



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

**Uppföljning av patienter behandlade för depression  
inom rehabiliteringsgarantin, Primärvården, Region Skåne, i termer av  
antalet återfall efter avslutad behandling samt om tidigare  
depressionsepisoder och socialt stöd kan predicera återfall i depression.**

**Christina Bengmark & Kerstin Haging**

Psykoterapeutsexamensuppsats, VT 2015

Handledare: Daiva Daukantaitė  
Handledare: Olof Johansson  
Examinator: Gisela Priebe

## Sammanfattning

Syftet med den här studien var att undersöka återfallsfrekvensen i depression under påföljande sex månader efter avslutad behandling, hos personer som nyligen avslutat en depressionsbehandling inom rehabiliteringsgarantin, Primärvården, Region Skåne, samt att undersöka om antalet depressionsepisoder och socialt stöd kan predicera återfall i depression. 50 personer deltog i studien. Via det diagnostiska instrumentet M.I.N.I. fastställdes att personen haft en depression, antalet depressionsepisoder, att personen inte hade en pågående depression, att personen ej hade ett pågående alkoholberoende eller missbruk samt ej var suicidal. Fastställande av personens depressionsdiagnos och eventuell suicidalitet gjordes även via MADRS-S. Personens sociala stöd kartlades genom mätinstrumentet SS-13. Deltagarna följdes under den påföljande sex-månaders perioden genom att de varannan månad via internet fyllde i självskattningsformuläret MADRS- S samt även SS-13 vid den avslutande sex-månaders uppföljningen. Studien visade att 36 % återföll i depression och att återfallsfrekvensen var signifikant högre för kvinnor (44 %) än för män (14 %) och att vare sig antal tidigare depressionsepisoder eller socialt stöd var prediktorer för återfall i depression. På grund av den höga återfallsfrekvensen är det viktigt att identifiera de personer som ligger i riskzon för återfall vilket kan göras genom att konstatera förekomsten av residualsymton, enligt denna studie.

Nyckelord: depression, återfall, depressionsepisoder, socialt stöd, M.I.N.I., MADRS-S, SS-13, primärvård.

## Abstract

The aim of this study was to investigate the frequency of relapse in depression during the following six months after completed treatment, for individuals that recently had finished a treatment for depression in rehabiliteringsgarantin, Primary Care, Region Skåne, and to examine if the number of episodes and social support may predict relapse in depression. 50 individuals participated in the study. By the diagnostic instrument M.I.N.I. it was assessed that the individual have had a depression, the number of episodes of depression, that the individual did not have an ongoing depression, that the person did not have an alcohol addiction and not were suicidal. Assessment of the individual's diagnosis of depression and eventual suicidal tendencies was also done by using MADRS-S. The social support of the individual was assessed by using the measuring instrument SS-13. The participants were followed during six months, by every two months via internet completing the selfrating scale MADRS-S as well as SS-13 in the terminative six months follow-up rating. The study proves that 36 % had a relapse in depression and that the rate of relapse was significantly higher for women (44 %) than for men (14 %) and that neither the number of previous episodes of depression nor social support were predictors for relapse in depression. As the rate of relapse in depression is very high it is important to identify persons that have a risk for relapse which can be done by measuring the residual symptoms, according to this study.

Keywords: depression, relapse, episodes of depression, social support, M.I.N.I., MADRS-S, SS-13, primary care.

## **Tack!**

Vi vill tacka våra handledare Daiva Daukantatité och Olof Johansson, för att ni gett inspiration och hjälpt oss att hitta ett hanterbart ämne inom det stora forskningsfält som depression är, samt för att ni varit engagerade och tillgängliga.

Stort tack till Charlie för ovärderlig teknisk support.

Tack till Yngve, Anina och Peter för värdefulla synpunkter och kommentarer.

Vi vill även tacka våra deltagare som genom sin medverkan möjliggjort denna studie.

## **Bakgrund**

### **Inledning**

Depression är en av vår tids största folksjukdomar. Sjukdomen medför ett stort lidande, för de som drabbas och deras anhöriga, och kräver stora samhälleliga resurser.

