

KONSENSUSKONFERANSE

Behandling av depresjon i allmennpraksis

Hvordan diagnostiseres depresjoner i allmennpraksis?



Eivind Vestbø f. 1943 er tidligere medlem i Utposten-redaksjon. Har vært 23 år i samme praksis og ser det som et poeng til etterfylld å skrive artikler fra den allmennmedisinske hverdagen med inn-

hold som er en blanding av erfaringer, kurs, lesing, diskusjoner og egen tenking uten at det trengs å dokumenteres med en eneste referanse.

Håpløs generalist som mener at beslutningsteori, evidens basert medisin og medisinsk filosofi er like viktig.

Omfanget av depresjoner i allmennpraksis

Punktprevalensen av depresjoner i befolkningen (andelen av den voksne befolkning som på et gitt tidspunkt har diagnosen) er angitt til 3–5 % i flere befolkningsundersøkelser. Livstidsprevalensen synes å være 15–25 % for kvinner og 7–12 % for menn (1). Det forventes derfor at problemet er alminnelig også i allmennpraksis.

Men det er gjort få norske praksisregistreringer som formidler kart over helseproblemene. 379 norske allmennpraktikere registrerte sine pasienter i starten av 80-årene.

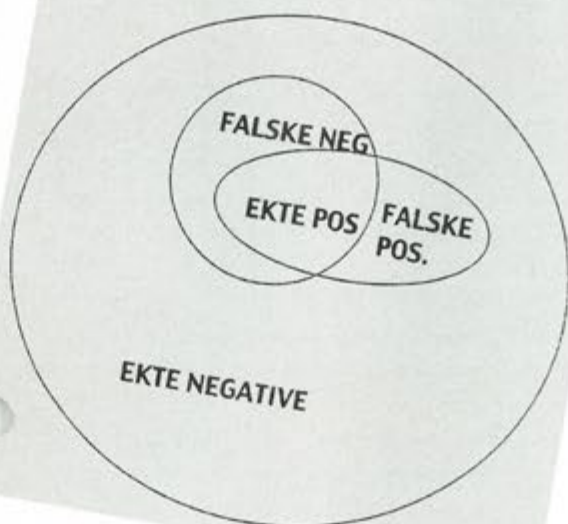
1,2 % av diagnosene var da depresjoner (2). Senere undersøkelser har vist at ca. 3 % av pasientene får diagnosen depresjon (3). 3 allmennpraktikere i Rogaland som skriver diagnoser ved hver konsultasjon i ICPC ble i forbindelse med dette innlegget bedt om å ta ut – P76 depressive tilstander/depressiv neurose – diagnosen fra sine EDB-journaler. 4,36 % av deres diagnoser var i denne kategorien. Det blir hevdet at depresjoner er et økende problem i befolkningen (4). Det kan se ut til av det tallene som her er presentert, at dette også gjenspeiler seg i hvor ofte allmennpraktikerne stiller diagnosen over tid.

Hva er allmennpraktikerens diagnostikk?

Allmennpraktikerens pasienter kommer ofte med symptomer som kan være ledd i en depresjon uten at de *behøver* å være det (symptomer som samlet har en høy sensitivitet). Første fase i en vellykket diagnostisering av depresjoner er å få pasientenes symptomer fram i lyset. Pasientens symptomer må bli til konsultasjonens symptomer. Men pasientene presenterer dem ikke uten videre. Dette gjelder trolig ikke minst symptomer av psykisk natur. Det første minuttene av denne kritiske fasen i konsultasjonen kalles ofte åpningsfasen (5). I denne må legen være lyttende og stille åpne spørsmål uten å gripe fatt i noe spesielt av det pasienten presenterer. Faren er at legen tar tak i og går videre med andre symptomer som for pasienten er lettere å presentere og for legen lettere å hankses med enn depresjonssymptomer.

Neste fase er allmennpraktikerens erkjennelse av at symptomene *kan* bety depresjon. Konsultasjonens symptomer blir da til depresjonens symptomer. Dette forutsetter at han

DEPRESJONENS SYMPTOMER



er kjent med depresjonens mange ytringsformer. I denne fasen har han også diagnostisk verktøy til hjelp i form av strukturerte psykiatriske intervju. Forutsetningen er at intervjuet inneholder spørsmål om såkalte «nøkkelssymptomer» (6). Dette er symptomer med spesielt høy sensitivitet for depresjon. Det vi si at de er til stede ved det fleste depresjoner uten at de nødvendigvis finnes kun ved denne tilstanden. På denne måten kan allmennpraktikeren spare mye tid med å slippe å gå videre med lite sensitive symptomer uten at han derved overser deprimerte pasienter, dersom nøkkelssymptomene ikke er til stede.

