

Over- og underbehandling af depression

Janne-Elin Yttri & Poul Videbech

STATUSARTIKEL

Psykiatrisk
Center Glostrup

Ugeskr Læger
2017;179:V05170377

I dagspressen og de digitale medier beskæftiger man sig ofte med, hvad der opfattes som et øget antal mennesker, der får stillet diagnosen depression og et stigende forbrug af antidepressiv medicin – selvom dette har været faldende siden 2010 og stadig falder [1]. Samtidig er antallet af henvisninger til psykolog pga. depression tiltagende [2], hvilket udgør et stigende økonomisk problem i Danmark.

Det kræver psykopatologisk viden at kunne identificere og diagnosticere mentale lidelser korrekt, og i flere medier har man betvivlet diagnosticeringen af depression i almen praksis. Senest i dokumentaren »De raske syge« på DR1 i august 2016 og på DR's hjemmeside: »Det er alt for let at få diagnosen depression« den 25. august 2016, hvor man gav udtryk for, at »Helt naturlige følelser som sorg og tristhed kan være nok til at blive diagnosticeret med en depression«. Formålet med denne artikel er derfor at undersøge, hvad vi ved om kvaliteten af diagnostik og behandling af depression i almen praksis, da 95% af alle deprimerede behandles der [3]. Da der imidlertid ikke er udført mange studier af den måde, hvorpå diagnosen stilles og af ordinationsmønstret for antidepressiv behandling i Danmark, har vi forsøgt at ekstrapolere fra udenlandske resultater.

KORREKT DIAGNOSTIK AF DEPRESSION

Der er ved diagnosticering af unipolar depression principielt mulighed for to typer af misklassifikationer: de falsk negative, hvor patienten opfylder kriterierne for en depression, men ikke bliver erkendt som værende deprimeret af egen læge, og de falsk positive, hvor lægen opfatter patienten som havende en depression,

uden at patienten opfylder kriterierne for det. I flere studier [4-8] har man således undersøgt, hvorvidt praktiserende læger kan identificere en depression korrekt i forhold til guldstandard, som typisk er et semistruktureret forskningsbaseret interview inkluderet, f. eks. Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) eller The Mini International Neuropsychiatric Interview, foretaget af en erfaren psykiater. I en metaanalyse fra 2009 med over 50.000 patienter i almen praksis i forskellige europæiske lande samt USA, Canada og Australien [4], påviste man, at de praktiserende læger kunne identificere en depression korrekt i ca. halvdelen af tilfældene. Med en prævalens af depression på 20% blandt uselekterede patienter i almen praksis var flere falsk positive (15%) end falsk negative (10%), mens 10% var korrekt identificeret. I studiet konkluderede man, at de praktiserende læger kunne udelukke depression hos de fleste, som ikke var deprimerede, men at antallet af misidentifikationer oversteg antallet af patienter med en depression, som blev overset. En stor del af patienterne, der blev falsk positiv diagnosticeret, led dog af andre psykiatriske sygdomme som angst, og desuden viste det sig, at den diagnostiske træfsikkerhed steg med stigende sværhedsgrad af depressionen. Et studie med data fra de skandinaviske lande viste, at praktiserende læger diagnosticerede moderat til svær depression korrekt i 56-75% af tilfældene, og at andelen af patienter, der fik en falsk positiv depressionsdiagnose af deres praktiserende læge, varierede mellem 12% og 25% fra land til land i Skandinavien [5]. Det korresponderende antal falsk negative diagnoser lå i dette studie på 1-2,5%. I denne undersøgelse sammenholdtes den praktiserende læges skøn med patientens svar på den i epidemiologisk forskning meget anvendte The Depression Screening Questionnaire (DSQ) [9]. Det konkluderedes, at praktiserende læger ikke var så gode til at stille diagnosen depression, men bedre til at finde frem til patienter med »psykiatrisk sygdom«. I andre studier [6-8] har man fundet lignende resultater.

FEJLKlassifikation af Depression

Deprimerede patienter henvender sig ofte hos den praktiserende læge med fysiske symptomer, og det gør, at mentale tilstande tit bliver overset [10, 11]. Et nederlandsk studie viste, at deprimerede patienter, som henvendte sig til deres praktiserende læge med andre problemer end mentale og uden komorbid angst, sjæl-

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Dagspressen beskæftiger sig ofte med, hvad man opfatter som det stigende antal mennesker, der får stillet diagnosen depression, og det stigende forbrug af antidepressiv medicin.
- ▶ Resultaterne af flere studier tyder på, at praktiserende læger kan have visse vanskeligheder med at diagnosticere en depression korrekt. Der er problemer med både falsk positive og falsk negative depressionsdiagnoser, og flere studier tyder på, at mennesker med depressionsdiagnoser ikke får den behandling, de bør få.
- ▶ Praktiserende læger bør afsætte ekstra tid til potentielt deprimerede patienter, og ved at se patienterne over flere gange kan man komme tættere på at diagnosticere en depression korrekt, og man bør følge de nationale retningslinjer for behandling af depression.

