämförelse med bara läkemedel (2).

Vid svår depression har SNRI, främst venlafaxin och de tricykliska läkemedlen klomipramin och amitriptylin, visat sig ha bättre resultat än SSRI.

Litium kan ge en tilläggseffekt till antidepressiva vid behandlingsresistent depression och har en förebyggande effekt mot återinsjuknande vid unipolär depression. Ytterligare ett betydelsefullt resultat av litium är att det i flera studier verkar ha en suicidförebyggande effekt vid både unipolär och bipolär depression (6).

Vid svår depression rekommenderas också elektrokonvulsiv terapi (ECT) eller transkraniell magnetstimulering (TMS) (1,2). ECT anses generellt som den effektivaste behandlingen vid terapieresistans (5). Studier visar även att effekten av medicinering är tydligare desto allvarligare patientens depression är. Vid lättare depressioner är effekten av medicinering inte lika tydlig (5).

För farmakologisk behandling rekommenderas en behandlingstid av minst 6 månader medan vissa individer behöver långtidsförebyggande behandling. Riskfaktorer som talar för att patienten skulle behöva långtidsförebyggande är försenad debut >60, tidig debut <20 år, täta återfall, snabba insjuknande, svåra episoder (medräknat suicidrisk) (6). Det är avgörande att ställa diagnos och i god tid inleda med en effektiv behandling som sedan följs upp och eventuellt justeras och anpassas (5)

Rekommenderade regionala riktlinjer (RMR)

Kontakt - vårdcentralen skall erbjuda kontakt så fort som möjligt med vårdsamordnare, ge adekvat behandling med psykoterapi inom 4 veckor och eventuell medicinering och uppföljning 4–6 veckor efter insättning av medicin. Fast kontakt i början av den farmakologiska behandlingen bedöms vara av stor betydelse. Fast kontakt rekommenderas för suicidsriskbedömning samt för att bedöma eventuella bieffekter som annars skulle kunna leda till att patienten avslutar behandlingen.

Behandling - Initierad behandling bör testas i 4–6 veckor och omprövas vid otillräcklig inverkan. **Fysisk aktivitet** - Det finns inte tillräckligt metodiskt underlag för effekten av fysisk aktivitet (2) men skall, enligt RMR, rekommenderas vid lätt och medelsvår depression för att förebygga progress till svår depression och likaså för att komplettera medicinbehandlingen (1).

Psykoterapi - Psykoterapi har inverkan på depression i samtliga åldrar och är ett

behandlingsval vid lätt-måttlig depression tidigt efter diagnos. Tid till behandling rekommenderas inte vara mer än 4 veckor efter diagnostisering (1).

Farmakologisk behandling - förstahandsval bör vara SSRI såsom escitalopram eller sertralin. Alternativet kan vara kombination av SSRI med mirtazapin eller bara mirtazapin (30-60 mg) eller SNRI såsom venlafaxin (75-300 mg) alt duloxetin (30-120 mg). TCA såsom Klomipramin kan också användas (1). Läkemedelsterapi bör sedan fortsätta likadan i 6–12 månader efter tillfrisknande (1). Vid återinsjuknande vid utsättning skall behandling i fullständig dos sättas tillbaka och långtidsbehandling bedömas minst årligen (1). Uppföljning av behandling - Utvärdering av vald behandling skall göras via skattningsskalor exempelvis Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) (1).

I vår studie skall vi undersöka om Unicare vårdcentral Mariestad efterlever ovan nämnda regionala riktlinjer.

Syfte

Att studera hur patienter med depression omhändertas på Unicare vårdcentral Mariestad och hur de behandlas i förhållande till medicinska regionala riktlinjer.

Frågeställningar

- Hur snart efter kontakten med vårdcentralen kunde patienten erbjudas vårdkontakt och med vilken personalkategori?
- Har patienten erbjudits samtalskontakt?
- Vilken behandling har patienterna fått?
- Skiljer sig behandlingen mellan män och kvinnor?
- Hur har patienten följts upp efter insatt behandling? Har patienten fått uppföljning efter insatt behandling inom 4–6 veckor enligt medicinska riktlinjer?
- Hur stor andel av patienterna har fått suicidriskbedömning enligt riktlinjer?
- Har patienten fått Sertralin eller Citalopram som förstahandsval angående läkemedel? Om inte, vad har de fått för läkemedel?
- Har patienten rekommenderats fysisk aktivitet vid lindrig och medelsvår depression enligt regionala riktlinjer?
- Har medicinsk behandling fortsatt i 6–12 månader efter symptomfrihet enligt regionala riktlinjer?