Enligt WHO beräknas idag 350 miljoner personer i världen lida av depression och inom EU beräknas idag 11 % av medborgarna lida av depression någon gång i sitt liv (WHO – Disorders Management – Mental Health, 2015). WHO bedömer att depression år 2030 kommer att vara den största orsaken till den globala hälsobelastningen. Depression drabbar enligt Kessler m fl. (1994) en av sex män och en av fyra kvinnor under deras livstid. Samhällskostnaden för depression i EU beräknades 2010 vara 92 billioner euro (Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen & Jönsson, 2012). Vad gäller svenska förhållanden så framkommer i en artikel av von Knorring, von Knorring och Waern (2013), att förekomsten av depression vid varje givet tillfälle är 5 – 8 %. En svensk rikstäckande studie visade att var fjärde person som söker hjälp i primärvården lider av depression och ångest (Allgulander & Nilsson, 2003).

Båda författarna arbetar inom primärvården och har stor erfarenhet av patienter med depression. Vad författarna noterat, förutom den höga prevalensen av depression i primärvården, är att patienter med depression ofta ses som en homogen grupp. Depression och återfall i depression skiljer sig dock åt, till exempel i fråga om vad som föregår insjuknande i depression respektive återfall i depression. Detta väckte författarnas intresse av att närmare undersöka ämnet depression och mer specifikt förekomsten av återfall i depression efter avslutad behandling samt några utvalda riksfaktorerers betydelse för återfall i depression.

### **Diagnostik och behandling av depression**

Depression karaktäriseras av en eller flera episoder av sänkt stämningsläge med varierande varaktighet och svårighetsgrad (lindrig, måttlig och svår). För att en person ska diagnostiseras med depression ska enligt DSM-5 minst fem av nio följande symtom ha förelegat under en 2-veckors period; nedstämdhet, intresse/glädjeförlust, viktuppgång eller – nedgång, sömnstörning, psykomotorisk agitation eller hämning, energibrist, värdelöshetskänsla, minskad tanke- eller koncentrationsförmåga samt återkommande tankar på döden. Minst ett av symtomen nedstämdhet eller minskat intresse eller glädje måste föreligga. Depression leder till funktionsnedsättning i form av att personens arbets- och sociala förmåga försämras (APA, 2015).

Depression behandlas vanligen med antidepressiv medicinering och/eller olika typer av psykoterapi, oftast kognitiv beteendeterapi (KBT), eller interpersonell psykoterapi (IPT). Enligt SBU 2004 finns ett starkt stöd för att beteendeterapi, KBT, kognitiv terapi och IPT är effektiva för att behandla lindriga och måttliga depressioner, vilka behandlas i primärvården.

En metastudie jämförde sju vanliga psykoterapiformer vid depression: kognitiv beteendeterapi, (KBT), icke-direktiv stödjande terapi (SUP), beteendeaktivering (BA), psykodynamisk terapi (PDT), problemlösande terapi (PST), interpersonell psykoterapi (IPT) samt social färdighetsträning (SFT). IPT var något mer effektiv och SUP var något mindre effektiv än övriga terapiformer. Även om skillnaderna var signifikanta, var dock effektstorlekarna små, 0.20 för IPT och -0.13 för SUP, vilket gjorde att författarna i studien gjort tolkningen att terapiformerna i stort sett var lika effektiva (Cuijpers, van Straten, van Open & Andersson, 2008). I en annan meta-analys (Barth m fl., 2013) undersöktes på nytt evidensen för de sju psykoterapiformer som undersökts i ovan nämnda meta-analys av Cuijpers m fl. Forskare fann liknande resultat, dock fanns vissa skillnader i effektiviteten, som var mycket små, i likhet med Cuijpers m fl.'s studie. Författarna drog slutsatsen att olika psykoteraeutiska interventioner för depression har jämförbara moderata till stora effekter (Barth m fl., 2013).

