



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Uppföljning av patienter behandlade för depression inom öppenvårdspsykiatri i Region Skåne.

Dan Comstedt & Lisa Haraldsson

Psykologexamensuppsats, VT 2012

Handledare: Daiva Daukantaitė
Handledare: Olof Johansson
Examinator: Karin Stjernqvist

Sammanfattning

Syftet med föreliggande studie var att undersöka sjukdomsförloppet vid depression avseende förekomst av återfall och återinsjuknande ett år efter avslutad depressionsbehandling inom Region Skånes öppenvårdspsykiatri. Studien syftade även till att kartlägga den aktuella symtom- och sjukdomsbilden samt att undersöka potentiella riskfaktorer för återfall och återinsjuknande. En urvalsgrupp bestående av 146 individer kontaktades via brev och ombads returnera sitt skriftliga samtycke samt ett ifyllt exemplar av MADRS-S, varpå en telefonintervju genomfördes. Under denna kartlades eventuella, aktuella och/eller tidigare, depressionsepisoder utifrån bedömningsinstrumentet SCID-I. Sammanlagt deltog 20 personer i studien. Resultaten visade att 55 procent av deltagarna hade genomgått en ny depressionsepisod under uppföljningsåret samt att 70 procent för närvarande upplevde lindriga eller måttliga depressiva symtom. Vad gäller riskfaktorer visade sig deltagarnas ålder och kön ej signifikant påverka risken för återfall eller återinsjuknande. En medelstark effektstorlek uppvisades dock för variablerna debutålder och sysselsättning på så sätt att lägre ålder vid insjuknandet och att vara sysselsatt tenderar att vara förknippat med högre nivåer av återfall och återinsjuknande. För antalet tidigare episoder uppmättes en stark effektstorlek som indikerade att fler episoder ökade risken för återfall och återinsjuknande. Ovan nämnda skillnader var dock inte statistiskt signifikanta. Då den lilla stickprovsstorleken kan ha medfört svårigheter att påvisa eventuella skillnader efterfrågas fler studier på området.

Nyckelord: depression, återfall, återinsjuknande, riskfaktorer, SCID-I, MADRS-S, öppenvårdspsykiatri.

Abstract

The purpose of the following study was to investigate the prevalence of relapse and recurrence in patients treated for depression in the outpatient psychiatry of Region Skåne, Sweden. This was done one year after they had finished treatment. Furthermore, the study also aimed to examine the current incidence of depressive symptoms as well as potential risk factors for relapse and recurrence. A sample group of 146 individuals were contacted by mail and asked to return their written consent together with a completed copy of MADRS-S. A telephone interview was also conducted to map potential current and/or prior episodes of depression based on the assessment instrument SCID-I. Of those contacted, 20 were included in the study. The results showed that 55 percent of the participants had experienced a new episode of depression during the year of follow-up. In addition, 70 percent were simultaneously experiencing mild or moderate depressive symptoms. Concerning the risk factors, the results showed that the age and gender of the participants did not affect the risk of relapse or recurrence. However, a moderate effect size was demonstrated regarding employment and age of onset. This indicated that individuals who were younger in age and had employment increased the risk of relapse and recurrence. A strong effect size also showed that a higher number of previous episodes were associated with higher rates of relapse and recurrence. However, none of these differences were statistically significant. Since the small sample size may have made it difficult to detect statistically significant differences, more studies in this field are required.

Keywords: depression, relapse, recurrence, SCID-I, MADRS-S, outpatient psychiatry.

Tack!

Det finns ett antal personer som har varit till ovärderlig hjälp för att möjliggöra denna uppsats. Olof Johansson, tack för att du hjälpte oss finna och ringa in vårt uppsatsämne, för att du möjliggjorde kontakten med Region Skåne och för att du bidragit med massor av engagemang, energi och tid. Tack Daiva Daukantaité för all din uppmuntran och för att du bidragit med dina stora kunskaper som gav oss lugn och trygghet när allt var som jobbigast.

Slutligen önskar vi skicka ett varmt tack till alla våra deltagare. Tack för att ni har tagit er tid att medverka och för att ni har låtit oss ta del av era gripande personliga erfarenheter av depressionens mörker. Ni gjorde denna studie möjlig, hoppas den kan vara er till hjälp!

Innehållsförteckning

Inledning	7
Definition och diagnostisering.....	8
Differentialdiagnostik och komorbiditet.....	9
Etiologi.....	10
Förlopp.....	10
Behandling.....	12
Återfall och återinsjuknande.....	13
Riskfaktorer för återfall/återinsjuknande i depression.....	15
<i>Residualsymtom</i>	15
<i>Tidigare depressionsepisoder</i>	15
<i>Ålder</i>	15
<i>Kön</i>	16
<i>Psykosocial funktionsnivå</i>	16
Syfte.....	17
Frågeställningar.....	17
Hypoteser.....	18
Metod	18
Deltagare.....	19
<i>Beskrivning av stickprov</i>	19
<i>Urvalskriterier</i>	19
Material.....	22
<i>Structured Clinical Interview for DSM IV-Axis I Disorders (SCID-I)</i>	22
<i>Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self rated (MADRS-S)</i>	23
<i>Telefonintervjuer</i>	24
Procedur.....	24
<i>Intervjuförfarandet</i>	24
<i>Hantering av data</i>	25
<i>Dataanalys</i>	25
Resultat	27
Bortfallsanalys.....	27
Sociodemografiska faktorer.....	28
Frekvensen återfall och återinsjuknande.....	29
Aktuell symtom- och sjukdomsbild.....	30
<i>Depressiva symtom</i>	30
<i>Egentlig depression</i>	30
<i>Skillnad mellan förekomst av depressionssymtom och egentlig depression</i>	30
Riskfaktorer för återfall och återinsjuknande i depression.....	31
Diskussion	32
Resultatdiskussion.....	32
<i>Frekvensen återfall och återinsjuknande</i>	32
<i>Aktuell symtom- och sjukdomsbild</i>	33
<i>Riskfaktorer för återfall och återinsjuknande</i>	33
Metoddiskussion.....	35
Etiska överväganden.....	37

Referenser	40
Bilaga A: Godkännande från etikprövningsnämnden	45
Bilaga B: Informationsbrev	47
Bilaga C: Samtyckesblankett	49
Bilaga D: MADRS-S (publiceras ej elektroniskt)	50
Bilaga E: Påminnelsebrev	51
Bilaga F: SCID-I för egentlig depressionsepisod (publiceras ej elektroniskt)	52
Bilaga G: Formulär för intervjuförfarandet	53

Depression är en av vår tids största folksjukdomar och för de individer som drabbas leder sjukdomen till nedsatt livskvalitet och stora svårigheter att klara vardagslivet. I stort sätt alla individer som lider av depression upplever en försämrad arbetsförmåga och svårigheter med familje- och vänskapsrelationer (Kessler m fl., 2003; Leader & Klein, 1996; Leon m fl., 1999). Förutom det stora lidande som drabbar enskilda individer och deras anhöriga orsakar depression även stora samhällsekonomiska kostnader, till exempel i form av sjukfrånvaro och behandling. Enbart i Sverige har kostnaderna beräknats till 10,4 miljarder kronor under ett år (Norinder, Nordling & Häggström, 2000). Under de senaste 50 åren har det förekommit en trend som tyder på att depression både blir vanligare och debuterar i allt yngre åldrar (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2004).

Enligt Världshälsoorganisationen (u.å.) lider uppskattningsvis 121 miljoner människor av depression världen över. I Västeuropa drabbas uppskattningsvis 12,8 procent av befolkningen någon gång i livet av en depression (ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators Scientific Committee, 2004). I Sverige har omfattningen beräknats vara ännu större, till exempel menar man i Lundbystudien att så många som 27 procent av alla män och 45 procent av alla kvinnor riskerar att drabbas av någon form av behandlingskrävande depression före 70 års ålder. I samma studie uppmättes risken för att någon gång under livet få en svår depression till elva procent för män och 20 procent för kvinnor, siffror som stämmer bättre överrens med övriga studier på området (Hagnell, Essen-Möller, Lanke, Öjesjö & Rorsman, 1990). Om man istället undersöker hur många individer som vid en viss tidpunkt uppfyller kriterierna för egentlig depression uppgår denna siffra till mellan fyra och tio procent (Kessler m fl., 2003).

Depressioner förekommer i alla åldrar och kulturer, även om symtombilden kan skilja sig åt. Däremot visar de flesta studier att depressioner är ungefär dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män (SBU, 2004). Depression är en sjukdom som ofta debuterar tidigt. Risken att drabbas av depression är relativt låg tills de tidiga tonåren då risken ökar i relativt snabb takt (Kessler m fl., 2003).

Depression är en mycket vanligt förekommande sjukdom som orsakar stora kostnader både för samhället och de individer som drabbas. Det är alltså viktigt att utvärdera den behandling som ges för att få en större förståelse för sjukdommen och faktorer som påverkar

dess förlopp för att i förlängningen spara på samhällets resurser och minimera det mänskliga lidandet.

Definition och diagnostisering

Enligt Ottosson (2009) karaktäriseras depression huvudsakligen av en sänkt grundstämning hos individen, det vill säga känslor av ledsamhet, uppgivenhet eller tomhet, samt ett minskat intresse för dagliga aktiviteter. Det som personen tidigare funnit lustfyllt ger inte längre någon glädje hos den deprimerade. Även känslor av hopplöshet och meningslöshet samt skuld-känslor är vanligt förekommande. Den deprimerade har därför ofta en negativ bild av framtiden och tror sig inte kunna bli fri från sin sjukdom. Vidare associeras depressioner med ett minskat självförtroende och/eller en sänkt självkänsla, vilket i sin tur kan kopplas till känslor av värdelöshet. Rastlöshet, brist på energi, koncentrationssvårigheter, obeslutsamhet, sömnproblem samt förändrad aptit med eller utan påföljande vikt-förändring är ytterligare symtom på depression. Ibland förekommer också irritabilitet (Ottosson, 2009). Tankar på döden är vanligt förekommande och risken för självmord är förhöjd inom denna patientgrupp (Socialstyrelsen, 2010).

För att ställa diagnos inom den svenska sjukvården används det av Världshälsoorganisationen utvecklade diagnossystemet International Classification of Diseases (ICD-10) i en översatt version. Som en följd av detta är det koderna från den svenska versionen av ICD-10 som skall ligga till grund för rapportering till patientregister vid slutenvård eller läkarbesök inom psykiatrisk öppenvård. Vid klinisk diagnostik inom psykiatrin används däremot ofta Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) vilket är ett diagnossystem utvecklat av American psychiatric association (APA) (Socialstyrelsen, u.å.). De båda diagnossystemen har dock relativt stora likheter, i en studie där man undersökte överensstämmelsen mellan dem vid diagnostisering av unipolär depression uppmättes ett kappa-värde på 0,59 (Cheniaux, Landeira-Fernandez & Versiani, 2009). I en annan studie fann man att i 83 procent av de fall där en depressiv episod konstaterades med endera av diagnossystemen så fastställdes den även med det andra systemet (Andrews, Slade & Peters, 1999).

I denna studie definieras en *egentlig depressionsepisod* utifrån kriterierna i DSM-IV-TR (APA, 2000). Enligt detta diagnossystem krävs under en och samma tvåveckorsperiod att fem av följande nio symtom är uppfyllda, varav minst ett av de två första måste föreligga:

1. Nedstämdhet under större delen av dagen, i stort sätt dagligen.
2. Tydligt minskat intresse eller minskad glädje för dagliga aktiviteter.
3. Avsevärd viktförändring alternativt påverkad aptit.
4. Sömnstörning.
5. Psykomotorisk agitation eller hämning.
6. Svaghetskänslor eller brist på energi så gott som dagligen.
7. Känslor av värdelöshet eller skuldskänslor.
8. Minskad tanke- och koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet.
9. Återkommande tankar på döden eller självmordstankar.

Symtomen måste även orsaka ett lidande för patienten, eller leda till en funktionsnedsättning i patientens vardag så som i arbetet eller den sociala samvaron samt inte orsakas av direkta fysiologiska effekter av någon substans eller av någon somatisk sjukdom eller skada. Diagnosen *egentlig depression* definieras i sin tur utifrån ovan beskriven egentlig depressionsepisod, som kan uppträda vid enstaka tillfällen eller vara av återkommande karaktär. För att episoden ska klassas som en del av en egentlig depression ska det aldrig ha förekommit maniska eller hypomana episoder. Symtomen ska inte heller förklaras bättre som en del av någon psykossjukdom. Egentlig depression förekommer i tre allvarlighetsgrader (lindrig, måttlig och svår) baserat på graden av funktionsnedsättning sjukdomen innebär för individen. I det fall att kriterierna för egentlig depressionsepisod har varit ständigt uppfyllda under minst två års tid räknas depressionen som kronisk (APA, 2000).

Differentialdiagnostik och komorbiditet

Egentlig depression tillhör kategorin förstämningssyndrom. Dessa delas i sin tur upp i unipolära och bipolära syndrom där de unipolära innebär att individen upplever perioder av sänkt grundstämning. De bipolära syndromen kännetecknas istället av att drabbade individer pendlar mellan en förhöjd och en sänkt grundstämning, dock vanligtvis med övervägande depressiva episoder. Bland de unipolära förstämningssyndromen återfinns, förutom egentlig depression som nämnts ovan, bland annat dystymi. Symtomen vid dystymi liknar de vid egentlig depression men är svagare i intensitet. Däremot är detta sjukdomstillstånd kroniskt, för att diagnosticeras med

dystymi ska nedstämdheten ha varit ihållande i minst två år utan ett längre uppehåll än högst två månader (APA, 2000; SBU, 2004).