Metod

Studiedesign

Studien är en retrospektiv genomgång av patientens journal på ProfDoc journal 4 på Unicare vårdcentral Mariestad.

Urval

Med hjälp av MedRave identifierades totalt 479 vuxna patienter med diagnosen depression (F32.0; F32.1; F32.9) enligt ICD-10 på Unicare vårdcentral Mariestad under tidsperioden 2019-07-01 till 2020-07-01. Journaler för alla med nydebuterad depression (n=50) under tidsperioden granskades med fokus på uppsatta frågeställningar.

Datainsamling och analys

Nedanstående patientuppgifter erhöles ur datajournalen ProfDoc journal 4 vid en manuell journalgranskning.

- Kön
- Födelsedatum
- Behandling med SSRI
- Förekomst av KBT-behandling
- Samtal med vårdsamordnare
- Väntetid till första vårdkontakt
- Uppföljning
- Förekomst av suicidriskbedömning
- Förekomst av rekommendation om fysisk aktivitet

Data bearbetas in i Excel och resultatet meddelas deskriptivt.

Etiska överväganden

Studien är en verksamhetsuppföljning på Unicare vårdcentral Mariestad varför en etisk prövning inte bedömdes vara oundgänglig. Uppgifter om psykiskt mående är känsligt men uppgifterna behandlas med sekretess och vi bedömer att nyttan för patienter med depression överstiger eventuella etiska risker.

Resultat

Resultatet kommer fram enligt tabell 1. Av de totalt 50 patienterna var majoriteten kvinnor, drygt dubbelt så många kvinnor som män. Ungefär hälften erbjöds någon form av samtalskontakt. Alla patienter fick första kontakten med läkare och inte med vårdsamordnare. Majoriteten av patienter fick uppföljning inom en månad men däremot minskade uppföljnings frekvensen betydligt efter 6 månader och ännu mer efter 12 månader. Bara hälften av patienterna fortsatte med sin medicinerings 6 - 12 månader efter symptomfrihet och det var gränssignifikant skillnad mellan män och kvinnor.

Tabell 1. Behandling av individer med depression på Unicare vårdcentral Mariestad.

	Alla n=50	Män n=14	Kvinnor n=36	P-värde för skillnad
Ålder (medel)	41	40	42	
Behandling nr (%)	42 (82)	13 (93)	29 (81)	0,299
SSRI	37 (74)	10 (71)	27 (75)	
Mirtazapin	3 (6)	2 (14)	1 (3)	
Atarax	1 (2)	0	1 (3)	
Duloxetin	1 (2)	1 (7)	0	
Samtalskontakt	22 (44)	7 (50)	15 (42)	0,283
KBT	14 (28)	6 (43)	8 (22)	0,148
Vårdsamordnare	16 (32)	6 (43)	10 (28)	0,307
Båda	12 (24)	5 (36)	7 (19)	0,230
Genomsnittlig väntetid	3,74	5,71	2,69	
Rekommenderades fysisk aktivitet	0	0	0	
Suicidbedömning	42 (84)	14 (100)	28 (78)	0,056
Uppföljning				
Inom 1 månad	42 (84)	12 (86)	30 (83)	0,837
Efter 6 månader	30 (64)	10 (71)	20 (55)	0,307
Efter 12 månader	16 (32)	5 (36)	11 (30)	0,726
Fortsatt medicinering				
efter 6-12 månader	26 (56)	10 (71)	16 (44)	0,089
efter symptomfrihet				

Diskussion

Resultatdiskussion

Studien visar att Unicare vårdcentral Mariestad följer riktlinjerna gällande behandling av depression ganska väl. Resultatet visar att en majoritet av patienterna fick rekommenderad behandling med SSRI i första hand vilket är i överensstämmelse med regionala medicinska riktlinjer. Det var dock bara ungefär hälften av patienterna som fick någon form av psykopedagogiska behandlingar vilket inte är acceptabelt för ett gott omhändertagande och inga patienter fick råd om fysisk aktivitet.

Genomsnittlig väntetid var 3,75 dagar, vilket visar att patienter fick snabb hjälp. Enligt Socialstyrelsens utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom finns det brister angående vård till patienter med depression och ångest men en tidig och rätt diagnostisering är ett krav för en bra vård (9). Unicare vårdcentral Mariestad lever väl upp till detta krav.