### **Återfall i depression**

Även om man till viss del framgångsrikt kan behandla den akuta fasen av depression med läkemedel och/eller psykoterapi så är återfallsfrekvensen hög. Enligt American Psychiatric Association så får minst 50 % som har blivit återställda från en depressionsepisod ett eller flera återfall. Uppskattningsvis så får 80 % av dem som haft två depressionsepisoder ytterligare ett återinsjuknande (American Psychiatric Association, 2000; Kupfer, Frank & Wamhoff; 1996; Post, 1992). Således ökar risken för återinsjuknande för varje ny depressionsepisod, vilket påvisas i en studie av Bockting m fl. (2006). Flera studier har visat att det inte finns några signifikanta skillnader mellan könen när det gäller återfall i depression (Coryelle, Endicott & Keller, 1991; Kovacs, 2001; Lewinsohn, Zeiss & Duncan, 1989).

I forskning om depression och dess sjukdomsförlopp använder sig vanligen forskare av Frank m fl.'s (1991) definition av remission, recovery, relapse och recurrence. Frank m fl. skiljer mellan partiell och full remission. Enligt Frank m fl. innebär partiell remission att personen inte längre uppfyller kriterierna för depression men dock fortfarande uppvisar mer än minimala symtom. Full remission definieras som en kort period, mindre än 8

veckor utan symtom på depression, medan återställdhet/recovery innebär frånvaro av depressiva symtom under minst 8 veckor. Återfall/relapse definieras som full återkomst av depressiva symtom innan personen uppnått återställdhet/recovery och återinsjuknande/recurrence definieras som att personen får en ny depression efter att ha uppnått återställdhet/recovery.

I vissa studier görs ingen åtskillnad mellan återfall och återinsjuknande, begreppet återfall används i båda fallen då det finns begränsade möjligheter att skilja mellan olika typer av återfall. Ett exempel på detta är Holländare (2011) som gör på motsvarande sätt i sin forskning. I den här studien har vi valt att använda oss av Holländares definition.

Svenska studier som belyser frekvens av återfall i depression är få, i synnerhet vad gäller primärvården. I en av de studier som finns (Åkerblad, Bengtsson, von Knorring & Ekelius, 2006), följde författarna under en tvåårsperiod 1031 personer som behandlades för depression i primärvården, i syfte att undersöka hur följsamhet till antidepressiv medicinering påverkade bl. a remission och återfall. Resultatet i studien visade att 34 % hade minst ett återfall under de två åren. Författarna fann dock ingen skillnad i återfall bland deltagarna när det gällde följsamhet och icke följsamhet till medicinering med antidepressiv medicin. (Sertralin). Däremot fann författarna att de deltagare som hade en följsamhet till medicinering med antidepressiva höll sig friska längre, än de deltagare som inte hade följsamhet.

En meta-studie (Gili, Vicens, Roca, Andersen & McMillan, 2014) har undersökt hur effektiva farmakologiska och psykologiska interventioner är när det gäller att förebygga återfall hos personer över 18 år som behandlats för depression i primärvården. Författarna hade ställt upp följande inklusionskriterier för att en studie skulle ingå i meta-studien: deltagarna skulle vara personer som var minst 18 år och som haft en depression eller behandlats för depression inom primärvården, behandlingen som erbjöds skulle bestå av farmakologiska, psykologiska eller psykosociala interventioner, studierna skulle vara randomiserade, kontrollerade studier, kontrollgrupperna skulle utgöras av antingen sedvanlig behandling, väntelista eller placebo och resultatet av studien skulle redovisas i frekvensen av återfall/återinsjuknande i depression. Författarna identifierade 744 studier, men endast 3 studier uppfyllde inklusionskriterierna. Den huvudsakliga orsaken till att så många studier exkluderades var att de inte redovisat sitt resultat i form av frekvens återfall/återinsjuknande i depression. Ingen av de tre studierna som inkluderades visade att en statistisk signifikant överlägsenhet fanns, för någon av interventionerna vad gäller förebyggande av återfall i depression.