Men konsultasjonsteknikk og diagnostiske verktøy er ikke tilstrekkelig selv om de hjelper spesielt uerfarne leger et godt stykke på vei. Allmennpraktikerens generelle erfaring og ikke minst personkunnskap er også av stor betydning (7).

På grunnlag av slektskunnskap og tidligere kontakter med pasientens symptomer, væremåte og reaksjon på f. eks. anti-depressiva vil han kunne få mistanke om individuelt utformete nøkkelssymptomer hos akkurat denne pasienten. (Tanker om religiøs fortapelse er et viktig symptom hos Guri, men ikke hos Olav.) Han sensibiliseres til å tenke depresjon og sjekke de generelle og faglig godtatte nøkkelssymptomene og disse vil få større prediktiv verdi når å priori sannsynligheten øker på denne måten (8).

Tredje fase i den diagnostiske prosessen er å konstatere at pasienten virkelig har en depresjon. I denne fasen letes det

etter supplerende symptomer og tegn som sammen med presentasjonssymptomene utgjør en fullstendig kriterieliste for diagnosen. Poenget med en slik kriteriesamling er at den plukker opp de fleste med depresjon (er tilstrekkelig sensitiv) samtidig som den ikke plukker opp for mange som ikke er deprimerte (er tilstrekkelig spesifikk).

På samme måte som erfaring og individuell pasientkunnskap hjelper allmennpraktikeren til å identifisere mulige symptomer på depresjon, vil de hjelpe han med den endelige diagnosen. Han vet f. eks. at når Per blir bekymret for stikkende smerter i ve. side av brystet så er dette et treffsikkert tegn på depresjon hos akkurat han.

Allmennpraktikerens bruk av kliniske instrumenter

Psykiatere har utviklet flere kliniske instrumenter som allmennpraktikere anbefales å bruke. Brukt på rett måte og i rett sammenheng er dette nyttig verktøy for diagnostisering av depresjoner i allmennpraksis.

I bruk er både strukturerte psykiatriske intervju som MARDS, Spifa og Prime-MD. Spifa er eksempel på et diagnostisk intervju som bygger på et sunt diagnostisk prinsipp i allmennpraksis ved at sensitive symptomer (nøkkelssymptomer) blir inngangsbillett (screening) til en målrettet diagnostisering der en utelukker andre tilstander med samme symptomer gjennom det videre intervju fram mot en diagnose (6). MARDS derimot er et verktøy for måling av depresjonen alvorlighetsgrad og er kanskje den testen som brukes mest. Testen er også viktig fordi den fokuserer på suicidalproblematikk som ellers lett kan unngås i samtalen (9).

Men en del forutsetninger må være til stede dersom disse testene skal fungere i allmennpraksis:

For det første må allmennpraktikere få tak i alle symptomer som kan bety depresjon slik at de vet når de skal starte intervjuet. Det er illusorisk å masseintervjue store deler av pasientpopulasjonen

For det andre må testresultatene på et hvert trinn i prosessen korrigeres av klinisk erfaring og individuell pasientkunnskap. Dette gjelder både hvilke av pasientens individuelle ytringsformer som skal mistenkes, hvordan testens generelle nøkkelssymptomer er utformet hos en bestemt pasient og ikke minst om testens generelle diagnostiske kriterier skal suppleres med individuelle.

I tillegg til diagnostiske instrumenter bruker allmennpraktikere diagnosesystemer. Som standard diagnoseliste overfor trykdekontoret brukes ICPC som er et klassifikasjons-

system for 7 ulike komponenter i konsultasjonen, men der de diagnostiske kriteriene er hentet fra en annen diagnoseliste ICHPPC-2. Denne er igjen bra sammenfallende med ICD 9 (10). Men etter at ICD-10 kom, er spriket til ICPC/ICHPPC-2 blitt mye større (3). I praksis har dette ikke så stor betydning for selv om allmennpraktikerne buker ICPC klassifikasjonen henter det trolig sine diagnostiske kriterier fra flere diagnoselister inklusive den viktigste av de nåværende – ICD-10.

Er depresjoner over eller underdiagnostisert i allmennpraksis

Det er sagt at deprimerede pasienter representerer en stor, underdiagnostisert og utilstrekkelig behandlet gruppe i det bare halvparten søker hjelp, halvparten av disse igjen får riktig diagnose og på ny at bare halvparten av de diagnostiserte får rett behandling (9). Dersom dette er dette rett, er det pr. i dag bare 10 – 15 % av pasientene som får den hjelp det har krav på. Selv om tallet for underdiagnostisering nødvendigvis er usikkert, må vi gå ut fra at dette er et betydelig problem.