Enligt SBU (2004) har merparten av de patienter som vårdas för depression inom psykiatri minst en ytterligare psykiatrisk diagnos. En studie genomförd av Kessler m fl. (2003) visar att 72 procent av alla deprimerade någon gång under livet uppfyller kriterierna för ytterligare minst en annan psykiatrisk diagnos. De vanligaste komorbida tillstånden vid depression är olika ångesttillstånd samt missbruk (SBU, 2004; Kessler m fl., 2003). Även kroppsliga symtom så som smärtor, magbesvär och tryck över bröstet är mycket vanliga vid depression. Eftersom depressionspatienter huvudsakligen söker sig till primärvården på grund av somatiska besvär istället för att söka hjälp för sitt psykiska mående är det i Sverige upp emot hälften av de deprimerade som aldrig får någon depressionsdiagnos. Utöver ovan nämnda problemområden är även risken för att drabbas av olika somatiska sjukdomar, till exempel hjärtinfarkt, multipel skleros och epilepsi, förhöjd för de som lider av depressionssjukdomar. Dessutom är prognosen för somatiska sjukdomar ofta sämre hos deprimerade patienter och överdödligheten är betydande jämfört med normalpopulationen (SBU, 2004).

Etiologi

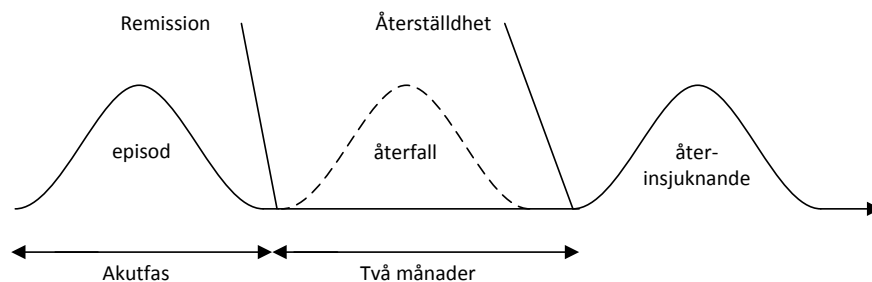
Depression anses ha sin grund i ett samspel mellan psykologiska och biologiska faktorer. Påfrestande livshändelser, till exempel dödsfall, sjukdom och skilsmässa, är förknippat med nedstämdhet, men anses inte ensamt vara tillräckligt för uppkomsten av en depression. Istället tros denna typ av erfarenheter snarare utgöra sårbarhetsfaktorer samt i vissa fall tjäna som en utlösande faktor. Tvilling- och adoptionsstudier tyder på att det även finns en genetisk komponent som påverkar huruvida en person kommer att drabbas av sjukdomen. Vidare är depression förknippat med brist på serotonin (Ottosson, 2009). Den så kallade monoaminhypotesen, teorin att depression skulle vara orsakad av låga nivåer av monoaminerna serotonin, dopamin och noradrenalin har emellertid visat sig svår att bevisa vetenskapligt (Krishnan & Nestler, 2010).

Förlopp

Tidigare ansågs depression vara ett tillstånd vars förlopp var akut men övergående. Under de senaste årtionden har det dock, genom intensiv forskning, framgått allt tydligare att depression i

många fall är en livslång, episodisk återkommande sjukdom (Bockting m fl., 2006; Kessler m fl., 2003; Solomon m fl., 2004).

Inom forskningsvärlden används vanligen en begreppsapparat föreslagen av Frank m fl. (1991) för att beskriva sjukdomsförloppet vid depression. Detta gör det bland annat enklare att skilja mellan olika grad av tillfrisknande och återfall/återinsjuknande. SBU har gjort en översättning av de viktigaste begreppen föreslagna av Frank m fl. (1991) till svenska. Det är dessa översatta begrepp som används i denna uppsats. En *episod* enligt denna klassifikation är en bestämd tidsperiod då personen hela tiden har så pass allvarliga symtom att denne uppfyller kriterierna för depression, till exempel utifrån diagnosmanualen DSM-IV-TR (figur 1). Ett annat viktigt begrepp för att förstå sjukdomsförloppet vid depression är *remission*, vilket är den term som används för att beskriva när en episod avslutas. Begreppet delas i sin tur upp i *partiell remission*, då personen trots att denne inte längre uppfyller kriterierna för depression fortfarande uppvisar vissa symtom, och *full remission*, vilket innebär att individen är helt symtomfri eller endast har symtom som är minimala i sin omfattning. *Behandlings svar* är ett uttryck för remission som uppstått till följd av att behandling påbörjats. Samtliga ovanstående begrepp är uttryck för händelser i det *akuta* skeendet av förloppet (Frank m fl., 1991).



Figur 1. Skillnaden mellan återfall och återinsjuknande vid depression. Ett återfall (streckad linje) sker per definition inom två månader efter remission. Ett återinsjuknande (heldragen linje) kräver däremot att personen uppnått återställdhet, dvs. befunnit sig i remission under minst två månader.

Vidare markerar *återställdhet* tillfrisknande från en episod, vilket mer specifikt innebär att individen kontinuerligt befunnit sig i partiell eller full remission under en bestämd tidsperiod. Författarna uttalar sig emellertid ej om längden på denna period utan föreslår att man utgår från vad som anges i det diagnostiska instrument man använder (Frank m fl., 1991). APA (2000)

kräver en minst två månader lång period då kriterierna för egentlig depressionsepisod inte är uppfyllda för att det skall räknas som två separata episoder. Då denna studie utgår från APAs diagnosmanual DSM-IV-TR definieras här återställdhet som uppfylld efter två månaders remission. Burcusa och Iacono (2007) förespråkar en liknande definition och menar att perioden mellan två episoder vanligtvis inte ska vara kortare än åtta veckor. Observera att återställdhet inte nödvändigtvis innebär tillfrisknande från sjukdomen i sig då depressioner, som ovan nämnts, i många fall är av återkommande karaktär (Boland & Keller, 2009). Återkomst av depressionssymtom delas in i två undergrupper utifrån om de sker före eller efter att individen anses vara återställd. Ett *återfall* definieras som att individen i ett tidigt skede, det vill säga efter remission men innan denne uppnått återställdhet, återigen uppfyller kriterierna för depression. Detta innebär således en fortsättning på den tidigare konstaterade episoden. *Återinsjuknande* innebär å andra sidan att individen går in i en ny depressionsepisod efter att ha varit återställd (Frank m fl., 1991). Gränsen för vad som räknas som återfall respektive återinsjuknande avgörs således utifrån hur lång tid av remission som krävs för att en person ska räknas som återställd, vilket i denna studie är två månader.

Behandling

En depressionsepisod som inte behandlas läker vanligen ut av sig själv men tenderar dock att återkomma (Socialstyrelsen, 2010). Enligt Socialstyrelsen (2010) bör målet med behandling av egentlig depression vara tillfrisknande. I detta begrepp innefattas både avsaknad av depressiva symtom samt återgång till tidigare funktionsnivå och livskvalitet.

Depression behandlas vanligtvis med läkemedel av SSRI-typ och/eller olika former av psykoterapi. Valet av behandling bör bestämmas utifrån depressionens svårighetsgrad, symtombild, orsaker och förlopp (Ottosson, 2009). Enligt socialstyrelsens rekommendationer (2010) bör depressioner av allvarigare grad företrädesvis behandlas med farmakologisk behandling eller elektrokonvulsiv behandling (ECT). Det har visat sig att de läkemedel som används för att behandla depression alla är ungefär lika effektiva (APA, 2010). För att förhindra återfall och återinsjuknande rekommenderas vanligtvis fortsatt medicinsk underhållsbehandling efter att patienten tillfrisknat. I jämförelse med placebo minskar detta risken för återfall och återinsjuknande med ungefär två tredjedelar (Geddes m fl., 2003; Glue, Rocco Donovan, Kolluri & Emir, 2010). APA (2010) rekommenderar att den fortsatta medicinska behandlingen skall

pågå i fyra till nio månader. Detta gäller dock ej patienter med tre eller fler depressionsepisoder eller kronisk depression, där bör behandlingen pågå ännu längre.

För medelsvåra tillstånd anses individuell och internetbaserad kognitiv beteendeterapi (KBT) ha lika god effekt som farmakologisk behandling. I tredje hand rekommenderas psykodynamisk korttidsterapi. Då depressionen är av lindrig grad rekommenderas KBT eller interpersonell psykoterapi (IPT) framför farmakologisk behandling (Socialstyrelsen, 2010).

Enligt en kartläggning av förekomst av depression bland invånare i USA är den genomsnittliga längden för depressioner hos de drabbade ungefär 16 veckor (Kessler m fl., 2003). Cirka tio procent av de som drabbas av en depressionsepisod tillfrisknar däremot inte, utan är fortfarande sjuka efter fem år (Boland & Keller, 2009). Depressionen kan då sägas vara av kroniskt slag. Författarna veterligen finns det inga motsvarande uppföljningsstudier som har undersökt depressionsförloppet i en svensk kontext.

Återfall och återinsjuknande

Det finns däremot ett relativt stort antal internationella studier som har undersökt förekomsten av återfall och återinsjuknande i depression. I en naturalistisk långtidsuppföljning av 380 patienter som behandlats med huvudsakligen läkemedel eller ECT hade 85 procent återfallit eller återinsjuknat inom 15 år efter att de nådde remission varav 78 procent i depression. Den största andelen av återfall eller återinsjuknande skedde relativt tidigt efter avslutad behandling. Återinsjuknande tycks dock ske i stor utsträckning även hos de personer som upplevt en lång period av välbefinnande. 58 procent av de som varit tillfrisknade under de 5 år som följde på behandlingen återinsjuknade under de kommande tio åren (Mueller m fl., 1999). För personer som blir återställda sker i genomsnitt två episoder av återfall eller återinsjuknande under den påföljande tioårsperioden efter tillfrisknandet (Solomon m fl., 2000).

En övervägande del av forskningen kring psykoterapeutisk behandling och återfall/återinsjuknande i depression är gjord på kognitiva och beteendearterade terapiformer. I en metaanalys av Vittengl, Clark, Dunn och Jarret (2007) ingick 13 studier där patienterna framgångsrikt behandlats med KBT i den akuta fasen och därefter följdes upp. Resultatet visade att om patienterna inte fortsatte i någon behandling efter den akuta behandlingen återföll eller återinsjuknade uppskattningsvis 29 procent inom ett år. Efter två år hade siffran stigit och 54 procent hade enligt beräkning återfallit eller återinsjuknat. I jämförelse med enbart

farmakologisk behandling minskade KBT risken för återfall och återinsjuknande med 22 procent. Samma metaanalys undersökte också effekten av kombinationsbehandlingar, där patienterna behandlades både farmakologiskt och med KBT, men frekvensen återfall eller återinsjuknande i dessa studier skiljde sig inte från behandling med KBT ensamt. Däremot var effekten av kombinationsbehandling bättre än enbart farmakologisk behandling, då den minskade risken för återfall och återinsjuknande med 23 procent. Man jämförde också KBT med andra typer av psykoterapeutiska behandlingar. I två studier där KBT jämfördes med beteendebaserade interventioner och i en studie där KBT jämfördes med interpersonell terapi gick det ej att finna några signifikanta skillnader mellan behandlingarna vad gäller proportionen återfall eller återinsjuknande. Däremot återfanns en signifikant skillnad, i favör för KBT, i en studie där KBT jämfördes med en kombination av interpersonell och psykodynamisk terapi. Det är dock värt att notera att resultaten i dessa jämförelser mellan terapeutiska metoder baseras på ett mycket litet antal studier och därför bör tolkas försiktigt (Vittengl m fl., 2007).

Gloaguen, Cottraux, Cucherat och Blackburn (1998) undersökte i en annan metaanalys frekvensen återfall och återinsjuknande efter behandling med kognitiv terapi jämfört med antidepressiv medicinering. Det visade sig att efter en uppföljningstid på minst ett år efter avslutad behandling hade i genomsnitt 29,5 procent av patienterna behandlade med kognitiv terapi återfallit eller återinsjuknat. Motsvarande siffra för patienter behandlade med antidepressiv medicinering var i genomsnitt 60 procent. Värt att ta i beaktande är dock att i denna studie inkluderades förutom patienter med depression även patienter med dystymi.

I en annan studie genomförd av Dobson m fl. (2008) undersöktes frekvensen av återfall och återinsjuknande hos patienter som svarat på farmakologisk alternativt psykoterapeutisk behandling med KBT eller beteendebaserad aktivitet (BA) i akutfasen. Under det följande året delades de deltagare som erhållit farmakologisk behandling in i två grupper varav den ena fortsatte behandlas med antidepressiv medicin och den andra gruppen behandlades farmakologiskt med placebo. Av de som fortsatte den antidepressiva behandlingen återinsjuknade 53 procent av individerna inom ett år jämfört med 59 procent av de som fått placebo. Skillnaden var inte statistiskt signifikant. Av de som behandlats med KBT hade 39 procent återfallit eller återinsjuknat. Motsvarande siffra för BA var 50 procent. Resultaten för KBT var signifikant bättre jämfört med placebo och resultaten för BA visade på en trend i samma riktning då risken för återfall och återinsjuknande beräknades minska med 51 procent jämfört med placebo. Vidare

reducerar KBT risken för återfall och återinsjuknande med 64 procent jämfört med antidepressiv medicin under det första året (Dobson m fl., 2008).