## **Riskfaktorer för återfall**

Det finns många enskilda riskfaktorer som har undersökts som möjliga riskfaktorer för återfall i depression såsom stressande livshändelser, sårbarhet på grund av kognitiva faktorer och personlighetsfaktorer som sociotropi/beroende och autonomi/självbestämmande, copingstilar i form av problemfokuserad, emotionsfokuserad och undvikande coping, samt upplevt socialt stöd från familj, vänner och signifikanta andra. (Burcusa & Iacono, 2007). Forskningen har även undersökt sambandet mellan olika faktorer. I en longitudinell, prospektiv studie som gjordes av Backs-Dermott, Dobson och Jones (2009) utvärderades en modell som kan förklara sambandet mellan psykosociala faktorerens betydelse för återfall i depression. Istället för att enbart undersöka en eller två riskfaktorer integrerade de ovan nämnda faktorer för att samtidigt kunna utvärdera deras predicerande betydelse för återfall i depression. Författarna fann att de variabler som signifikant predicerade återfall i depression i den studien framförallt handlade om copingstil, socialt stöd och pågående stressande livshändelser, i synnerhet interpersonella svårigheter, snarare än kognitiva- och personlighetsfaktorer.

Det finns således många olika faktorer som kan påverka återfall i depression. I den här studien har vi valt att närmare undersöka två riskfaktorer som kan predicera återfall, nämligen antal depressionsepisoder och socialt stöd.

Angående betydelsen av antal depressionsepisoder så har man funnit att åtminstone 50 % av de individer som har haft en depressiv episod kommer att få en till inom 10 år. De som har haft två episoder har en 90 % risk att drabbas av ytterligare en episod. Bland individer som har tre eller fler episoder under sin livstid kommer 40 % att få en ny episod inom 15 veckor efter tillfrisknandet från den föregående episoden (Kupfer, Frank & Wamhoff 1997; refererat i Barlow, 2008). Solomon m fl. (2000) fann i en observationsstudie med 10 års uppföljning att antalet episoder under en livstid var signifikant associerade med återfall under den 10-åriga uppföljningsperioden. För varje episod, som ledde till återställdhet ökade risken för återinsjuknande med 16 %. I en liknande studie var motsvarande siffra 18 % (Mueller m fl., 1999).

När det gäller studier angående socialt stöd och risk för återfall i depression finns det motstridiga resultat. En del studier påvisar att socialt stöd är en faktor som har direkt påverkan på risken för återfall medan andra studier visar på motsatsen, det vill säga att det sociala stödet påverkas av återfall (Wade & Kendler, 2000). Annan forskning visar att det finns en gemensam genetisk sårbarhet för både depression och tillgodogörande av socialt stöd, och



därmed medieras sambandet mellan depression och socialt stöd av genetiska faktorer (Bergeman, Plomin, Pedersen & McClearn, 1999).

Forskning visar att socialt stöd även har en påverkan på den somatiska hälsan. Sociala relationer har en viktig inverkan både på den fysiska och på den mentala hälsan. Kvalitén på de sociala relationerna kan påverka en persons allmänna hälsa. En nyligen genomförd systematisk översikt och metaanalys, visade att goda sociala relationer kan förlänga livslängden (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010). Författarna menar att trots att det finns studier, framförallt prospektiva studier, som visar att personer med färre sociala relationer i genomsnitt dör tidigare än de med fler sociala relationer, så är idén om brist på sociala relationer som en riskfaktor för högre dödlighet, inte känd i större omfattning av sjukvårdsorganisationer och allmänhet. I studien fann man evidens för att påverkan av sociala relationer på mortaliteten är jämförbar med välkända riskfaktorer som rökning och överkonsumtion av alkohol, liksom att det ökade påverkan av andra riskfaktorer som fysisk inaktivitet och övervikt. Författarna drog slutsatsen att man ska ta sociala relationer på lika stort allvar som andra riskfaktorer för sjukdom. Brist på sociala relationer kan tom vara en större riskfaktor än ovan nämnda enligt Holt-Lunstad m fl. (2010).