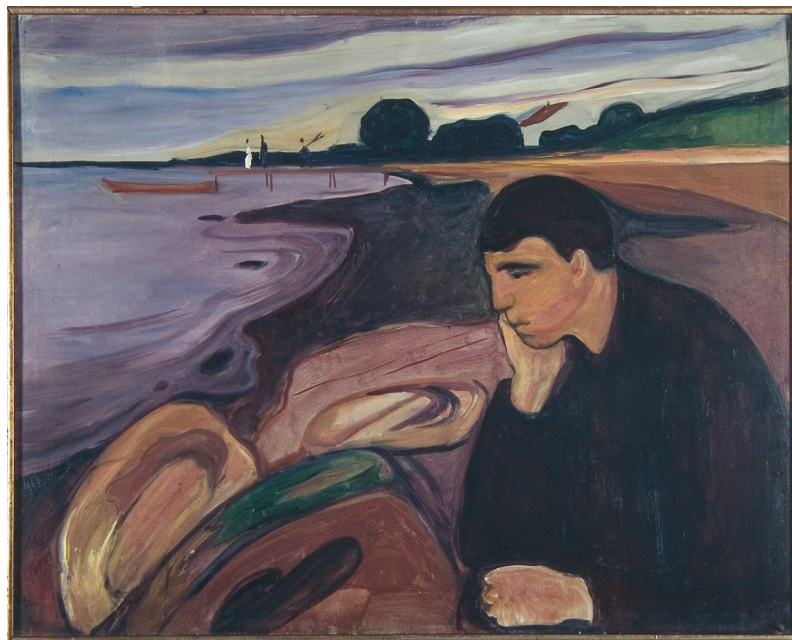
dent blev identificeret som lidende af en depression [6]. Sandsynligheden for manglende diagnostik af en depression var øget, jo færre depressive symptomer patienten havde, men også et atypisk symptom som øget appetit var associeret med faldende grad af identifikation af depression. Patienterne blev i dette studie diagnosticeret med et ekstensivt interview, som inkluderende Composite International Diagnostic Interview. En metaanalyse fra 2011 viste, at praktiserende læger havde problemer med at skelne mellem stress og mild depression, og at kun en ud af tre med disse lidelser blev korrekt diagnosticeret [8]. Typisk var lægerne bedre til at identificere stress end mild depression. Dog ønsker ikke alle mennesker med stress eller mild depression hjælp, og en del kommer sig spontant uden hjælp [8]. Dermed er konsekvensen af denne misklassifikation usikker.

I et andet studie [11] vurderede man, at antallet og omfanget af somatiske symptomer samlet set var de vigtigste prædiktorer for korrekt vurdering af sværhedsgraden af den depressive episode.

BEHANDLING AF DEPRESSION

Resultaterne af flere studier tyder på, at patienter, som er diagnosticeret med depression, bliver underbehandlet [12-15]. I et nyt studie fra 2017 fandt man ved *community household survey* fra 21 lande, en 12-måneders prævalens for moderat til svær depression (MDD) på 4,6% [12]. 57% af disse patienter mente selv, at de havde brug for behandling af deres depression. Blandt dem, der mente, at de havde brug for behandling, havde over 70% opsøgt hjælp mindst én gang. Blandt dem, der fik behandling, fik kun 41% en behandling, der svarede til laveste nødvendige standard [16]. Dvs. at kun 16,5% af de mennesker, der inden for de seneste 12 måneder havde opfyldt kriterierne for MDD, fik, hvad der svarer til den mindste nødvendige behandling. Den laveste nødvendige standard for behandling var her defineret som enten medicinsk behandling i mindst en måned med fire eller flere besøg hos en læge eller psykoterapi over mindst otte sessioner. Studiet viste, at kun en ud af fem patienter i højindkomstlande fik den nødvendige behandling for depression, og i lavindkomstlande fik kun en af 27 den nødvendige behandling. I flere andre studier [13-15] har man påvist det samme: at der forekommer underbehandling af mennesker med depression, og at aktiv behandling af depression kun finder sted i 15-60% af de tilfælde, hvor man har diagnosticeret en behandlingskrævende depression [12, 13, 17].

