

---

# Borde vi sälla för depression?

SIMON GILBODY

---

*Depression är en svåridentifierbar, allvarlig och vanlig störning. Det har hävdats att identifieringen av depression kunde förbättras genom rutinmässig användning av frågeformulär för egenskattning av depression. I artikeln presenteras en aktuell Cochrane-översikt, som visar att även om identifieringen av patienter med depression ökar marginellt när egenskattning utförs rutinmässigt, så leder sällningen inte till förbättringar i behandlingen av depression. Befintlig evidens avråder från rutinmässig sällning av depression i hälso- och sjukvården.*

## BAKGRUND

Depression drabbar mellan 5 och 10 procent av alla individer under ett års tid och är den tredje vanligaste besöksorsaken inom primärvården (1). Av patienter med depression söker 80 procent vård för icke-specifika fysiska symtom (2), utan att de spontant för på tal den psykiska bakgrunden till sina problem (3). Det har rapporterats att man inom primärvården inte känner igen depressiva symtom hos cirka 50 procent av mottagningspatienter med depressiva störningar (som säkerställt med forskningsinriktad diagnostisk intervju) (4). Liknande problem finner man också på allmän sjukhus, där det förekommer betydande underdiagnostisering och vårdbehov som inte tillgodoses (5).

Depression står i samband med en avsevärd minskning av funktionsförmågan och livskvaliteten (6). Deprimerade patienter använder mellan 50 och 100 procent mer allmänmedicinska hälso- och sjukvårdstjänster än liknande patienter utan depressiv sjukdom (7). Den ökade ekonomiska börda som depression för med sig, uppkommer som en följd av förlusten av funktionsförmåga och produktivitet samt en mer omfattande användning av hälso- och sjukvårdstjänster. Den ekonomiska bördan är större än de resurser som satsas på behandling (8, 9).

Flera tillvägagångssätt har förespråkats för att öka depressionsbehandlingens kvalitet i icke-specialistmiljö. Vissa av dem har omfattat förbättringar i behandlingsprocessen,

så som personligt ombud och samarbete i vården (sk. collaborative care) (10), medan andra har gällt utbildningsstrategier för att öka husläkares och annan icke-mentalvårdspersonals kunskaper och skicklighet (11). En lösning som har rekommenderats är att man utnyttjar en kort självbedömning som hjälp vid identifieringen av depression (12). En sådan egenskattning har hittills betecknats som sällningsinstrument eller sk case-finding instrument. Ett sådant tillvägagångssätt verkar ytligt sett lockande, eftersom det finns instrument som är kortfattade, lätta att tillämpa och poängsätta, psykometriskt stabila (validerade och tillförlitliga) samt godtagbara för patienterna (13).

Den rutinmässiga användningen av dessa instrument mötte till en början motstånd men har på senare tid vunnit stöd i policyuttalanden av Preventative Services Task Force (14) och Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (15) i USA samt det brit-

## FÖRFATTAREN

*Dr. Simon Gilbody är Senior Lecturer för hälsovårdsforskning i mentalvårdstjänster vid avdelningen för hälsovetenskap vid University of York. Han är aktiv i Cochrane-samarbetet och redaktör vid Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Review Group (CCDAN).*

---

tiska National Institute of Clinical Excellence (NICE) (16). Potentiellt kan dessa instrument i betydande grad förbättra icke-specialisters förmåga att känna igen och hantera depression, men man kan inte utgå från att så är fallet. Att använda sig av instrument för sällning och finande av fall är inte heller en kostnadsneutral verksamhet, eftersom man måste investera betydande resurser och tid om varje patient inom primärvården och på allmänsjukhus skall fylla i ett enkätformulär. Också enkla kvalitetshöjande strategier måste stödjas av evidens om klinisk nytta och kostnadseffektivitet.

För att skingra denna osäkerhet om effekt av rutinmässigt använd egenskattning har en Cochrane-översikt genomförts. Resultaten av översikten stöder inte sällning som intervention lika mycket som tidigare översikter på området (17). Översikten gjordes med Cochrane-samarbetets rigorösa metoder (18), så att bara evidens med minsta möjliga systematiska fel togs med, dvs randomiserade kontrollerade kliniska prövningar. Studier som innefattade en betydligt intensifierad vård, såsom studier av personliga ombud, togs inte med i denna översikt för att testa den övergripande effektiviteten av sällning i och för sig (19).

Tolv studier (med 5 693 patienter) uppfyllde inklusionskriterierna. Man gjorde en meta-analys enligt sk random effects-modell och undersökte heterogeniteten med logistisk metaregression. Vi kom fram till följande resultat: 1. att upptäcka depression: kliniker kunde nätt och jämt bättre känna igen depression med stöd från egenskattninginstrument för sällning/finande av fall (relativ risk 1,38; 95 procent konfidensintervall 1,04 till 1,82). Man fann dock betydande heterogenitet ( $I^2 = 71$  procent) mellan studierna och belägg för systematiskt publikationsfel. Den mest troliga orsaken till denna heterogenitet var studiernas rekryteringsmetoder. 2. vården av depression: det fanns ingen effekt på hanteringen av depression i allmänhet (relativ risk 1,34; 95 procent konfidensintervall 0,98 till 1,84) eller på hur antidepressiva läkemedel ordinerades (relativ risk 1,19; 95 procent konfidensintervall 0,82 till 1,73). Man fann även här heterogenitet mellan studierna ( $I^2 = 81$  procent).