Det finns, som ovan nämnts, dock en bristande samstämmighet angående betydelsen av socialt stöd för en god hälsa. I en studie gjord av Schuster, Kessler och Aseltine (1990), framgick att det i stödjande relationer även ingick negativt samspel, såsom anspänningar, kritik, eller att ställa för stora krav på andra. Även om det finns ett flertal studier som påvisar betydelsen av socialt stöd för individens hälsa, så är resultaten ofta motstridiga och bristfälliga.

Santini, Koyanagi, Tyrovolas, Mason och Haro (2014) har gjort en systematisk genomgång av 51 studier som behandlar sambandet mellan sociala relationer och depression. Dessa studier undersökte samspelet mellan socialt stöd, sociala nätverk och social närhet. De stabilaste och mest konsistenta fynden var att uppfattat socialt stöd, uppfattat instrumentellt stöd och stora, mångfasetterade sociala nätverk var skyddande mot depression. Uppfattat socialt stöd definieras som den subjektiva känslan av att stödjas av sina aktuella relationer medan uppfattat instrumentellt stöd definieras som tillgången till någon som kan ge hjälp i frågor som kräver fysiskt stöd och finansiell hjälp. Sociala nätverk är enligt Prince, Harwood, Blizard, Thomas och Mann (1997), ett koncept som relaterar till den formella strukturen på sociala relationer; dess storlek, sammansättning, kontaktfrekvens, förpliktelser etc. Social närhet refererar till i vilken grad en person upplever tillhörighet, anknytning, samhörighet,

sammanhållning och bekräftande (Townsend & McWhirter, 2005; Williams & Galliher, 2005). Som ett motsatt mått till stödande beteende inkluderar även en del studier negativt samspel.

Santini m fl. (2014) drar bl. a slutsatsen att framtida forskning behöver ha mer objektiva mått på upplevt socialt stöd och sociala nätverk. Då det finns en olikhet i mått av socialt stöd som används i olika studier, så menar författarna att införandet av jämförbara mått skulle ge mer valida jämförelser. Vidare menar de att väldesignade, prospektiva studier skulle ge mer inblick i orsakssamband. Framtida forskning bör adressera hur socialt stöd och nätverk interagerar och tillsammans påverkar risk för depression. Vidare förefaller det som om social närhet och negativt samspel är underanvända som mått i studier.

En svensk studie som gjordes på personer som behandlats i psykiatri undersökte både antal tidigare depressionsepisoder och socialt stöd i form av att inte ha en partner. Studien visade att både ett ökat antal tidigare episoder och att inte ha en partner signifikant ökade risken för återfall och återinsjuknande i depression (Johansson, Lundh & Bjärehed, 2014).

Sammanfattningsvis framkommer av ovan nämnda forskning att det finns en samstämmighet avseende att antalet depressionsepisoder kan predicera återfall i depression. Vad gäller betydelsen av socialt stöd och risk för återfall så är resultaten motstridiga. De flesta av studierna är amerikanska. Det finns få studier som gjorts i Sverige vilket visar att det finns ett stort behov av att genomföra sådana studier. Ett undantag är ovan nämnda studie av Johansson m fl. (2014), som i skillnad till den aktuella studien undersökte patienter inom psykiatri. Det framkommer också att det finns en begränsad forskning om återfall i depression avseende personer som behandlats i primärvården, i synnerhet i svensk primärvård. Utifrån forskningsläget är det därmed av stor vikt att i en svensk kontext undersöka återfallsfrekvensen i depression samt att undersöka två, av författarna, utvalda riskfaktorer för återfall i depression.

### **Syfte och frågeställningar**

Syftet med denna studie är därför att undersöka utfallet av den psykoterapeutiska behandling som ges för depression inom primärvården, Region Skåne, i termer av antalet återfall efter avslutad behandling. Syftet med studien är även att undersöka om antalet depressionsepisoder och socialt stöd kan predicera återfall i depression. Dessutom undersöker vi samband mellan förekommande variabler (kön och ålder) i studien och återfall.