Några förbättringsområden i svensk primärvård som påvisats av Socialstyrelsen är också bland annat suicidförebyggande insatser och psykologisk behandling. På Unicare vårdcentral Mariestad tillfrågades i stort sett alla (84%) om suicidplaner vilket är en god början till prevention. Tyvärr erbjöds endast ca hälften av

patienterna med depression psykologisk behandling vilket innebär ett avsteg ifrån rekommendationerna.

Socialstyrelsen efterlyser också ökad åtkomlighet till första bedömning och behandling, liksom ökade resurser för psykologisk behandling (9). Resultatet av vår undersökning visar alltså att vårdcentralen erbjuder goda möjligheter till första bedömning och behandling men att psykologiska insatser är bristfälliga.

Resultatet av studien klargjorde också att det bara var hälften av patienterna som fortsatte med sin medicinering 6 - 12 månader efter symptomfrihet och det var en gränssignifikant skillnad mellan män och kvinnor, där män verkade fortsätta längre än kvinnor, möjligen tydande på bättre följsamhet hos män än kvinnor. Dock på grund av litet antal patienter är det svårt att säkerställa skillnaden.

Det finns många studier som visar att fysisk aktivitet har lika bra effekt såsom antidepressiva läkemedel och kognitiv beteendeterapi (KBT) vid lindrig till måttlig depression samt att fysisk aktivitet dessutom inte har några bieffekter (10). Det finns olika indikationer för fysisk aktivitet bland annat att förebygga insjuknande och återfall i depression. Fysisk aktivitet kan användas som enda behandling eller i kombination till antidepressiva läkemedel eller KBT (11). Trots detta visar resultatet på bristande följsamhet då ingen patient fått rekommendation om fysisk aktivitet. Detta bör lyftas upp på vårdcentralen för att patienter skall få information om vikten av att vara fysiskt aktiv.

Uppföljning av patienter kan bli bättre efter 6 och 12 månader på vårdcentralen. Resultatet visade på bättre uppföljning efter 6 och 12 månader för män jämfört med kvinnor samt att suicidbedömning utfördes mer på män än kvinnor. Väntetiden till första bedömning var dock något längre för män än för kvinnor.

Metoddiskussion

Studien på ursprungsdata direkt från journalen är en styrka medan svagheten är det begränsade antalet patienter och att detta gjordes bara på en vårdcentral och därmed inte är generaliserbart för primärvården i Skaraborg.

Slutsats

Sammanfattningsvis visar studien att Unicare vårdcentral Mariestad sköter sig väl angående vård av patienter med depression i relation till regionala medicinska riktlinjer på många områden men psykologiska åtgärder samt rekommendation av fysisk aktivitet bör tas upp på vårdcentralen för mer insatser.

Referenslista

1. Regional medicinsk riktlinje- Läkemedel Depression, Fastställd april 2020 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig till april 2022.
2. Adler M, von Knorring L, Orelund L. Depression - Bakgrund och behandling. Inf. Från Läkemedelsverket. 2016;6:20-3.
3. von Knorring AL, Von Knorring L, WAern M. Depression från vaggan till graven. Läkartidningen. 2013;9:480-3.
4. Swedish National Board of Health and Welfare. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010-stöd för styrning och ledning.
5. SBU- Behandling av depressionssjukdomar, En systematisk litteraturöversikt, Volym 1-3, Maj 2004.
6. Läkemedel vid depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation. Publicerad: 7 december 2016
7. American Psychiatric Association A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2020 Jan 1.
8. Socialstyrelsen- Nationella riktlinjer – Utvärdering 2019- Vård vid depression och ångestsyndrom Huvudrapport med förbättringsområden.
9. Berglund E, Krantz W. Patienters upplevelse av arbetsterapeutiska interventioner vid depression-en litteraturöversikt. 2019.
10. Andersson E, Hovland A, Kjellman B, Taube J, Martinsen E. Fysisk aktivitet lika bra som KBT eller läkemedel vid depression. Läkartidningen. 2015(47):2102-4.
11. Berglund J, Uusitalo E. Fysioterapeuters erfarenheter och upplevelser av att ge råd och rehabilitering vid stressrelaterad ohälsa. 2018.



FoU-centrum Skaraborg
Regionens hus
Stationsgatan 3
541 30 Skövde

Hemsida: www.vgregion.se/fou-skaraborg