3. depressionens utfall: få studier rapporterade hur sällningsinstrument för egenskattning inverkar på depressionens egentliga

utfall, och det var inte möjligt att statistiskt sammanslå dem. Tre av fyra studier rapporterade dock ingen klinisk effekt ( $p < 0,05$ ) vid vare sig sex eller tolv månader. Inga studier undersökte kostnadseffektiviteten av sällning som strategi.

## DISKUSSION

Sällningsundersökningar kan bara försvaras om instrumentet är (1) exakt; (2) resulterar i effektivare behandling än annars skulle vara fallet och (3) gör det med ett fördelaktigt förhållande mellan kostnader och nytta (20–22). Man bestämmer traditionellt ett sällningsinstruments exakthet genom att undersöka sensitiviteten, specifiteten och det prediktiva värdet (23). Det är dock det prediktiva värdet som är mest intressant för en praktiskt verksam kliniker – d.v.s. proportionen mellan dem som testet förutsäger har sjukdomen och dem som verkligen visar sig ha den (24). Det är osannolikt att detta värde skulle vara större än 50 procent i icke-specialistmiljö.

Det andra kriteriet som måste uppfyllas av ett sällningsinstrument är att användandet av instrumentet resulterar i effektivare behandling. Den evidens som skisseras i den aktuella översikten visar klart att det inte finns understöd för sällning i detta hänseende. Också i de fall då rutinmässig respons ändrar den kliniska handläggningen, fann man i allmänhet att det därpå följande kliniska resultatet inte hade förbättrats (t.ex. 4).

Det sista kriteriet som skall uppfyllas är att fördelarna med sällning bör uppväga kostnaderna. Kostnaderna kan omfatta de kostnader (i pengar, tid och förlorade tillfällen) som uppkommer då man rutinmässigt börjar mäta resultaten, men inga studier i denna översikt mätte detta. Dessutom måste man i kostnaderna inkludera den skada som kan åstadkommas av rutinmässig sällning, genom att man börjar behandla personer som felaktigt har konstateras ha någon psykisk störning ("falskt positiva") eller genom att remittera vidare eller vidta åtgärder för personer som tros ha ett emotionellt problem, fast problemet kan gå över av sig självt.

Ytterligare undersökningar behövs kring alla dessa faktorer, och så länge sådana studier inte finns, skulle det vara oklokt att rekommendera rutinmässig sällning med egenskattning för rutinmässig användning.

Slutsatsen är att forskning av hög kvalitet i form av randomiserad evidens visar att sällning i och för sig inte förbättrar depres-

---

sionsbehandlings kvaliteten. Ett antal alternativa strategier för att förbättra kvaliteten och resultaten av depressionsbehandling finns tillgängliga; de omfattar personligt ombud och samarbete i vården (25). Att ta i bruk sållning som en snabbkur för kvalitetsförbättring bör motarbetas.

DR. SIMON GILBODY PHD MB MRCPsych  
SEEBOHM ROWNTREE BUILDING  
DEPT. OF HEALTH SCIENCES, UNIVERSITY OF  
YORK, YORK, YO10 5DD, STORBRITANNIEN  
sg519@york.ac.uk

#### REFERENSER

1. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, Lee A, Meltzer HY. Office of National Statistics: Psychiatric Morbidity Among Adults Living in Private Households, 2000. London: HMSO, 2001.
2. Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 1999;318:436-40.
3. Goldberg D, Bridges K. Somatic presentation of psychiatric illness in primary care setting. *J Psychosom Res* 1988;32:137-144.
4. Dowrick C, Buchan I. Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *BMJ* 1995;311:1274-1276.
5. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002;53:859-63.
6. Wells KB, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Greenfield S, Ware JE, Jr. Detection of depressive disorder for patients receiving prepaid or fee-for-service care. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;262(23):3298-302.
7. Simon GE, Katzelnick DJ. Depression, use of medical services and cost-offset effects. *J Psychosom Res* 1997;42:333-344.
8. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA, et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry* 2003;64:1465-75.
9. Thomas C, Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000. *Br J Psychiatry* 2003;183:514-519.
10. Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes of depression: the whole process of care needs to be enhanced. *BMJ* 2001;323:948-949.
11. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, et al. Effects of clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression project randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355:185-191.
12. Wright A. Should general practitioners be testing for depression? *British Journal of General Practice* 1994;44:132-135.
13. Williams JW, Pignone M, Ramirez G, Stellato CP. Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instruments. *Gen Hosp Psych* 2002;24:225-237.
14. US Preventative Services Task Force. Guide to Clinical Preventative Services. second ed. Alexandria, Va: International Medical Publishing, 1996.
15. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening for Depression: Systematic Evidence Review Number 6. Rockville MD: AHRQ, 2002.
16. National Institute for Clinical Excellence. Depression: core interventions in the management of depression in primary and secondary care. London: HMSO, 2004.
17. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;136:765-76.
18. Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* 4.2.4 [updated March 2005]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2005.
19. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding for depression - review under submission. The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 2005.
20. Wilson JM, Junger CT. Principles and practice of screening for disease: World Health Organization Public Health Paper 34. Geneva: World Health Organization, 1968.
21. Cochrane AL, Holland WW. Validation of screening procedures. *British Medical Bulletin* 1971;27:3-8.
22. Mant D, Fowler G. Mass screening: theory and ethics. *BMJ* 1990;300:916-18.
23. Knottnerus JA, van Weel C, Muris JW. Evaluation of diagnostic procedures. *BMJ* 2002;324:477-80.
24. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. *Clinical Epidemiology: A basic science for clinical medicine*. Boston, MA: Little, Brown and Company, 1991.
25. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003;289:3145-51.