Studiens frågeställningar blir därmed:

1. Hur stor är återfallsfrekvensen i depression under de påföljande sex månaderna efter avslutad behandling för personer som nyligen avslutat en depressionsbehandling inom rehabiliteringsgarantin, Primärvården, Region Skåne?
2. Kan antalet tidigare depressionsepisoder och socialt stöd i form av sociala nätverk och social anknytning predicera återfall i depression?

## **Metod**

### **Design**

Studien är en prospektiv korrelationsstudie.

### **Deltagare**

Femtio personer som nyligen genomgått en behandling för depression inom rehabiliteringsgarantin, Primärvården, Region Skåne, deltog i studien. Av de som deltog i studien var 14 män (28 %) och 36 (72 %) kvinnor. Deltagarnas ålder var mellan 22 upp till 79 år, medelålder var 36,6 år (SD=14.5). Medianålder var 31,5 år. Läs om urvalskriterierna i avsnittet procedur (intervjuförfarande) nedan.

### **Mätinstrument**

**Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale Självsfattning (MADRS-S;** Svanborg & Åsberg, 1994) används för bedömning av depression eller depressiva symtom samt för att följa förloppet vid depression. Självsfattningsinstrumentet har 9 frågor som poängsätts 0-6, och mäter graden av depression och suicidrisk (fråga 9 berör suicidalitet). Hög poäng motsvarar negativt sinnestillstånd. Skattning 19 poäng och över definieras som återfall och residualsymtom ligger i intervallet 7 till 19 poäng, enligt Holländare (2011). Instrumentet uppvisar en god reliabilitet och höga korrelationer mellan expertskattning och självskattning av MADRS-S, från  $r=0,80$  till  $0,94$  (Svanborg & Åsberg, 1994). Dock har senare forskning visat att det är vanligt förekommande att självskattning är högre än expertskattning (Eriksson, 2011). Cronbachs alfa varierar mellan  $0,82$  till  $0,90$  (Svanborg & Åsberg, 1994). I den här studien var Cronbachs alpha  $0,83$ .

**Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju** (M.I.N.I: Sheehan & Lecrubier, 1992) är ett diagnostiskt instrument som är utformad som en kortfattad, strukturerad intervju för de viktigaste psykiatriska störningarna på Axial I i enlighet med DSM-IV och ICD-10. I validerings- och reliabilitetsstudier har man jämfört M.I.N.I. med SCID-P för DSM-III-R samt med CIDI (en strukturerad intervju som WHO utvecklat för lekmannaskattning enligt ICD-10). Resultaten av dessa studier visar att M.I.N.I. har en acceptabel validitet och reliabilitet, instrumentet har kappavärden från 0,75 till 0,90 gällande interbedömarreliabilitet, kappavärden över 0,75 gällande test-retest-reliabilitet samt att sensitiviteten var 0,70 och över. M.I.N.I. kan administreras på mycket kortare tid än ovan nämnda instrument (Sheenan m fl., 1997; Lecrubier m fl., 1997).

**Socialt Stöd-13** (SS-13: Undén & Orth-Gomér, 1989), består av totalt 13 frågor som mäter tillgång till nätverk och tillgång till nära, känslomässiga relationer. SS-13 är en förkortad och förenklad version av mätinstrumentet Interview Schedule for Social Interaction, (ISSI). ISSI har reliabilitets- och validitetstestats både i den ursprungliga (Henderson m fl., 1980) och i den förkortade versionen (Undén & Orth-Gomér, 1989) med tillfredställande resultat.