Sammantaget finns idag forskning som visar att risken för återfall eller återinsjuknande i depression efter avslutad behandling är stor. Allra störst verkar risken vara den närmsta tiden efter behandlingen men mycket tyder på att risken för återfall eller återinsjuknande också är stor efter flera år av välbefinnande. Vad gäller behandling pekar en hel del forskning på att psykoterapeutiska metoder, särskilt KBT, minskar risken för återfall eller återinsjuknande betydligt. Detta även i relation till antidepressiv medicinering.

Riskfaktorer för återfall/återinsjuknande i depression

Det finns ett antal aspekter som ofta omnämns i studier vars syfte är att kartlägga potentiella riskfaktorer för återfall och återinsjuknande i depression. Bland de som ofta nämns inkluderas residualsymtom, förekomst av tidigare depressionsepisoder, ålder, kön och psykosocial funktionsnivå.

Residualsymtom. Hos 30 – 54 procent av de patienter som har behandlats med antingen farmakologisk eller terapeutisk behandling kvarstår ett eller flera depressionssymtom (Taylor, Walters, Vittengl, Krebaum & Jarrett, 2010). Dessa, så kallade residualsymtom, tycks vara förknippade med en ökad risk för återfall och återinsjuknande (Bockting m fl., 2006; Nierenberg, Petersen & Alpert, 2003; Taylor m fl., 2010). Enligt en annan studie genomförd av Mueller m fl. (1999) predicerar residualsymtom dessutom en tre gånger kortare tid innan återinsjuknande jämfört med personer som blivit helt symtomfria efter behandling.

Tidigare depressionsepisoder. Burcusa och Iacono (2007) framhåller i en litteraturöversikt där de kartlagt riskfaktorer för återinsjuknande i depression att risken att återinsjukna är förhöjd om man varit drabbad av tidigare depressionsepisoder. I en studie fann man att varje tidigare depressionsepisod ökade risken för ytterligare återinsjuknande med 16 procent (Solomon m fl., 2000) och i en annan studie var samma siffra 18 procent (Mueller m fl., 1999). Flera tidigare depressionsepisoder är också förknippat med hastigare återinsjuknande efter avslutad behandling (Conradi, de Jonge & Ormel, 2008).

Ålder. Mueller m fl. (1999) menar att forskningen vad gäller ålder och risk för återinsjuknande i depression har givit motstridiga resultat. I deras egen långtidsuppföljning av

patienter behandlade för depression kunde de heller inte finna något samband mellan dessa variabler.

Det finns en del forskning gjord där man undersökt hur ålder vid första insjuknandet kan vara relaterat till senare återinsjuknande. Burcusa och Iacono (2007) menar dock att det är svårt att dra några klara slutsatser från denna forskning då den gett motstridiga resultat. Dessutom har man sällan kontrollerat för antal tidigare episoder, vilket är en sedan länge välkänd riskfaktor för återfall och återinsjuknande. Burcusa och Iacono (2007) misstänker att det finns ett samband mellan ålder för första insjuknandet och antal tidigare depressionsepisoder men är försiktiga med att säga hur det skulle se ut. Kanske, menar de, har båda faktorerna ett separat inflytande på återfall och återinsjuknande, men det kan också vara så att den ena faktorn utgör en mediator för den andra. Slutligen kan det finnas bakomliggande genetiska orsaker som gör att personer med en hög genetisk sårbarhet både insjuknar tidigare och drabbas av fler depressionsepisoder.

Kön. Risken för att någon gång i livet insjukna i depression är större för kvinnor än för män (SBU, 2004). I en litteraturöversikt gjord av Kuehner (2003) framgår dessutom att kvinnor löper större risk för återfall i depression. Däremot verkar kvinnligt kön inte utgöra en riskfaktor för återinsjuknande. Till exempel framgick i en stor epidemiologisk studie av Wainwright och Surtees (2002) att risken för återinsjuknande i depression var så gott som lika stor oavsett kön, 60,4 procent för kvinnor och 60,1 procent för män. Det finns dock resultat som pekar i en annan riktning. Mueller m fl. (1999) fann att kvinnor löper större risk att återinsjukna men att den ökade risken blir synlig först flera år efter tillfrisknandet. De följde 380 personer som tillfrisknat från depression i upp till 15 år och kom till slutsatsen att fram till och med fem år efter tillfrisknandet gick det inte att påvisa någon förhöjd risk för kvinnor att insjukna på nytt, emellertid blev ett sådant mönster tydligare längre fram i uppföljningsperioden.

Psykosocial funktionsnivå. Flera studier har undersökt om det finns ett samband mellan psykosocial funktionsnivå och återinsjuknande i depression. Solomon m fl. (2004) genomförde en långtidsuppföljning på personer som blivit återställda från en depression. Deltagarnas psykosociala funktionsnivå skattades kontinuerligt avseende arbete, interpersonella relationer, tillfredsställelse och rekreation med hjälp av *LIFE-RIFT*, en skattningsskala där varje domän bedöms på en skala från ett till fem. Forskarna fann ett samband mellan nedsatt psykosocial funktionsnivå och ökad risk för återinsjuknande. Samma resultat påvisades också av Vittengl,

Clark och Jarret (2009). Andra undersökningar där man använt sig av andra skalor som också avser mäta psykosocial funktionsnivå har gett ett liknande resultat.

Syfte

Det råder således ingen tvekan om att depression orsakar stort lidande hos en stor mängd människor världen över. Tidigare internationell forskning visar att även om behandling mot depression många gånger är verksamt finns också en mycket stor risk för återfall och återinsjuknande. För att kunna erbjuda en god vård till denna grupp människor är det viktigt att följa upp dem efter avslutad behandling. Detta kan ge ökad förståelse av sjukdomsförloppet vid depression samt kunskap om viktiga riskfaktorer för återfall och återinsjuknande, det sistnämnda är också ett forskningsområde som i dagsläget redovisat många motstridiga resultat. Ökad kunskap om allt ovanstående är av stort värde för att förbättra vården av deprimerade, något som i sin tur kan leda till minskat mänskligt lidande och effektivare användning av samhällets resurser. Till vår kännedom finns det dock inga publicerade studier som har undersökt frekvensen i återfall/återsinsjuknande och riskfaktorer för återfall och återinsjuknande i en svensk kontext. För att få en ökad förståelse för hur vården för deprimerade ser ut i Sverige behövs studier där man utvärderar de behandlingsformer som används inom den svenska öppenvårdspsykiatrin. I förlängningen handlar det om att säkerställa kvaliteten och konsekvenserna för patienterna.

Det primära syftet blir därför att undersöka den relativa frekvensen återfall och återinsjuknanden bland vuxna patienter behandlade för depression inom öppenvårdspsykiatrin i Region Skåne. Studien avser också att undersöka gruppens aktuella mående med avseende på depressiva symtom och egentlig depression. Dessutom är målsättningen att kartlägga eventuella skillnader mellan den grupp av patienter som har återfallit/återsjuknat och den som inte har gjort det avseende kön, ålder, debutålder, sysselsättning och antal tidigare depressionsepisoder.

Frågeställningar. Studiens frågeställningar blir således:

1. Hur stor är den relativa frekvensen av återfall/återsinsjuknande i depression för personer som för ett år sedan avslutat en depressionsbehandling inom öppenvårdspsykiatrin i Region Skåne?

2. I vilken utsträckning uppvisar personer som avslutat en depressionsbehandling för ett år sedan depressiva symtom samt depression, och finns det någon skillnad avseende dessa båda variabler?
3. Finns det någon skillnad mellan den grupp patienter som återfallit/återinsjuknat och de som inte gjort det avseende kön, antal tidigare depressionsepisoder, ålder, debutålder och sysselsättning?

Hypoteser. De första två frågeställningarna är av explorativ karaktär varför inga hypoteser sattes upp. För den tredje frågeställningen uppställdes hypoteser utifrån aktuell teori och tidigare forskning. Ingen skillnad förväntades föreligga mellan män och kvinnor avseende återfall och återinsjuknande. Inte heller de drabbades aktuella ålder väntades påverka den relativa frekvensen återfall och återinsjuknanden. Däremot ansågs en ung ålder vid sjukdomsdebuten samt fler tidigare depressionsepisoder vara förknippat med en ökad risk för återfall/återinsjuknande. Slutligen förväntades även avsaknad av arbete leda till fler återfall/återinsjuknanden jämfört med sysselsättning då detta är förknippat med en lägre psykosocial funktionsnivå.

Metod

Studien hade en deskriptiv och kvantitativ ansats med avsikt att beskriva det aktuella läget i Skåne, vilket är relevant då liknande studier författarna veterligen inte finns publicerade. Avsikten var således att med bakgrund i frågeställningarna ovan beskriva deltagarnas karaktäristika genom statistiska framställningar med det övergripande syftet att uttala sig om den bakomliggande populationen, det vill säga depressionspatienter behandlade inom öppenvård psykiatri i Sverige. För att möjliggöra detta eftersträvades ett tillräckligt stort och representativt stickprov där riskerna med snedvridning minimerades.

Som ett led i det förberedande arbetet utarbetades en etikansökan där studiens utförande beskrevs ingående. Nämda etikansökan skickades in till etikprövningsnämnden i Lund där den bedömdes och slutligen godkändes 12-02-08 (bilaga A).

Deltagare

Beskrivning av stickprov. Studiens deltagare rekryterades med hjälp av Region Skånes besöksregister. Tjugo personer deltog i studien. Av dessa var 17 individer kvinnor och tre män, det vill säga 85 procent kvinnor, 15 procent män. Åldern varierade mellan 23 och 86 år, genomsnittsåldern var 54 år med en standardavvikelse på 18 år.

Urvalskriterier. För att finna för studien lämpliga deltagare formulerades en rad inklusions- och exklusionskriterier.

För inklusion i studien krävdes att deltagaren:

- Var minst 18 år gammal
- Blivit diagnostiserad med depression som huvuddiagnos enligt ICD-10. Diagnoser som inkluderades i studien var F32.0 – lindrig depressiv episod, F32.1 – medelsvår depressiv episod, F32.2 – svår depressiv episod utan psykotiska symtom, F32.8 – andra specificerade depressiva episoder, F32.9 – depressiv episod, ospecificerad, F33.0 – recidiverande depression, lindrig episod, F33.1 – recidiverande depression, medelsvår episod, F33.2 – recidiverande depression, svår episod utan psykotiska symtom, F33.9 – recidiverande depression, ospecificerad och F38.0, andra enstaka förstämningssyndrom.
- Behandlats för depression inom öppenvård psykiatri i Region Skåne.
- I samförstånd med sin behandlare avslutat behandlingen någon gång mellan 2011-02-01 och 2011-03-31.

Ur studien exkluderades personer som:

- Behandlats med ECT för sin depression.
- Ej längre var i livet.

Syftet med ovanstående inklusions- och exklusionskriterier var att avgränsa stickprovet till den population som avsåg undersökas, det vill säga vuxna patienter som behandlats för en konstaterad depressionsepisod inom Region Skånes öppenvård psykiatri. För att komma i kontakt med de patienter som förmodats tillfrisknat för ett år sedan inkluderades i studien endast de som avslutat sin behandling i samråd med sin behandlare. Avslutat i samråd med behandlare innebär till att börja med att avslutet var planerat. Att avslutet skett i samråd innebär vidare att

orsaken inte bestod i att patienten till exempel flyttat, hänvisats till annan vårdgivare, följs upp på vårdcentral, ej hört av sig eller mot inrådan valt att avsluta behandlingen i förtid.

Behandlingen ska inte heller ha avslutats på grund av exempelvis omorganisation, akut åtgärd, vidarebefordrad remiss eller dubbelremiss.