Det er flere årsaker til dette gitt at pasientene dukker opp på allmennpraktikerens kontor. For det første er de symptomene som en deprimeret pasient presenterer mange, ofte vage, av og til upåaktet av pasienten selv og de kan opptre sammen med andre symptomer som legen griper lettere fatt i. Det er derfor ikke sikkert at de kommer frem under konsultasjonen i det hele tatt.

Dersom legen finner frem til dem og vurderer symptomene, er det likevel fare for at han mistolker dem. Spesielt gjelder dette for somatiske plager hos deprimerede pasienter. Sykdomskultur, opinion og massemedia er med å forsterke dette gjennom sterke krav om å ikke overse somatisk sykdom uten. Noe tilsvarende krav når det gjelder psykiske plager høres sjelden.

For det tredje er kriteriebaserte diagnosesystemer i som i dag brukes, reliable i det at de bygger på vitenskapelige studier som har vist at pasienter med samme tilstand finnes av ulike leger i alle deler av verden (3). Det store spørsmålet er om de er valide nok dvs om en finner alle pasienter som er deprimerede ved hjelp av dem. For tiden pågår det en diskusjon om de diagnostiske kriterier fanger opp menn like godt som kvinner (11). Hvem som skal få diagnosen sett fra et helseideologisk perspektiv om å kunne lindre og helbrede lidelse, er fortsatt usikkert.

Faren for overdiagnostisering er imidlertid også til stede. På samme måte som underdiagnostisering kan resultere i lidelse og i verste fall død, vil overdiagnostisering kunne resultere i en medikalisering av en rekke hverdagsproblem

og eksistensielle vansker. Medikaliseringen er ikke bare et kulturelt og etisk problem, men det kan hindre at friske personer arbeider med løsning av sine problemer selv på en adekvat måte. I tillegg kan effektiv behandling for dem som trenger det, komme i miskreditt når overbehandlingen skaper prinsipielle motstandere.

Faren for overdiagnostisering er økt fordi vi i dag har diagnostiske kriterier for lettere depressive lidelser. I avgrensingen mot vanlige livsproblem er de milde depresjonene problematiske. På samme måte er det med grenseoppgangen mellom normal personlighet og tilstander som cyclothymi, dystymi og SAD (vinterdepresjon) (12)

Det kan derfor hevdes at depresjoner både er under- og overdiagnostisert i allmennpraksis. Årsakene er svært sammensatt og det kreves ulike tilnærminger for å gjøre dette bedre. Allmennpraktikerne må forbedre sin konsultasjonsteknikk, spesielt i åpningsfasen av konsultasjonen. De må benytte og lære seg riktig bruk diagnostiske verktøy, men også kunne se begrensningen til disse. Til sist, men ikke minst, må de lære seg å bruke sin erfaring og individkunnskap som klinisk verktøy. Det er i dag en store fare for at det siste skal bli glemt i en kvalitetssikringstid der vekten legges på fastlagte prosedyrer basert på vitenskapelig gruppekunnskap.

Litteratur

1. NORSK ELEKTRONISK Legehåndbok. 1. utgave. Trondheim: Norsk Helse Informatikk, 1999.
2. Rutle O. Pasienten fram i lyset – analyse av legekontakter i Primærhelsetjenesta. Oslo: SIFFs gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 1-83.
3. Thorsen O, Bloch Thorsen GR, Hunskaar S, Vesteraas PA. Psykiske forstyrrelser og atferdsvansker. I: Hunskaar S, red. ALLMENNEMEDISIN, klinisk arbeid. Oslo: ad Notam, Gyldendal, 1997.
4. Kringlen E. PSYKIATRI. Oslo: Universitetsforlaget. 1997.
5. Børheim A, Meland E, Schei E. KURS I KLINISK KOMMUNIKASJON, Veileder for gruppeledere. Bergen: Det medisinske fakultet, UIB, 1998
6. Dahl AA. Psykiatrisk diagnostikk i allmennpraksis – Strukturert psykiatrisk intervju i allmennpraksis (Spifa). Novo Nordisk symposium '96 (Abstracts)
7. Vestbø E. Røynsle i allmennpraksis – kva er det? UTPOSTEN 1997; 26: 318-22.
8. Helsekontrollboka – Den norske lægeforenings helsekontrollprogram, kap.4:Oslo,1993
9. Bakke O. Depresjon i primærhelsetjenesten, håndbok for klinikerne. Arendal: Lundbeck, 1997.
10. Bentsen BG. Klassifikasjoner og definisjoner for primærhelsetjenesten. Oslo: Tanno, 1991.
11. Brun T. Strid om menn og depresjoner. Dagens Medisin 16.09.1999.
12. Skarstein J, Tanum L. Det depressive Spektrum, Hefte 4 – diagnostikk av depressive lidelser.: Oslo: Novo Nordisk, 1995.