SS-13 består av två huvuddimensioner. Den ena dimensionen beskriver yttre kontakter med sociala nätverk (social integration: t ex "Hur många människor känner du och har kontakt med, som har samma intresse som du?") medan den andra dimensionen beskriver mer nära känslomässiga relationer, social lojalitet (attachment: t ex "Finns det någon särskild person som du känner att du verkligen kan få stöd av?"). Dimensionen socialt nätverk (AVSI) består av sex frågor som graderas i sex steg från 1=ingen person till 6=mer än femton personer. Frågorna i dimensionen social lojalitet/nära känslomässiga relationer (AVAT) som består av sju frågor som är dikotoma och besvaras genom 1=ja eller 0=nej. Frågorna 5, 6 och 10 är trikotomiserade men kodas som de dikotoma. I denna studie har vi valt att koda fråga 5, 6 och 10 som trikotomiserade. Det förkortade mätinstrumentet visar enligt Undén och Orth-Gomér (1989) ett Cronbachs alpha på 0.66 för AVSI och 0.74 för AVAT. I den här studien var Cronbachs alpha för SS-13 0.83, för AVSI 0.84 och 0.61 för AVAT.

## **Procedur**

**Rekrytering.** För att kunna besvara frågeställningen om de två riskfaktorernas betydelse för återfall i depression med logistisk regression, beräknades (utifrån odds-ratio

kvoten i en pågående studie) att det krävdes ett stickprov på minst 50 deltagare. Detta gav en power (ensvansad) på 0,8 vid signifikansnivå (alpha) 0,05.

Eftersökning av deltagare till studien gjordes via ett patientregister som tillhandahölls av primärvården, Region Skåne. Initialt efterfrågade författarna deltagare från hela Region Skåne, för att få en större tidsmässig överensstämmelse för tidpunkten för deltagarnas avslutande av psykoterapi samt för att få en större geografisk spridning. Ansvariga för utlämning av personuppgifter medgav ej det, utan uppgav att deltagarna skulle rekryteras från ett specifikt upptagningsområde i Malmö. För att vi skulle få tillgång till detta patientregister krävde Region Skåne att det gjordes en etikansökan. Studien är godkänd av den regionala etikprövningsnämnden i Lund 2014-09-02 (Dnr 2014/549).

Det patientregister som användes för att söka efter deltagare är ett register över personer som erhållit psykoterapeutisk behandling, KBT eller IPT, inom rehabiliteringsgarantin.

Rehabiliteringsgarantin är en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL). I april 2014 förnyades rehabiliteringsgarantin och bytte i samband med det namn till Vårdval Psykoterapi.

Det urval som ingår i aktuell studie har samtliga fått behandling inom det som benämndes rehabiliteringsgarantin. Rehabiliteringsgarantin innebär att en person efter remiss från en läkare, som är specialist i allmänmedicin, kan erhålla psykoterapeutisk behandling till en kostnad per besök, som gäller för sjukvårdande behandling inom primärvården. Den psykoterapeutiska behandling, KBT alternativt IPT, som ges i rehabiliteringsgarantin är minimalt sex sessioner. Det finns ingen övre gräns för antal sessioner som kan ges, dock är det brukligt att se ca tio sessioner som ett maximalt antal gånger. Varje behandling som ges och som är sex sessioner eller över räknas som avslutad. För det får vårdgivaren en ersättning med 10 000 kr, i detta ingår då ett uppföljningssamtal av behandlande psykoterapeut efter tre månader. Om behandlingen är fem sessioner eller mindre räknas den inte som avslutad, vårdgivaren får då en ersättning med endast 900 kr.

I vår studie ingår endast behandlingar som varit sex sessioner eller fler, där uppföljande samtal efter tre månader genomförts. Behandlingen avslutas i samband med uppföljningssamtalet och det är därefter möjligt att påbörja en ny behandlingsomgång. Totalt kan patienten ges tre behandlingsomgångar, två för samma diagnos och en för en annan diagnos. De diagnoser som ger rätt till behandling inom rehabiliteringsgarantin är följande: depressiv episod, recidiverande depression, fobiskt syndrom, paniksyndrom, generaliserat

ångestsyndrom, annat ångesttillstånd, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, utmattningssyndrom och annan stressreaktion.