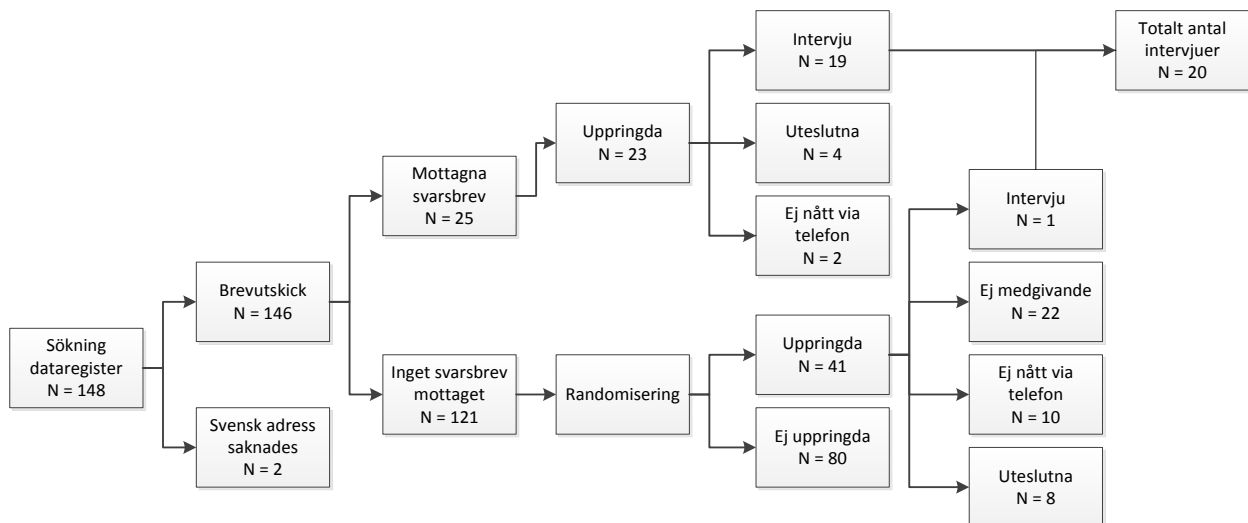
Vidare begränsades urvalet genom de uppställda inklusionskriterierna till att gälla två månader. Denna tidsavgränsning nyttjades då den förmodades ge ett tillräckligt stort stickprov för att studien skulle kunna genomföras, men samtidigt inte innebar att forskarna fick tillgång till information om ett, av etiska skäl omotiverat, stort antal individer. Tidsbegränsningen innebar också en styrka med studien då uppföljningstiden för samtliga deltagare blev ungefär lika lång, det vill säga ett år.

Ett av de huvudsakliga målen med studien var att få en klar bild av hur det går för de personer som behandlas för depression inom öppenvårdspsykiatri i Region Skåne, det vill säga att generalisera studiens resultat till den ursprungliga kontexten. Av denna anledning exkluderades därför inte patienter med kormorbida tillstånd. Däremot exkluderades patienter som haft depression med psykotiska inslag eller behandlats med ECT. Anledningen till detta var att dessa personer bedömdes ha en mycket svår typ av depression vilken inte ansågs falla inom studiens intresseområde då man företrädesvis avsåg att undersöka patienter inom öppenvårdspsykiatri. Man kan också föreställa sig att dessa, mer allvarliga fall av depression har ett annat förlopp och att inkludera dessa syndrom skulle därför ha kunnat göra det svårare att dra slutsatser om behandlingen av de med övriga former av depression.

Rekrytering. Studiens deltagare identifierades med hjälp av registerdata tillhandahållet av Region Skåne. I registret som användes bokförs samtliga besök och vårdperioder som sker inom den allmänna vårdapparaten. Besöksregistret är ett verktyg för statistisk bearbetning och innefattar således inte patienternas journalhandlingar. Med utgångspunkt i ovan specificerade inklusions- och exklusionskriterier gjordes en sökning i registret efter deltagare lämpliga för studien. 148 personer stämde in på samtliga kriterier och inkluderades i studien (figur 2). Av dessa exkluderades sedermera två personer då de saknade giltig postadress i Sverige.

Återstående individer, det vill säga 146 stycken, kontaktades därefter via brev i vilket de informerades om studien syfte och förfarande, att deltagandet var frivilligt samt att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att behöva ange någon orsak (bilaga B). I brevet medföljde även en samtyckesblankett (bilaga C) samt självskattningsformuläret MADRS-S,

benämnd som ”enkät - depressionssymtom” (bilaga D), som individen inom en vecka ombads returnera ifyllda via ett frankerat svarskuvert om de var villiga att delta i studien. Efter tio dagar skickades ett påminnelsebrev ut till de deltagare som inte ännu skickat in något svarsbrev (bilaga E). Sammanlagt mottogs 25 svarsbrev efter att de två breven skickats ut, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 16,9 procent. I ett försök att öka svarsfrekvensen ytterligare ringdes därefter ett randomiserat urval som motsvarade en tredjedel av de som ännu ej hade skickat in något medgivande upp och tillfrågades om de hade fått information om studien samt om de kunde tänka sig att delta. Av de 41 personer som kontaktades valde fem stycken att delta i studien. Dessa personer ombads att skicka in sitt skriftliga medgivande samt självskattningsformuläret MADRS-S. Endast en person gjorde detta och de övriga fyra uteslöts därför. Tio personer på den randomiserade listan kunde inte nås via telefon trots upprepade försök och ytterligare fyra personer exkluderades på grund av språksvårigheter. Tjugotvå personer valde att inte vara med i studien och dessa tillfrågades om de kunde tänka sig att ange anledningen till att de valde att avstå. Vanliga orsaker som nämndes var att man inte hade lust eller ork, att man tyckte det var jobbigt att bli intervjuad kring det aktuella ämnet, att man var missnöjd med psykiatrin, eller att man inte hade tid. Slutligen deltog således en av de 41 uppringda personerna i studien. På grund av det dåliga gensvaret ringdes inte övriga personer i urvalsgruppen upp.



Figur 2. Flödesschema över rekryteringsprocessen. Av de 148 personer som stämde in på samtliga inklusions- och exklusionskriterier intervjuades slutligen 20 individer.

Sammanlagt mottogs 26 svarsbrev innehållande skriftliga medgivanden om att delta i studien. Av dessa genomfördes slutligen telefonintervjuer med 20 individer, vilket motsvarar 13,5 procent av urvalsgruppen. Sex deltagare som lämnat sitt medgivande exkluderades varav två på grund av att de saknade giltigt telefonnummer, en eftersom personen nyligen drabbats av ett allvarligt somatiskt tillstånd, en då de uppgav att de ej avslutat någon behandling i början av förra året utan endast bytt läkare samt ytterligare två eftersom de då de ringdes upp angav att de mådde för psykiskt dåligt för att ställa upp.

Material

Structured Clinical Interview for DSM IV-Axis I Disorders (SCID-I). SCID-I är ett semistrukturerat intervjustöd utformat för att underlätta bedömning av psykiatriska diagnoser enligt DSM-systemet. Syftet är vidare att förbättra både den diagnostiska reliabiliteten och validiteten. Materialet innefattar en intervjumanual och tillhörande intervjuprotokoll. Intervjumanualen berör i sin helhet en översiktsintervju samt sex moduler som i tur och ordning behandlar förstämningssyndrom, psykostiska syndrom, alkohol- substansrelaterade störningar, ångestsyndrom och övriga störningar. Intervjustödet består av en rad färdigt formulerade frågor som vid behov kan kompletteras med ytterligare fritt utformade följdfrågor lämpliga för den aktuella intervjun. Frågorna följer kriterierna för de psykiatriska diagnoserna i DSM-IV-TR och de erhållna svaren på frågorna protokollförs under intervjuns gång utifrån huruvida den intervjuade bedöms uppfylla diagnoskriterierna eller ej (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1999).

SCID-I finns i flera versioner. Den kliniska versionen (SCID-I CV) är förenklad i förhållande till forskningsversionen på så sätt att den endast innefattar de diagnoser som är vanligt förekommande i en klinisk verksamhet, till exempel egentlig depression. Dessutom är vissa subgrupper av syndromen exkluderade för att göra instrumentet mindre otympligt (First m fl., 1999). Eftersom den aktuella studien befann sig i en klinisk kontext och inte heller hade för avsikt att undersöka diagnostiska undergrupper användes den kliniska versionen av SCID-I, vilket kan göras på flera sätt. Då intervjun används som bedömningsinstrument genomförs den företrädesvis i sin helhet och tar då mellan en och två timmar. Intervjuaren kan också välja att endast använda de avsnitt som rör den eller de diagnoser som är av intresse (First m fl., 1999).

Då denna studie var inriktad på att undersöka återfall och återinsjuknande i depression har endast det avsnitt som rör egentlig depressionsepisod använts.

SCID betraktas som standardinstrument för diagnostiska bedömningar av deltagare vid klinisk psykiatrisk forskning (SBU, 2004). I en nyligen genomförd studie av Lobbestael, Leurgans & Arntz (2011) bedömdes interbedömmarrelabiliteten vid SCID-I vara god till utmärkt med kappa-värden som varierar mellan 0,61 och 0,83. För diagnosen egentlig depression uppgick kappa-värdet till 0,66. Interbedömmarrelabiliteten vid användning av SCID-I beror till viss del på hur väl användaren behärskar arbetssättet (First m fl., 1999). Intervjuerna i denna studie genomfördes av två psykologkandidater med utbildning i det aktuella intervjuförfarandet. Båda intervjuerna hade vid tillfället god kännedom om instrumentet och dess användning samt hade tidigare erfarenhet av intervjun i kliniska sammanhang. Psykologkandidaterna var även väl förtrogna med DSM-kriterierna, vilket underlättar användandet av instrumentet (First m fl., 1999).

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self rated (MADRS-S). MADRS-S utvecklades av Svanborg och Åsberg (1994) och är en självskattningsversion av den klinikeradministrerade depressionsskalan MADRS. Samstämmigheten mellan de två versionerna av instrumentet har visat sig vara god med korrelationsvärden på 0,80 till 0,94 (Svanborg & Åsberg, 2001). MADRS-S avser att fånga den aktuella symtombilden och individen ombeds svara utifrån hur de mått de senaste tre dagarna (Bondolfi m fl., 2010). Instrumentet innefattar nio frågor som individen får skatta på en sjugradig likertskala (från 0-6). Maxpoängen är således 54, där högre poäng också innebär en högre nivå av depressiva symtom hos individen. Däremot råder det meningsskiljaktigheter om de exakta gränsvärdena för skattningsskalan (Carlbring & Hanell, 2007). Utifrån en sammanställning av den otillräckliga forskning som i dagsläget finns att tillgå anser dock Pär Svanborg (personlig kommunikation, 13 april 2012), som varit med och utvecklat instrumentet, att 0 – 12 poäng indikerar att det sannolikt inte föreligger någon depression, 13 – 20 poäng milda depressiva symtom, 21 – 30 poäng måttliga depressiva symtom och 31 poäng och uppåt motsvarar svåra depressiva symtom. Viktigt att ha i åtanke är dock att den exakta poängen inte har så stort värde utan måste kompletteras med ytterligare information om individens upplevelse av sitt tillstånd för att en eventuell depressionsdiagnos ska kunna ställas (Carlbring & Hanell, 2007). Författarna veterligen finns det i dagsläget inga normdata

som beskriver varken en svensk eller utländsk normalpopulation med avseende på depressiva symtom enligt MADRS eller MADRS-S.

I en studie av Bondolfi m fl. (2010) uppmättes Cronbach's alpha till mellan 0,85 och 0,94 för MADRS-S, vilket innebär att självskattningsinstrumentet kan anses ha utmärkt intern konsistens. I samma studie visade sig instrumentet vara väl mottaget av deltagarna då samtliga tillfrågade fyllde i alla frågor och ingen kritik mot dessa framfördes. Vidare undersöktes även samstämmigheten mellan de två varianterna av MADRS, det vill säga självskattning respektive expertskattning, vilken visade sig vara god (kappa-värde 0,69). Självskattningsversionen av MADRS bedöms således vara ett valitt komplement till klinikerversionen och anses framför allt vara lämplig att använda när det endast utgör ett av flera utfallsmått i en studie samt då de ekonomiska och tidsmässiga resurserna är begränsade (Bondolfi m fl., 2010). Detta är också fallet i den aktuella studien vilket motiverar användandet av MADRS-S.

Telefonintervjuer. Telefonintervjuer är en vanligt förekommande datainsamlingsmetod vid samhällsvetenskaplig forskning. Tidigare forskning pekar på att det finns en god överensstämmelse mellan diagnostiska intervjuer gjorda via telefon och intervjuer gjorda ansikte mot ansikte (Evans, Kessler, Lewis, Peters & Sharp, 2004; Lee, Tsang, Mak, Lee, Lau & Ng, 2010). I en studie genomförd av Cacciola, Alterman, Rutherford, McKay & May (1999) ansågs interbedömmarrelabiliteten som god för bedömning av egentlig depression utifrån SCID-I via telefon (kappa-värde 0,64 och 0,66 för livstids- respektive aktuell diagnos). Däremot ställdes diagnosen egentlig depression någon gång under livsloppet i signifikant högre utsträckning vid intervjuer genomförda ansikte mot ansikte jämfört med vid telefonintervjuer i samma studie. I samtliga fall då egentlig depression upptäcktes via telefonintervju, oavsett om den var aktuell eller inte, konstaterades den även vid motsvarande intervju ansikte mot ansikte med samma person. Det finns således en risk för underdiagnostisering vid användning av telefonintervjuer (Cacciola m fl., 1999).

Procedur

Intervjuförfarandet. Samtliga personer som via brev gett sitt medgivande till att delta i studien försökte nås via telefon av någon av författarna för att avtala en tid för genomförandet av en telefonintervju. Alla deltagare som ringdes upp informerades om att deltagandet var frivilligt och gavs möjlighet till att ställa frågor om studien. Telefonintervjuer genomfördes i ett avskilt

rum på institutionen för psykologi i Lund. Under intervjun kartlades deltagarens aktuella mående, eventuella depressionsepisoder under den gångna ettårsperioden samt antal tidigare depressionsepisoder i livet utifrån depressionsdelen i bedömningsinstrumentet SCID-I (bilaga F). Under intervjun tillfrågades deltagarna även om sysselsättning vid tiden för behandlingsavslutet 2011, vilken behandling de fick under depressionsepisoden 2010/2011, om de fått någon ytterligare behandling sedan dess samt vid vilken ålder de insjuknade i sin första depressionsepisod. Information om deltagarnas ålder och kön inhämtades från patientregistret. All information sammanställdes sedan i ett för ändamålet avsett intervjuprotokoll (bilaga G).