Omvendt viser andre studier, at patienter der får ordineret antidepressiv medicin, ikke altid opfylder kravene til en depressionsdiagnose [18-20]. I et nederlandsk studie fra 2011 fandt man imidlertid, at kun 5,4% af de patienter, der fik ordineret antidepressiv



Edvard Munch: Melankoli, 1894-96. (Foto © Munchmuseet).

medicin, fik den på en ikkegodkendt indikation [18]. Dog havde lidt over 50% af disse patienter tidligere i livet opfyldt indikationen for at få ordineret antidepressiv medicin. I studiet konkluderede man, at overbehandling med antidepressiv medicin ikke var et hyppigt problem i almen praksis, og at det, at man fortsatte en behandling med antidepressiv medicin over for lang tid var den hyppigste årsag til overbehandling. Da det nederlandske sundhedssystem minder meget om det danske med almen praksis som gatekeeper til det sekundære sundhedssystem, kan de nederlandske studier bedre overføres til danske forhold end studier fra andre lande, specielt amerikanske studier. Et par amerikanske studier skal dog nævnes. Et studie viste således, at 38% aldrig havde opfyldt kriterierne for hverken MDD, obsessiv-kompulsiv tilstand, panikangst, socialfobi eller generaliseret angst, men i nogle af disse tilfælde kan antidepressiva være blevet brugt i smertebehandling, mod kronisk søvnløshed, posttraumatisk stress-syndrom, spiseforstyrrelser eller ADHD [19]. Noget lignende er fundet i et andet studie fra USA [20]. På den anden side viste et amerikansk studie fra 2015, at det ikke var så hyppigt, som man havde troet på baggrund af tidligere studier, at læger udskrev antidepressiv medicin til patienter med milde depressioner [21]. Af de ca. 20.000 voksne amerikanske patienter, der i 2011 begyndte at tage antidepressiv medicin på grund af en depressionsdiagnose, fandt man, at kun ca. 18% af en stikprøve på ca. 7.000 patienter havde en let depression. Dog kan man ikke udelukke, at der hos disse patienter kunne være andre indikationer for behandling med antidepressiv medicin, som f.eks. angst.

DISKUSSION

Når man ekstrapolerer fra de nævnte udenlandske artikler til danske forhold, tyder ovenstående gennemgang på, at praktiserende læger kan have visse vanskeligheder med at diagnosticere og behandle patienter med depressioner korrekt. Studierne er dog meget forskellige og sammenfatter resultater fra mange forskellige sundhedssystemer. Hertil kommer, at nogle af studierne ikke afspejler, at den praktiserende læge, som i Danmark, kender sine patienter og deres familiære forhold på forhånd, hvilket naturligvis er en stor fordel, når man skal vurdere f.eks. depressive symptomer. Specielt er resultaterne fra de amerikanske studier vanskelige at overføre til danske forhold, da sundhedssystemet i USA fungerer meget anderledes end sundhedsvæsenet i Skandinavien og Nordeuropa. Det kan diskuteres, hvorvidt de omtalte studier lever op til guldstandard, nemlig at have semistrukturerede forskningsbaserede interview inkluderet, f.eks. SCAN, foretaget af en erfaren psykiater. F.eks. sammenholdtes den praktiserende læges skøn i et studie med patientens svar på DSQ [5]. Sammenfattende kan man dog sige, at der er problemer med både falsk positive og falsk negative diagnoser, hvor det imidlertid er de falsk positive, der optager den offentlige debat mest. Derfor er det foreslået, at den praktiserende læge afsætter ekstra tid til potentielt deprimerede patienter, og at man ved at se patienterne over flere gange i en kortere periode kunne komme tættere på en korrekt diagnose [4]. Denne anbefaling er afspejlet i baggrundsnotatet om antidepressiv behandling fra Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin [3] og i Sundhedsstyrelsens referenceprogram for unipolar depression fra 2007 [22]. I flere andre studier har man også vurderet, at samtaler med og vurdering af potentielt deprimerede patienter enten hos samme læge eller hos en kollega muligvis kan reducere diagnostisk usikkerhed og forbedre den samlede kvalitet af behandlingen [23, 24]. Et dansk studie viste dog, at praktiserende læger havde en god fornemmelse for, hvilke patienter de opfattede som »psykiatriske tilfælde«, og foreslog, at det at være et »psykiatrisk tilfælde« muligvis kunne være en markør for en potentiel tilstedeværelse af depression eller anden psykiatrisk sygdom, som f.eks. angst [5].

P.t. er lidt under 400.000 danskere i medicinsk antidepressiv behandling [1]. Ud fra de fundne resultater er det muligt, at nogle patienter er i behandling med antidepressiv medicin, uden at de opfylder de diagnostiske kriterier for depression. Her skal man dog huske på, at disse præparater også bruges ved en række andre psykiske og somatiske lidelser som anført ovenfor, og at de hollandske resultater tyder på, at problemet er af beskeden størrelse. Samtidig tyder ovenstående gennemgang på, at mange mennesker med moderat til svær depression i Danmark ikke behandles i overens-

stemmelse med gældende retningslinjer [25]. I dag ses der en let stigende selvmordsrate [26] i Danmark; om dette er tilfældige udsving eller har relation til opstramningen af brugen af selektive serotoningoptagelses-hæmmere i depressionsbehandlingen [27], vides endnu ikke.