Hantering av data. Under projektet behandlades all information om deltagarna i avidentifierad form. För att säkerställa sekretessen tilldelades varje individ ett slumpmässigt framtaget identifikationsnummer. Personuppgifterna och all insamlad data förvarades i ett låst skåp och informationen krypterades och lösenordskyddades för att uppfylla krav på hantering av personuppgifter enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Under databearbetningen användes sedan endast personernas identifikationsnummer. Endast de båda författarna samt uppsatshandledarna hade tillgång till materialet.

Dataanalys. Insamlad data sammanställdes i SPSS där den större delen av databearbetningen skedde. För att redogöra för stickprovets karakteristika samt för att beräkna den relativa frekvensen återfall/återsinsjuknande och förekomsten av depressiva symtom användes uteslutande deskriptiv statistik. Denna syftar till att beskriva data i ett stickprov och göra den mer överblickbar genom att redovisa olika mått så som medelvärden, standardavvikelser och frekvenser (Borg & Westerlund, 2011).

Även inferentiell, eller hypotesprövande, statistik nyttjades i avseende att undersöka om det fanns några statistiskt säkerställda skillnader mellan olika betingelser i stickprovet (Borg & Westerlund, 2011). Dels undersöktes förekomsten av skillnader i frekvensen återfall/återsinsjuknande avseende de olika undersökta variablerna kön, ålder, sysselsättning, sjukdomsdebut och antalet tidigare depressionsepisoder. Vidare undersöktes med hjälp av hypotesprövning huruvida förekomsten av depressiva symtom skiljde sig signifikant från förekomsten av egentlig depression enligt SCID-I.

Det finns olika hypotestestande metoder som förutsätter olika antaganden om den data som används. I de fall då stickproven kan anses vara normalfördelade används den statistiska metoden *t*-test. I denna metod jämförs stickprovets medelvärde och data måste således vara på

intervall- eller kvotskalennivå. Därutöver krävs även att variansen i bakomliggande populationer kan anses lika (Borg & Westerlund, 2011). I de fall då data uppfyllde dessa krav användes *t*-test för oberoende stickprov eftersom två oberoende grupper jämfördes med varandra. I flertalet fall motsvarade det insamlade materialet dock inte ovanstående krav och icke-parametriska test användes istället.

Då data är på nominalnivå används vanligtvis chi-två, en icke-parametrisk metod för hypotesprövning där kraven på data är lägre än vid användning av parametriska test så som *t*-test. Istället för att jämföra medelvärden utgår man här från att jämföra den erhållna fördelningsformen i de olika kategorierna med den fördelningsform som slumpen skulle ge. (Borg & Westerlund, 2011). För att använda chi-två krävs dock ett så pass stort stickprov att den förväntade frekvensen för varje kategori är större eller lika med fem, vilket uppfylldes i några men inte i samtliga analyser i den aktuella studien. Då N-talet var för litet för att använda chi-två användes istället Fisher's exact test, en metod som i grunden bygger på chi-två men som är skraddarsydd för små stickprov. Metoden användes ursprungligen endast då två dikotoma variabler undersöks men kan numera användas även då man undersöker flera kategorier (Field, 2009). De analyser som innefattar fler kategorier för någon av variablerna är dock inte möjliga att göra i SPSS varför de istället genomfördes via en kalkylator tillgänglig på internet (Lowry, u.å.).

Även om avsikten med hypotestestningen är att avgöra om en observerad skillnad uppstått av slumpen eller ej är metoden inte alltid helt tillförlitlig utan leder ibland till felaktiga resultat. Typ I-fel innebär att ett signifikant samband konstateras trots att det i verkligheten inte finns något sådant medan typ II-fel innebär det motsatta, det vill säga att inget signifikant samband återfinns trots att sambandet egentligen finns. Risken för typ II-fel är förknippat med ett för litet deltagarantal. Ett icke-signifikant resultat behöver således inte betyda att man har bevisat att det inte existerar något samband. Istället kan ytterligare studier, med större stickprov behövas som prövar hypotesen på nytt (Borg & Westerlund, 2011).

Genom hypotestestningen beräknas om det finns en skillnad mellan olika betingelser. För att veta hur stor den här skillnaden är behövs dock även tas hänsyn till effektstorleken. Effektstorleken blir extra viktig att ta hänsyn till då stickprovet är litet då den bidrar med komplementär information om sambandet. Vid *t*-test mäts effektstorleken med hjälp av Cohens *d*, där $d = 0,2$ motsvarar en svag effektstorlek, $d = 0,5$ en medelstark effektstorlek och d

= 0,8 motsvarar en stark effektstorlek (Borg & Westerlund, 2011). Värdet på Cohens d beräknades för hand. Vid användning av chi-två och Fisher's exact test mäts effektstorleken istället med phikoefficienten (ϕ) för analyser innehållandes två gånger två kategorier eller Cramer's V (ϕ_c) för analyser som innefattar fler nivåer. Dessa är två korrelationskoefficienter som kan variera mellan 0 och 1 där ett högre värde indikerar ett starkare samband. Effektstorleken bedöms som svag vid värden på 0,1, medelstark vid 0,3 samt stark vid värden på 0,5. Dessa värden gäller dock endast då man bara har två kategorier i varje variabel. Om någon av variablerna istället innefattar tre kategorier motsvarar värdet 0,07 ett svagt samband, 0,21 ett medelstarkt samband samt 0,35 ett starkt samband (Pallant, 2010).

Resultat

Bortfallsanalys

I syfte att bedöma om deltagarna skilde sig åt i förhållande till urvalsgruppen genomfördes en bortfallsanalys. I denna analys bedömdes med hjälp av hypotestestning huruvida det gick att påvisa signifikanta skillnader mellan de båda grupperna avseende variablerna kön, ålder, etnicitet och diagnos. Variabeln etnicitet operationaliserades genom att alla namn i de båda grupperna bedömdes utifrån om de var svenskklingande eller inte. Vad gäller variabeln diagnos uppstod en svårighet då flera individer i de båda grupperna hade mer än en diagnos. För att råda bot på detta användes enbart den svåraste diagnosen i diagnosförteckningen hos de berörda individerna i analysen.

Bortfallsanalysen visade att det fanns signifikanta skillnader mellan deltagarna ($N = 20$) och de som valde att inte delta ($N = 124$) avseende ålder. Deltagarna i studien var signifikant äldre än de som valde att inte delta, $t(144) = -2,28$, $p = 0,02$, $d = 0,55$. Vad gäller variablerna kön samt etnicitet fanns det en större andel kvinnor och personer med svenskklingande namn bland deltagarna i studien än bland de som valde att inte delta. Signifikantestning för dessa båda variabler visade på en stark tendens både vad gäller kön ($\chi^2 = 3,58$, $df = 1$, $p = 0,06$, $\phi = 0,16$) och etnicitet ($\chi^2 = 3,31$, $df = 1$, $p = 0,07$, $\phi = -0,15$). Även avseende variabeln diagnos återfanns en tendens som tydde på en skillnad mellan deltagarna och de som valde att inte delta i studien ($\chi^2(3, N = 144) = 6,30$, $p = 0,1$, $\phi = 0,21$). En större andel av deltagarna hade procentuellt sett en

diagnos med måttliga symtom än bland de som inte deltog. Däremot förekom diagnoserna svår eller ospecificerad depression i lägre utsträckning bland deltagarna än bland de som inte hade deltagit.

Sociodemografiska faktorer

I Tabell 1 redovisas deltagarnas fördelning avseende kön, sysselsättning vid behandlingsavslut, behandling innan avslut, fortsatt behandling efter avslut samt antal tidigare depressionsepisoder. Av tabellen framgår att en majoritet, eller 60 procent, av deltagarna hade någon form av sysselsättning vid tiden för behandlingsavslut. Omfattningen av denna sysselsättning varierade dock, sex personer arbetade heltid och fem personer deltid. Eftersom grupperna skulle bli väldigt små visas ingen ytterligare indelning efter sysselsättningsgrad av de som arbetade deltid. 40 procent, eller åtta deltagare, saknade sysselsättning vid tiden för behandlingsavslut. Av dessa var fyra heltidssjukskrivna och fyra pensionärer.

Tabell 1. *Stickprovets fördelning i frekvens och procent avseende kön, sysselsättning vid behandlingsavslut, behandling innan avslut, farmakologisk underhållsbehandling efter avslut samt tidigare antal depressionsepisoder.*

Variabel	Frekvens	Procent
Kön		
<i>Man</i>	3	15 %
<i>Kvinna</i>	17	85 %
Sysselsättning vid behandlingsavslut		
<i>Ja</i>	12	60 %
<i>Nej</i>	8	40 %
Behandling innan avslut		
<i>Enbart farmakologisk</i>	4	20 %
<i>Enbart samtal</i>	3	15 %
<i>Farmakologisk och samtal</i>	13	65 %
Farmakologisk underhållsbehandling efter avslut		
<i>Ingen</i>	6	30 %
<i>Delar av uppföljningstiden</i>	4	20 %
<i>Hela uppföljningstiden</i>	10	50 %
Antal tidigare depressionsepisoder		
<i>Ingen</i>	5	25 %
<i>En - två</i>	3	15 %
<i>≥ Tre</i>	11	55 %
<i>Okänt</i>	1	5 %

65 procent av deltagarna uppgav i telefonintervjun att de under indexepisoden behandlats både farmakologiskt och med samtal. Andelen som uppgav att de mottagit enbart farmakologisk

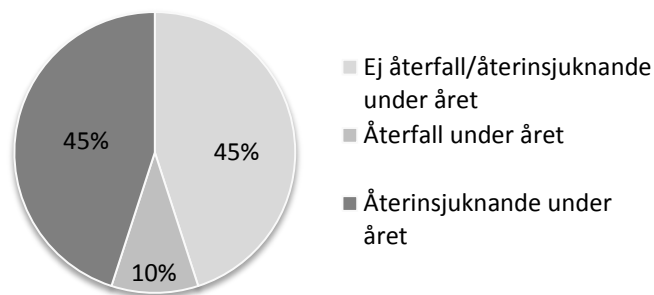
behandling eller enbart samtalsbehandling var 20 procent respektive 15 procent. Då uppgifterna baserades på deltagarnas egna redogörelser och dessutom var retrospektiv var det inte möjligt att närmare specificera vilken behandlingsform deltagarna erhållit. Utöver detta skulle en indelning av olika behandlingsformer inte vara meningsfull då deltagarantalet var för litet.

Bland de sammanlagt 85 procent som i någon utsträckning mottagit farmakologisk behandling var denna vid intervjutillfället fortfarande pågående hos tio individer, vilket innebär att 50 procent av hela stickprovet fick underhållningsbehandling under hela uppföljningstiden. Ytterligare 20 procent fick farmakologisk underhållsbehandling efter tillfrisknandet, men hade någon gång under året avslutat denna. Detta innebär sammantaget att 14 personer, eller 70 procent av stickprovet, fick någon form av farmakologisk underhållsbehandling under uppföljningstiden.

En majoritet av deltagarna hade upplevt tre eller fler tidigare depressionsepisoder i livet. För fem deltagare var indexepisoden deras första depressionsepisod i livet. En person kunde inte uppge antalet tidigare depressionsepisoder i livet.

Frekvensen återfall och återinsjuknande

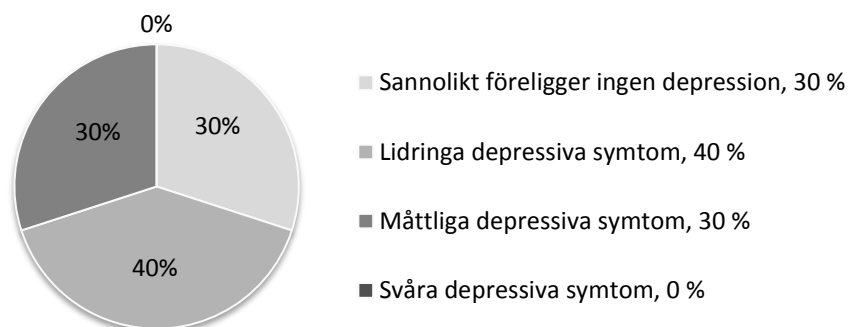
Sammantaget hade drygt hälften, eller 55 procent, av deltagarna återfallit eller återinsjuknat under det år som gått efter indexepisoden (figur 3). Av dessa hade tio procent drabbats av ett återfall och 45 procent av ett återinsjuknande. 45 procent av deltagarna hade vid tiden för telefonintervjun inte drabbats av varken något återfall eller återinsjuknande sedan indexepisoden.



Figur 3. Återfall och återinsjuknande hos deltagarna sedan indexepisoden.

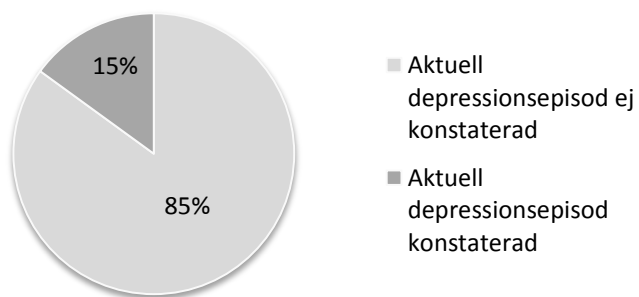
Aktuell symptom- och sjukdomsbild

Depressiva symptom. I figur 4 redovisas resultatet av deltagarnas självskattningar på MADRS-S. Som går att utläsa av figuren uppvisar 30 procent så pass milda symptom att de sannolikt inte lider av någon depression. Resterande 70 procent uppvisar lindriga eller måttliga depressiva symptom. Inga deltagare uppvisar svåra depressiva symptom.



Figur 4. Förekomst av depressiva symptom hos deltagarna enligt MADRS-S.

Egentlig depression. 15 procent av deltagarna uppfyllde vid intervju tillfället diagnoskriterierna för egentlig depression enligt SCID-I och 85 procent uppfyllde inte diagnoskriterierna (figur 5).



Figur 5. Förekomst av aktuell depression hos deltagarna enligt SCID-I.

Skillnad mellan förekomst av depressionssymtom och egentlig depression. För att undersöka om skillnaden mellan förekomst av depressiva symptom och förekomst av aktuell

egentlig depression är större än man kunde förvänta sig av slumpen genomfördes en signifikanstestning med Fisher's exact test. Som kan utläsas ur tabell 2 uppvisade samtliga personer som diagnosticerades med depression enligt SCID-I även någon grad av depressiva symtom enligt MADRS-S. Elva personer uppvisade depressiva symtom enligt MADRS-S trots att de inte uppfyllde kriterierna för egentlig depression medan sex personer varken uppvisade några symtom eller diagnosticerades med aktuell depression vid intervjutillfället. Signifikanstestningen resulterade i ett icke-signifikant resultat med en så gott som medelstark effektstorlek ($p = 0,52$, $\phi = 0,28$).

Tabell 2. Deltagarnas fördelning avseende förekomst av aktuell depressiondiagnos enligt SCID-I i relation till förekomst av symtom enligt MADRS-S.

	Ingen förekomst av symtom enligt MADRS-S	Förekomst av symtom enligt MADRS-S	Total
Aktuell depression enligt SCID-I			
<i>Ja</i>	0	3	3
<i>Nej</i>	6	11	17
<i>Total</i>	6	14	20

Riskfaktorer för återfall och återinsjuknande i depression

För att undersöka skillnad i ålder och ålder vid sjukdomsdebut hos de deltagare som hade återfallit eller återinsjuknat och de som inte hade återfallit eller återinsjuknat genomfördes ett t -test för oberoende stickprov. Ingen signifikant skillnad hittades vad gäller ålder, $t(18) = 0,24$, $p = 0,81$, $d = 0,11$. Deltagarna i studien som hade upplevt ett återfall eller återinsjuknande sedan indexepisoden tenderade dock att ha haft en tidigare sjukdomsdebut än de deltagare som inte hade upplevt något återfall eller återinsjuknande sedan indexepisoden. Men inte heller detta resultat var signifikant, $t(18) = 1,47$, $p = 0,16$, $d = 0,66$. Denna analys uppvisade emellertid en medelstark effektstorlek.

Fisher's exact test användes för att undersöka skillnader mellan män och kvinnor avseende risken för återfall eller återinsjuknande inom ett år efter indexepisoden. Det gick i denna analys inte att påvisa någon statistiskt signifikant skillnad ($p = 0,57$, $\phi = 0,18$). En större andel av de som återföll eller återinsjuknande hade en sysselsättning än de som inte återföll eller återinsjuknande. Detta resultat var emellertid inte signifikant ($p = 0,36$, $\phi = 0,29$).

Effektstorleken för den sistnämnda analysen var dock så gott som medelstark. Flertalet personer

som i studien visade sig ha återfallit eller återinsjuknat sedan indexepisoden hade även upplevt ett större antal tidigare depressionsepisoder. Även om effektstorleken för denna analys var stark var resultatet emellertid inte signifikant ($p = 0,14$, $\phi = 0,48$).

Diskussion

Resultatdiskussion

Frekvensen återfall och återinsjuknande. Studiens primära syfte var att undersöka den relativa frekvensen återfall och återinsjuknande hos personer behandlade för depression för ett år sedan. Resultet visar att 55 procent av deltagarna i studien har återfallit eller återinsjuknat under det år som har följt på indexepisoden fram till studiens genomförande. Siffran stämmer väl överens med tidigare forskning där man påvisat att många drabbas av återfall eller återinsjuknande relativt tidigt efter avslutad behandling (Mueller m fl., 1999). Det visade sig dock att 70 procent av deltagarna i studien hade fortsatt någon form av farmakologisk behandling efter avslutet. Föreliggande studie ger således inget svar på hur stor andel av deltagarna som hade återfallit eller återinsjuknat helt utan underhållsbehandling. Det är dock rimligt att förvänta sig att en ännu större andel av deltagarna hade återfallit eller återinsjuknat om de inte mottagit denna fortsatta behandling. Utöver detta är det från tidigare forskning känt att telefonintervjuer riskerar att resultera i underdiagnosticering i jämförelse med diagnosticering ansikte mot ansikte (Cacciola m fl., 1999). Dessa båda faktorer torde innebära att studiens resultat avseende frekvensen återfall/återinsjuknanden bland deltagarna är i underkant och sannolikt hade varit ännu högre om begreppet återställdhet och avslut i samtyckte hade definierats som fullständig avsaknad av fortsatta behandlingsinsatser samt om intervjuerna genomförts ansikte mot ansikte.

Oavsett detta ligger återfalls-/återinsjuknandefrekvensen i föreliggande studie i linje med tidigare forskning där man funnit att mellan 29 och 60 procent återfaller eller återinsjuknar inom ett år efter behandlingsavslut beroende på vilken typ av behandling de fått. De allra flesta, eller 65 procent, av deltagarna i studien behandlades med både psykofarmaka och samtal vid tiden för indexepisoden. Antalet studier där man undersökt frekvensen återfall/återinsjuknade efter sådana kombinationsbehandlingar är färre än de studier där man undersökt frekvensen återfall/återinsjuknande i efterförloppet av antingen medicinsk eller psykoterapeutisk behandling,

men Vittengl m fl. (2007) fann i en metaanalys att resultatet för dessa kombinationsbehandlingar inte var bättre avseende mängden återfall/återinsjuknande än KBT ensamt.

Studien har heller inte tagit hänsyn till formen eller omfattningen av den samtalsbehandling eller medicinering deltagarna fick under indexepisoden. Informationen om detta baseras dessutom enbart på deltagarnas egna redogörelser under intervjun. Dessa faktorer samt det faktum att flertalet fortsatt i behandling efter att de avslutat i samtycke gör det sammantaget svårt att uttala sig om vilken inverkan behandlingen under indexepisoden hade på frekvensen återfall/återinsjuknande.

Aktuell symtom- och sjukdomsbild. Studien avsåg också att undersöka gruppens aktuella mående med avseende på depressiva symtom och egentlig depression. Resultatet visar att 15 procent av deltagarna uppfyllde kriterierna för egentlig depression vid tiden för telefonintervjun. Detta är en något högre siffra än de fyra till tio procent som anges avseende förekomst av depression för en given tidpunkt i normalbefolkningen (Kessler m fl., 2003). Däremot uppvisade så mycket som 70 procent av deltagarna lindriga eller måttliga depressiva symtom på MADRS-S. Även om det inte påvisades någon signifikant skillnad mellan andelen som fick diagnosen egentlig depression och andelen som uppvisade depressiva symtom på MADRS-S var effektstorleken i denna analys så gott som medelstark. Hade studien haft fler deltagare hade därför också skillnaden de båda grupperna emellan mycket väl kunnat ha visat sig vara statistiskt signifikant.

Även om skillnaden inte visat sig vara signifikant tyder resultaten av deltagarnas självskattningar på MADRS-S att de allra flesta av de som medverkade i studien inte är symtomfria, vilket det kan framstå som om man enbart tar hänsyn till hur många som uppfyller diagnosen egentlig depression enligt SCID-I. En orsak till att denna skillnad återfinns är sannolikt att MADRS-S enbart ber den svarande att utgå ifrån de tre senaste dagarna vid ifyllande av formuläret, däremot krävs minst två veckor av ihållande symtom för att få diagnosen egentlig depression enligt SCID-I.

Riskfaktorer för återfall och återinsjuknande. Slutligen syftade studien till att undersöka skillnader mellan den grupp som har återfallit/återinsjuknat och den grupp som inte gjort det med avseende på kön, ålder, debutålder, sysselsättning och antal tidigare depressionsepisoder. Dataanalysen visar att inga signifikanta skillnader återfinns mellan de som har återfallit/återinsjuknat och de som inte har återfallit/återinsjuknat avseende ålder. Detta

resultat är i linje med den uppställda forskningshypotesen. Det gick inte heller att påvisa någon signifikant skillnad mellan de som hade återfallit eller återinsjuknat och de som inte hade återfallit eller återinsjuknat vad gäller ålder för sjukdomsdebut. Forskningshypotesen gällande debutålder var att en yngre debutålder skulle vara förknippat med högre risk för återfall eller återinsjuknande. Även om resultatet inte var signifikant hade de som återfallit/återinsjuknat sedan indexepisoden emellertid i allmänhet debuterat tidigare. Den medelstarka effektstorleken indikerar även att om studien haft ett större antal deltagare hade resultatet kunnat ha visat sig vara statistisk signifikant. Samtidigt skedde i denna analys inte någon kontroll för antalet tidigare depressionsepisoder, en faktor som har ett välkänt samband med risken för återfall och återinsjuknande. Individer som insjuknar tidigt i ålder har också ofta drabbats av flera episoder vilket gör det svårt att avgöra om det är debutålder, tidigare antal depressionsepisoder eller båda två faktorerna som påverkar risken för återfall och återinsjuknande.

I överensstämmelse med studiens forskningshypotes påvisades ingen signifikant skillnad mellan könen avseende risken för återfall/återinsjuknande. Resultatet ligger huvudsakligen i linje med tidigare forskningsresultat avseende det biologiska könets sammankoppling med risken för återfall och återinsjuknande. Kuehner (2003) menar dock att kvinnor löper större risk för återfall. För att utröna detta skulle det dock krävas en undersökning mer specifikt inriktad på att undersöka enbart återfall vilket inte är fallet i föreliggande studie. Det finns även de som menar att kvinnor faktiskt löper större risk att drabbas av återfall/återinsjuknande men att skillnaden först blir synlig efter flera års uppföljning (Mueller m fl., 1999). Då uppföljningstiden i denna studie enbart var ett år ges dock inget svar gällande denna fråga. Slutligen är det värt att notera att det enbart ingick tre män i föreliggande studie, något som gör att resultatet avseende det biologiska könets inverkan på återfall/återinsjuknande måste tolkas med försiktighet.

Studien fann ej att ett större antal tidigare depressionsepisoder hade något signifikant samband med ökad risk för återfall eller återinsjuknande. Effektstorleken var emellertid stark vilket gör att det är troligt att ett sådant samband ändå existerar men att det skulle behövas ett större antal deltagare i studien för att påvisa det. Tidigare depressionsepisoder är sedan tidigare en välkänd riskfaktor för återfall och återinsjuknande i depression (Burcusa & Iacono, 2007; Mueller m fl., 1999; Solomon m fl., 2000).

Personer som saknade sysselsättning vid tiden för indexepisodens avslut återföll eller återinsjuknande i föreliggande studie inte i någon signifikant högre eller lägre

utsträckning än de som hade någon form av sysselsättning. Effektstorleken för denna analys var så gott som medelstark. Resultatet pekade dock i en överraskande riktning, det var fler personer i gruppen som återföll eller återinsjuknade som hade en sysselsättning än bland de som inte återföll eller återinsjuknade. Studiens forskningshypotes var den motsatta, avsaknad av sysselsättning förväntades vara förknippat med större risk för återfall eller återinsjuknade.

Metoddiskussion

Fördelen med den rekryteringsprocess som användes är att den möjliggjorde kontakttagande med ett stort antal individer samt att den gav möjlighet till informerat samtycke. Valet av vilka månader för avslutad behandling som definierar urvalsgruppen kan också ses som slumpmässig på så sätt att de utgör de månader som ligger ett år bak i tiden i förhållande till när studien skulle genomföras. Dock kan så kallade historieeffekter ha påverkat urvalsgruppen eftersom den är begränsad till att gälla personer som varit deprimerade vintertid för att sedan avsluta sin behandling i början av våren. För att kunna genomföra studien fanns det dock inte möjlighet att ta hänsyn till denna faktor.

Risken finns också att tillvägagångssättet har genererat ett snedvridet urval som inte är representativt för den population studien avsåg att generalisera till. Först och främst påverkas detta av att svarsfrekvensen var låg då endast knappt 14 procent av den ursprungliga urvalsgruppen slutligen intervjuades och inkluderades som deltagare i den statistiska analysen. Även om en låg svarsfrekvens var att förvänta utifrån gruppens karaktäristika så innebär självklart det låga deltagarantalet att risken för att stickprovet inte representerar den bakomliggande gruppen ökar. Vidare bygger designen på ett jasägarurval där endast de som ger sitt medgivande blir en del av studien. Detta medför att det föreligger en risk att de som ställer upp i studien delar vissa karaktäristika som inte är representativa för urvalsgruppen som helhet.