Konsekvenserne af overbehandling kan være for mange psykologsamtaler og for meget medicin. Konsekvenserne af underbehandling kan være risiko for f.eks. invaliditet pga. kronisk depression og somatiske sygdomme samt risiko for selvmord. Derfor er det fortsat meget vigtigt at sikre efteruddannelse af praktiserende læger i diagnostik og behandling af depression, idet det er påvist flere steder i Europa, at en sådan efteruddannelse forbedrer træfsikkerheden ved diagnostikken og behandlingen og endog kan reducere selvmordsraten [28, 29].

SUMMARY

Janne-Elin Yttri & Poul Videbech:

Overtreatment and undertreatment of depression

Ugeskr Læger 2017;179:V05170377

The aim of this study was to examine what we know about the general practitioners' ability to diagnose and treat depression. Some studies suggest that clinicians might have considerable difficulty identifying depressions correctly, but that diagnostics become more accurate with increased severity of the disease. Several studies suggest that patients diagnosed with depression are undertreated, and some studies suggest that patients might receive antidepressants, even though they do not fulfil the International Classification of Diseases 10 criterion for depression.

KORRESPONDANCE: Janne-Elin Yttri. E-mail: jytrri@gmail.com

ANTAGET: 25. juli 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 9. oktober 2017

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. www.medstat.dk (10. apr 2017).
2. Fjeldsted R, Christensen KS. Evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression. Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og Danske Regioner, 2011.
3. Baggrundsnotat om antidepressiva. Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin, 2015.
4. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009;374:609-19.
5. Østergaard SD, Foldager L, Allgulander C et al. Psychiatric caseness is a marker of major depressive episode in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2010;28:211-5.
6. Piek E, Nolen WA, van der Meer K et al. Determinants of (non-)recognition of depression by general practitioners: results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *J Affect Disord* 2012;138:397-404.
7. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. International comparison of clinicians' ability to identify depression in primary care: meta-analysis and meta-regression of predictors. *Br J Gen Pract* 2011;61:72-80.
8. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Can general practitioners identify people with distress and mild depression? *J Affect Disord* 2011;130:26-36.
9. Wittchen H-U, Perkonig A. DIA-X-Screening Verfahren: Fragebogen DIA-DSQ: Screening für Depressionen. Swets & Zeitlinger, 1997.
10. Munitz H, Valevski A, Weizman A et al. Recognition and treatment of depression in primary care settings in 6 different countries: a retrospective file analysis by WHO. *Eur J Psychiatry* 2000;14:85-93.
11. Malhi GS, Coulston CM, Fritz K et al. Unlocking the diagnosis of depres-

- sion in primary care: which key symptoms are GPs using to determine diagnosis and severity? *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48:542-7.
12. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry* 2017;210:119-24.
 13. Olfson M, Blanco C, Marcus SC. Treatment of adult depression in the United States. *JAMA Intern Med* 2016;176:1482-91.
 14. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
 15. Eaton J, McCay L, Semrau M et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011;378:1592-603.
 16. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Worldwide use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders: results from 17 countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Lancet* 2007;370:841-50.
 17. Wittchen HU, Höfler M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Int Clin Psychopharmacol* 2001;16:121-35.
 18. Piek E, Meer K, Hoogendijk W et al. Most antidepressant use in primary care is justified; results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *PLoS One* 2011;29:6.
 19. Takayanagi Y, Spira AP, Bienvenu OJ et al. Antidepressant use and lifetime history of mental disorders in a community sample: results from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *J Clin Psychiatry* 2015;76:40-4.
 20. Druss BG, Wang PS, Sampson NA et al. Understanding mental health treatment in persons without mental diagnoses: results from the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1196-203.
 21. Simon GE, Rossom RC, Bech A et al. Antidepressants are not over-prescribed for mild depression. *J Clin Psychiatry* 2015;76:1627-32.
 22. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. Sundhedsstyrelsen, 2007.
 23. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J et al. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care – a systematic review. *JAMA* 2003;289:3145-51.
 24. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A et al. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract* 2008;9:25.
 25. Ellervik C, Kvetny J, Christensen KS et al. Prevalence of depression, quality of life and antidepressant treatment in the Danish General Suburban Population Study. *Nord J Psychiatry* 2014;68:507-12.
 26. www.Esundhed.dk. Dødsårsagsregisteret (6. apr 2017).
 27. McCain J. Antidepressants and suicide in adolescents and adults. *PT* 2009;34:355-67, 378.
 28. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A et al. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med* 2006;36:1225-33.
 29. Székely A, Konkoly TB, Mergl R et al. How to decrease suicide rates in both genders? *PLoS One* 2013;23:8.