För att kunna delta i studien förutsätts bland annat att deltagen behärskar det svenska språket så pass väl att denne förmår ta till sig den information som finns i informationsbrevet, samt kan fylla i medgivandeblanketten och MARDS-S. Det finns därför en risk att personer med utländsk bakgrund inte väljer att delta på grund av språksvårigheter. Bortfallsanalysen visar också mycket riktigt att det föreligger en stark tendens till att personer med svensk-klingade namn är överrepresenterade i stickprovet. Det är också rimligt att tänka sig att personer som för tillfället mår mycket dåligt väljer att avstå eftersom de inte har den ork och energi som krävs för

att fylla i enkäter och blanketter, posta dem och dessutom vara med i en telefonintervju. Man kan även tänka sig att individer som tvärtom mår bra inte ser någon vinning i att vara med i projektet. Bortfallsanalysen visar inga signifikanta skillnader mellan de som valde att ställa upp gentemot de som avstod vad gäller de diagnoser de hade under indexepisoden. Det fanns dock en tendens till signifikant fler personer med måttliga depressioner bland de som deltog och signifikant fler personer med svåra och ospecificerade diagnoser bland de som inte deltog. Värt att notera är att denna analys baseras på de diagnoser personerna hade under indexepisoden, vilka diagnoser de har i nuläget och eventuella skillnader mellan de som deltog och inte deltog gällande detta framgår ej. Bortfallsanalysen visar även att deltagarna var signifikant äldre än de som inte valde att delta. Det finns också en stark tendens som tyder på att en större andel kvinnor återfinns bland deltagargruppen. Dessa resultat indikerar att stickprovet inte till fullo är representativt för den bakomliggande populationen.

Ytterligare en metodologisk brist i studien är den diagnosticering som skett av alla andra episoder än den aktuella samt indexepisoden är retrospektiv. Det kan vara svårt för en person att i efterhand minnas hur symtombilden såg ut vid en specifik period under det gångna året eller tidigare i livet och det finns en risk att personer som genomgått flera episoder blandar ihop dessa. Likadant är det rimligt att tänka sig att personernas redogörelser under telefonintervjun färgas av deras aktuella mående. Det är också sedan tidigare känt att intervjuer via telefon medför en risk för underdiagnosticering med SCID-I (Cacciola m fl., 1999). Alla dessa felkällor medför att tillförlitligheten i diagnosticeringen sjunker. En styrka i designen är dock att diagnosticeringen skedde med det semistrukturerade verktyget SCID-I vars interbedömmarrelabilitet bedöms vara god (Lobbestael, Leurgans & Arntz, 2011).

En problematisk begreppsoperationalisering som användes var den för återställdhet vilken definierades som att en behandling avslutats i samtycke mellan patient och behandlare. Dessa två begrepp visade sig inte vara helt överrensstämmande bland annat då några av de som kontaktades via telefon inte kände igen sig i beskrivningen av att ha varit deprimerad och tillfrisknat under våren 2011. Dessa personer exkluderades från studien. Andra deltagare kände å andra sidan igen sig i beskrivningen att de under den aktuella perioden varit deprimerade och hade avslutat en behandling men berättade samtidigt att de trots detta inte kände sig återställda vid tidpunkten. Denna information talar för en osäkerhet kring hur väl termen ”återställd” stämmer in på stickprovets deltagare. Författarna har dock valt att utgå ifrån behandlarens

bedömning, både i fall av diagnosticering av indexepisoden samt gällande att behandlingens avslut sammanföll med patientens tillfrisknande.

Avslutningsvis innebär det låga deltagarantalet att kvaliteten i den statistiska analysen är påverkad. Att stickprovet är litet innebär framför allt en ökad risk för typ II-fel, vilket medför att somliga uppmätta, icke statistiskt säkerställda, skillnader eventuellt skulle visa sig signifikanta i studier med större stickprov.

Etiska överväganden

För att säkerställa ett etiskt tillvägagångssätt månades om att deltagarna i studien skulle ha tillgång till tydlig information om studiens syfte och utformning innan de behövde ta ställning till om de ville delta eller inte. Deltagandet var helt frivilligt och den enskilde deltagaren hade när som helst möjlighet att avbryta studien utan att behöva ange någon anledning. Av samma skäl inhämtades skriftligt samtycke från samtliga deltagare och deltagarnas sekretess upprätthölls under både genomförande och databearbetning. Studiens förfarande godkändes av Etikprövningsnämnden i Lund.

Trots försöken att värna om urvalsgruppens integritet medförde rekryteringsprocessen en ofrånkomlig risk att individerna upplevde ett integritetsintrång eftersom författarna tagit del av privat information gällande dem från besöksregistret innan de haft chansen att ge sitt medgivande. Detta tillvägagångssätt var dock oundvikligt eftersom registersökningen var en förutsättning för att identifiera urvalsgruppen. Målsättningen var emellertid att minimera den information författarna tog del av gällande deltagarna innan de gett sitt medgivande. Därför inhämtades enbart information om att de uppfyllde kraven för att delta i studien samt deras kontaktuppgifter ur registret. Övrig datainsamling byggde på den information deltagaren frivilligt valde att dela med sig.

Vidare kan det ha upplevts som jobbigt för vissa personer att bli ombedda att prata om sitt mående. Denna risk bedömdes dock som relativt liten i förhållande till de vinster som studien kunde ge, både genom att till exempel upptäcka obehandlad psykisk ohälsa men också genom en ökad kunskap och förståelse för sjukdomsförloppet vid depression.

Framtida forskning

Då den forskning som i dagsläget finns kring återfall och återinsjuknande i depression är bristande i sin omfattning, framför allt gällande en svensk kontext, är den aktuella studien viktig trots sina tillkortakommanden. Behovet av både utvärdering av psykiatrins verksamhet samt av förbättrad kunskap öppnar dock upp för ytterligare forskning på området.

För att öka tillförlitligheten i data genom att undvika retrospektiv diagnosticering och informationsinhämtning efterfrågas longitudinella studier där kontinuerlig uppföljning av depressionspatienter sker redan från tidpunkten för återställdhet. En sådan typ av design skulle också göra det möjligt att undersöka hur residualsymtom påverkar risken för återfall och återinsjuknande, något som inte var möjligt i denna studie då en retrospektiv uppskattning av dessa skulle bli alltför godtycklig. En studie av sådant slag skulle kunna öka kvaliteten i insamlad data gällande behandlingsform- och upplägg samt underhållsbehandling, aspekter som i denna studie inte gått att kontrollera och därför istället verkar som confoundings.

Vidare vore det önskvärt att i framtiden genomföra liknande studier med ett större stickprov, i syfte att undkomma risken för typ II-fel. Även en högre svarsfrekvens är eftersträvanvärt men tyvärr svårt att uppnå bland denna typ av urvalsgrupp. Möjligen skulle en studie av longitudinellt slag kunna höja motivationen hos patienterna att ställa upp om en arbetsallians får chans att byggas upp mellan forskare och deltagare. Ett annat tänkbart sätt att motivera personerna i urvalsgruppen att ställa upp och på så sätt öka svarsfrekvensen är genom att erbjuda en mindre ersättning i form av en presentcheck. Att utföra sedvanliga intervjuer istället för telefonintervjuer kan också vara ett tänkbart sätt att öka svarsfrekvensen och samtidigt förbättra exaktheten i datainsamlingen. Förändringar som dessa skulle emellertid kräva betydligt större resurser tidmässigt och ekonomiskt än vad som fanns att tillgå i föreliggande studie.

För framtida undersökningar kan det också finnas en vinning i att använda ytterligare instrument vid datainsamlingen för att kontrollera för att resultaten inte är beroende av egenskaper hos de olika mätinstrumenten. Vidare efterfrågas normdata för MADRS-S, ett inom forskningsvärden mycket ofta använt självskattningsinstrument för utvärdering av depressiva symtom. Till instrumentet saknas dock både normdata för normalpopulationen samt enighet kring vilka gränsvärden som gäller för symtomens olika allvarlighetsgrader.

Den forskning som avser följa upp depressionspatienter kretsar i dagsläget huvudsakligen kring återfall och återinsjuknande samt riskfaktorer för detta. Som denna studie antyder tycks

dock depressiva symtom vara frekvent förekommande även i de fall då patienterna inte uppfyller kriterierna för depression. Avslutningsvis efterfrågas därför studier som fokuserar på före detta depressionspatienters aktuella mående i jämförelse med en normalpopulation snarare än endast förekomst av depressionsdiagnos.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders; DSM-IV-TR* (4 uppl.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2010). Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder (3 uppl.). *American Journal of Psychiatry*, 167(10), doi:10.1176/appi.books.9780890423387.654001
- Andrews, G., Slade, T. & Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5. doi:10.1192/bjp.174.1.3
- Bockting, C. L. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Wouters, L. F., Visser, I., Schene, A. H. & the DELTA study group. (2006). Differential predictors of response to preventive cognitive therapy in recurrent depression: A 2-year prospective study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 229–236. doi:10.1159/000092893
- Boland, R. J. & Keller, M. B. (2009). Course and outcome of depression. In Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (Red.), *Handbook of depression* (2 uppl., ss. 23-43). New York: The Guilford Press.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Rouget, W. B., Gex-Fabry, M., McQuillan, A., Dupont-Willemin, A., Aubry, J.-M. & Nguyen, C. (2010). Self- and clinician-rated Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale: Evaluation in clinical practice. *Journal of Affective Disorders*, 121, 268-272. doi:10.1016/j.jad.2009.06.037
- Borg, E. & Westerlund, J. (2006). *Statistik för beteendevetare* (2 uppl.). Stockholm: Liber.
- Burcusa, S. L. & Iacono, W.G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27, 959–985. doi:10.1016/j.cpr.2007.02.005
- Cheniaux, E., Landeira-Fernandez, J. & Versiani, M. (2009). The Diagnoses of schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder and unipolar depression: Interrater reliability and congruence between DSM-IV and ICD-10. *Psychopathology*, 42, 293-298. doi:10.1159/000228838
- Cacciola, J. S., Alterman, A. I., Rutherford, J. R., McKay, J. R. & Janssen May, D. (1999). Comparability of telephone and in-person Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) Diagnoses. *Assessment*, 6(3), 235-242. doi: 10.1177/107319119900600304

- Carlbring, P. & Hanell, Å. (2007). *Ingen panik: Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi*. Falkenberg: Natur & Kultur.
- Conradi, H. J., de Jonge, P. & Ormel, J. (2008). Prediction of the three-year course of recurrent depression in primary care patients: Different risk factors for different outcomes. *Journal of Affective Disorders, 105*, 267–271. doi:10.1016/j.jad.2007.04.017
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ... Gollan, J. K. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 468-477. doi:10.1037/0022-006X.76.3.468
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators Scientific Committee. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*(420), 21-27.
- Evans, M., Kessler, D., Lewis, G., Peters, T. J. & Sharp, D. (2004). Assessing mental health in primary care research using standardized scales: Can it be carried out over the telephone? *Psychological Medicine, 34*, 157–162. doi:10.1017/S003329170300805
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3 uppl.)*. London: SAGE publications Ltd.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. & Benjamin, L. S. (1999). *Handbok SCID-I och SCID-II för DSM-IV (J. Herlofson, Övers.)*. Kristianstad: Pilgrim Press.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (1998). *SCID-I, Klinisk version, Intervjumanual (J. Herlofson, Övers.)*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Frank, E., Prien, R., Jarrett, R., Keller, M., Kupfer, D., Lavori, P., ... Weissman, M. M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of General Psychiatry, 48*, 851-855.
- Geddes, J. R., Carney, S. M., Davies, C., Furukawa, T. A., Kupfer, D. J., Frank, E. & Goodwin, G. M. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: A systematic review. *Lancet, 361*, 653–651.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders, 49*, 59-72.

- Glue, P., Rocco Donovan, M., Kolluri, S. & Emir, B. (2010). Meta-analysis of relapse prevention antidepressant trials in depressive disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 697–705.
- Gotlib, I. H. & Hammen, C. L. (2009). Introduction. In Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (red.), *Handbook of depression* (2 uppl., ss. 1-2). New York: The Guilford Press.
- Hagnell, O., Essen-Möller, E., Lanke, J., Öjesjö, L. & Rorsman, B. (1990). *The incidence of mental illness over a quarter of a century*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105.
- Krishnan, V. & Nestler, E. J. (2010). Linking molecules to mood: New insight into the biology of depression. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1305–1320.
doi:10.1176/appi.ajp.2009.10030434
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 163–174.
- Leader, J. B. & Klein, D. N. (1996). Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression. *Journal of Affective Disorders*, 37, 91-101.
- Lee, S., Tsang, A., Mak, A., Lee, A., Lau, L. & Ng, K. L. (2010). Concordance between telephone survey classification and face-to-face interview diagnosis of one-year major depressive episode in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders*, 126, 155–160.
doi:10.1016/j.jad.2010.03.02
- Leon, A. C., Solomon, D. A., Mueller, T. I., Turvey, C. L., Endicott, J. & Keller, M. B. (1999). The range of impaired functioning tool (LIFE-RIFT): A brief measure of functional impairment. *Psychological Medicine*, 29, 869-878.
- Lobbetael, J., Leurgans, M. & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I) and axis II disorders (SCID-II). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 75-79. doi:10.1002/cpp.693
- Lowry, R. (u.å.). Hämtat 19 april 2012 från <http://vassarstats.net/fisher2x3.html>.

- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W., ... Maser, J. D. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1000-1006.
- Nierenberg, A. A., Petersen, T. J. & Alpert, J. E. (2003). Prevention of relapse and recurrence in depression: The role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 13-17.
- Norinder A., Nordling S. & Häggström L. (2000). Depressionsbehandling och kostnadseffektivitet: Priset per tablett dålig indikator i ett samhällsekonomiskt perspektiv. *Läkartidningen*, 14(97), 1693-1700.
- Ottosson, J-O. (2009). *Psykiatri* (7 uppl.). Stockholm: Liber.
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual* (4 uppl.). Maidenhead: Open University Press.
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (u.å.). *Psykiatrikoder*. Hämtat 22 februari 2012 från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder/psykiatrikoder>
- Solomon, D., Keller, M., Leon, A., Mueller, T., Lavori, P., Shea, M. T., ... Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 229-233. doi:10.1176/appi.ajp.157.2.229
- Solomon, D., Leon, A., Endicott, J., Mueller, T., Coryell, W., Shea, T. & Keller, M. B. (2004). Psychosocial impairment and recurrence of major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 45(6), 423-430. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.002
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar: en systematisk litteraturöversikt* (vol. 1). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Svanborg, P. & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 21-28.
- Svanborg, P. & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 64, 203-216.

- Taylor, D. J., Walters, H. M., Vittengl, J. R., Krebaum, S. & Jarrett, R. B. (2010). Which depressive symptoms remain after response to cognitive therapy of depression and predict relapse and recurrence? *Journal of Affective Disorders*, 123, 181-187.
doi:10.1016/j.jad.2009.08.007
- Wainwright, N. W. J. & Surtees, P. G. (2002). Childhood adversity, gender and depression over the life-course. *Journal of Affective Disorders*, 72, 33-44.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W. & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioural therapy's effects. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 75(3), 475-488.
doi:10.1037/0022-006X.75.3.475
- Vittengl, J. R., Clark, L. A. & Jarrett, R. B. (2009). Deterioration in psychosocial functioning predicts relapse/recurrence after cognitive therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 112, 135–143. doi:10.1016/j.jad.2008.04.004
- Världshälsoorganisationen. (u.å.). *Depression*. Hämtat 22 februari 2012 från
Världshälsoorganisationen:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

Bilaga A: Godkännande från etikprövningsnämnden



Box 133, 221 00 Lund
Avdelning 3
046-222 46 16

PROTOKOLL 2012/2

1(2)

Sammanträde 2012-02-08 kl 13.00–17.15
Konferensrummet, Gula Villan, Botaniska trädgården

NÄRVARANDE

Ledamöter

Ordförande
Göran Staafgård

Ledamöter med vetenskaplig kompetens
Ulf Görman, vetenskaplig sekreterare
Gunilla Albinsson
Dan Egonsson
Maria Hedlund
Bengt Sivberg (deltog ej i beslut § 2 pkt 2 p g a jäv)
Mina O'Dowd
Linus Broström (deltog ej i beslut § 2 pkt p g a jäv)
Katarina Sjöberg
Eduardo Naranjo

Företrädare för allmänna intresse
Ulla-Britt Andersson
Ann Hörnebrant Stuesson
Esmaeil Salehi
Patrik Åkesson
Nihad Pasalic

Övriga närvarande

Administrativ sekreterare
Ann-Marie Kellner

§ 3

utdrag ur protokoll

Övrigt

Dnr 2011/775
Föredragande
Gunilla Albinsson

Punkten 5(från sammanträdet 2012-01-11 § 2 pkt 17)

Forskningshuvudman
Lunds universitet

Forskare som genomför projektet (kontaktperson)
Daiva Daukantaite



Box 133, 221 00 Lund
Avdelning 3
046-222 46 16

PROTOKOLL 2012/2

2(2)

Projekttitel

Uppföljning av patienter behandlade för depression inom öppenvård psykiatri i Region Skåne.

Beslut

Godkänns med den komplettering som inlämnats.

Att utdraget överensstämmer med originalet intygar:


Ann-Marie Kellner
Administrativ sekreterare
046-222 46 16

Exp till:
Daiva Daukantaite

Bilaga B: Informationsbrev



Informationsbrev avseende forskningsprojektet

”Uppföljning av patienter behandlade för depression inom öppenvårdspsykiatri i Region Skåne”

Hej,

Detta är en förfrågan om ditt deltagande i ett forskningsprojekt med personer som tidigare har varit i kontakt med öppenvårdspsykiatri i Region Skåne och där behandlats för depression. Projektet är tänkt att vara en kvalitetsundersökning och syftar till att ta reda på hur vanligt det är drabbas av ytterligare depressionsepisoder efter att man har fått behandling, samt att undersöka olika faktorer som påverkar varför man blir sjuk igen. Huvudman för projektet är Lunds universitet.

Deltagarna i projektet kommer att kontaktas via telefon för att genomföra en telefonintervju. Intervjun beräknas ta ca 30 minuter. Om du inte har tid när vi ringer bokar vi in en annan tid som passar dig. Intervjun innehåller frågor om hur du har mått sedan du fick behandling under 2010 och/eller 2011. Oavsett hur du haft det är ditt svar till nytta för studien. När resultatet sammanställs är du helt anonym och ingen information om dig personligen kommer att framgå, utan alla resultat redovisas för gruppen som helhet. Resultatet kommer att presenteras i form av forskningsrapporter.

Anledningen till att vi kontaktar dig är att du har blivit slumpmässigt utvald eftersom du har behandlats för depression inom Region Skåne. Denna information samt dina kontaktuppgifter och födelsedata kommer från Region Skånes besöksregister. Observera att detta register inte är kopplat till din journal. Vi har inte tagit del av dina journalhandlingar och kommer heller inte att göra det.

Om du väljer att delta i projektet kommer vi från besöksregistret även inhämta information om vilken behandling du fick under 2010 och/eller 2011. Utöver detta bygger projektet på det du väljer att berätta för oss i telefonintervjun.

Vi undrar nu om du skulle vilja delta i detta forskningsprojekt. I detta brev medföljer en samtyckesblankett samt en enkät med nio frågor om hur du mår just nu. Om du är intresserad av att delta i projektet, vänligen fyll i enkäten och underteckna blanketten. Återsänd sedan dessa båda till oss genom att använda det medföljande, frankerade kuvertet **inom 1 vecka**. När vi har fått ditt svar kommer vi inom loppet av några veckor att ringa upp dig för att boka tid för en telefonintervju. Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att behöva ange varför. Om du inte är intresserad av att delta behöver du inte göra någonting.

Vissa upplever det som jobbigt att prata om sitt mående. Vi är medvetna om detta men hoppas ändå att du kan tänka dig att delta. Skulle det under samtalet framkomma att du fortfarande mår dåligt kommer vi att rekommendera dig att söka vård på nytt.

Vill du komma i kontakt med oss för att ställa frågor kring detta projekt kan du nå Olof Johansson på telefonnummer 040-338167 eller via e-post på olof.johansson@psychology.lu.se.

Vi är mycket tacksamma för din hjälp, som vi hoppas kommer kunna leda till att vården i framtiden förbättras.

Vänligen,

Daiva Daukantaité,
Huvudansvarig forskare

Olof Johansson,
Leg. Psykolog

Lisa Haraldsson,
Psykologkandidat

Dan Comstedt,
Psykologkandidat

Bilaga C: Samtyckesblankett

Lunds Universitet
Institutionen för psykologi

Samtyckesblankett

”Uppföljning av patienter behandlade för depression inom öppenvårdspsykiatri i Region Skåne”

Du tillfrågas härmed om du är villig att delta i en studie för att undersöka återfall bland de som fått depressionsbehandling inom Psykiatri Skåne.

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta behandlingen och deltagandet i studien. Deltagande innebär att du blir uppringd och får svara på frågor om ditt hälsotillstånd, samtalet tar ca 30 minuter. Deltagande innebär också att vi kommer använda registerdata för att se vilken typ av behandling du fick på mottagningen.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Svaren kommer att sammanställas statistiskt i avidentifierad form, och presenteras så att enskilda personers svar inte kan spåras. Du kan få en sammanställning av studiens resultat om du så önskar.

Du har enligt 26 § personuppgiftslagen (1998: 204) rätt att gratis, en gång per kalenderår, efter skriftlig undertecknad ansökan ställd till oss, få besked om vilka personuppgifter om dig som vi behandlar och hur vi behandlar dessa. Du har också rätt att enligt 28 § personuppgiftslagen begära rättelse i fråga om personuppgifter som vi behandlar om dig.

Ansvarig för dina personuppgifter blir Lunds Universitet.

Jag samtycker till deltagande i studien och att personuppgifter om mig behandlas i enlighet med ovanstående. Jag har fått information om studien och jag har givits möjlighet att ställa frågor om studien samt fått dem besvarade.

Namn: _____

Ort: _____

Datum: _____

Personnummer: _____

Underskrift: _____

Bilaga D: MADRS-S (efter original framtaget av Svanborg och Åsberg, 1994). PUBLICERAS
EJ ELEKTRONISKT

Bilaga E: Påminnelsebrev



Påminnelsebrev avseende forskningsprojektet

”Uppföljning av patienter behandlade för depression inom öppenvårdspsykiatri i Region Skåne”

Hej,

För ungefär en vecka sedan fick du ett brev där du erbjöds att delta i forskningsprojektet ”uppföljning av patienter behandlade för depression inom öppenvårdspsykiatri i Region Skåne”. Om du är intresserad av att delta i projektet vänligen skicka in ifylld samtyckesblankett samt enkäten depressionssymtom till oss så snart som möjligt.

Ditt deltagande är mycket betydelsefullt och utgör ett viktigt bidrag till kunskapen kring depression och återfall.

Vill du komma i kontakt med oss för att ställa frågor kring detta projekt kan du nå Olof Johansson på telefonnummer 040-338167 eller e-post olof.johansson@psychology.lu.se.

Vänligen,

Daiva Daukantaitė

Huvudansvarig forskare

Olof Johansson,
Leg. Psykolog

Lisa Haraldsson,
Psykologkandidat

Dan Comstedt,
Psykologkandidat

Bilaga F: SCID-I för egentlig depressionsepisod i svensk översättning (First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1998). PUBLICERAS EJ ELEKTRONISKT

Bilaga G: Formulär för intervjuförfarandet

Intervjuförfarande vid telefonintervjuer

Identifikationskod: _____ Uppringd: _____
Kön: _____ Tid för intervju: _____
Födelseår: _____ Intervju genomförd: _____

Första kontakten

Hej, mitt namn är XX och jag arbetar med forskningsprojektet ”uppföljning av patienter behandlade för depression inom öppenvårdspsykiatri i Region Skåne”. Jag ringer dig med anledning av att du har skickat in en svarsblankett där du gått med på att genomföra en telefonintervju. Stämmer det?

Har du tid att genomföra intervjun nu? (Om nej: boka tid.)

Inledning av intervjun

Jag tänkte börja med att berätta för dig om hur denna intervju kommer att gå till. Jag kommer att ställa en del frågor till dig och du får svara så gott du kan. Intervjun brukar ta ungefär 30 minuter men det varierar mycket från intervju till intervju. Dina svar kommer att skyddas av sekretess vilket innebär att de inte kommer att kunna kopplas till dig som person. Om du tycker att frågorna känns jobbiga och därför känner att du vill avsluta intervjun är det bara att säga till. Har du några frågor innan vi börjar?

Demografisk fakta

Vad jag har förstått avslutade du en behandling för depression i början av förra året. Stämmer det?

Hade du något arbete i samband med att du avslutade din behandling?

Om ja: antal %

Om nej: varför inte?

Sysselsättning i samband med behandlingsavslut:

Arbetande: _____% Pensionär

Arbetslös Studerande

Sjukskrivna Annat: _____

Hade du någon partner i samband med att behandlingen avslutades?

Om ja: var du gift/bodde ni tillsammans?

Om nej: har du varit gift tidigare?

Civilstånd i samband med behandlingsavslut:

Ensamstående Skild

I en parrelation Änka/änkling

Sambo Annat: _____

Gift

Behandling

Nu skulle jag vilja veta om du kommer ihåg vilken typ av behandling du fick då du behandlades för depression för ett år sedan?

Om medicin: När avslutades medicineringen?

Har du fått någon ytterligare behandling för din nedstämdhet sedan dess?

SCID-I

1. Gör SCID-I utifrån den aktuella situationen. (Om depression konstateras, utgå från denna episod i resterande delar av intervjun)
2. Fråga om det funnits någon (annan) period med nedstämdhet under det senaste året. Ställ frågorna i SCID-I om en episod inte redan konstaterats. Fråga när den första perioden efter tillfrisknandet 2011 ägde rum.
3. Fråga om det funnit någon annan period med nedstämdhet i patientens liv innan behandlingen 2010/2011. Om ingen period redan är konstaterad, kartlägg eventuella perioder utifrån SCID-I. Koda utifrån den värsta.

Aktuell depression:

JA

NEJ

Ny episod sedan 2011:

JA

Om ja, tid för denna: _____

NEJ

Antal depressionsepisoder innan 2011:

Ålder vid sjukdomsdebuten:

Poäng på MADRS-S:

Tack för din medverkan!