Efter godkännande från etikprövningsnämnden gjordes en sökning i detta patientregister efter 150 personer som behandlats under diagnosen depression mellan 2013-09-01 till 2014-08-31. Det beräknades behöva kontaktas 150 personer för att få ett sampel på 50 deltagare. Genom registret fick vi tillgång till personernas namn, personnummer, adress och telefonnummer. Registret är ett verktyg för statistiskt bearbetning och innefattar inte deltagarnas journalhandlingar.

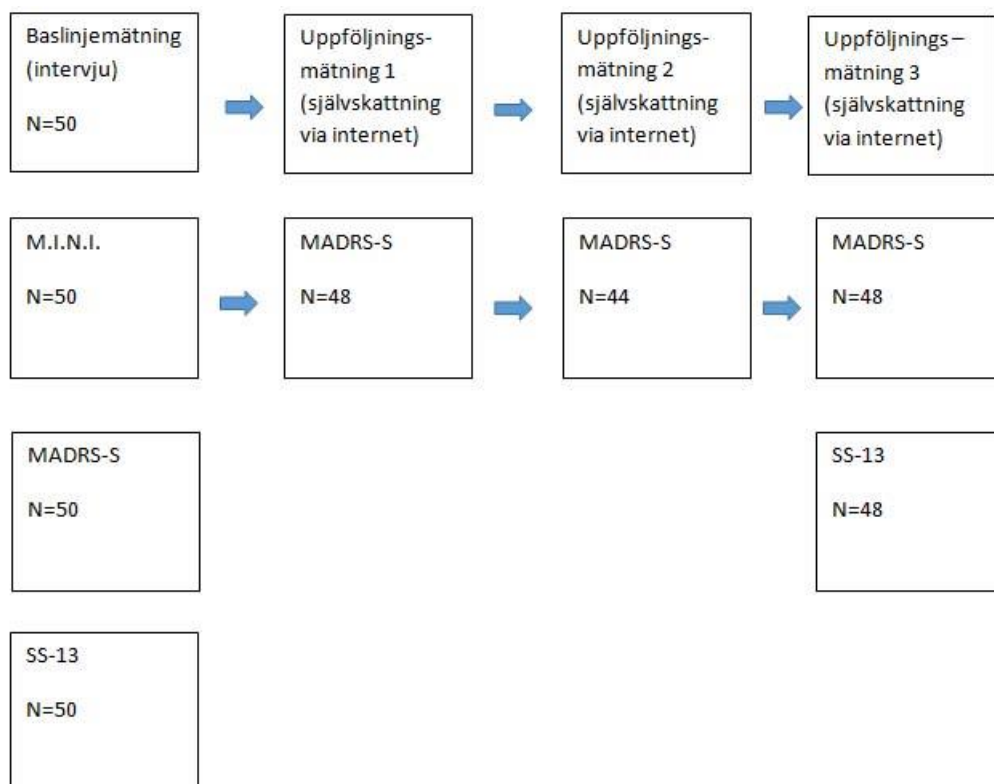
Vi skickade brev till de 150 personerna som vi fått uppgifter om hade avslutat en psykoterapeutisk behandling mot depression. I brevet (se bilaga 1) informerades de om studien, att deltagandet var frivilligt samt att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande. Med brevet medföljde en samtyckesblankett (se bilaga 2) som personen ombads fylla i och returnera inom en vecka via bifogat frankerat svarskuvert. Efter utskicket erhöll vi 21 svarsbrev. Resterande personer kontaktades av någon av författarna via telefon för att efterhöra om de fått vårt informationsbrev om studien och om de var intresserade att delta. Rekryteringen pågick under fyra månader tills vi erhållit 50 personer som samtyckt till att delta i studien. Anledningen till att det tog så lång tid som fyra månader att rekrytera 50 deltagare var dels att en del personer vid telefonkontakten tackat ja till att delta, men sedan ej skickat in samtyckesblanketten, dels att uppgifterna om att personerna avslutat en psykoterapeutisk behandling var inkorrekta. Då det i flera fall framkom att personerna hade en pågående psykoterapi, medförde detta att en andra sökning efter lämpliga personer behövde göras, vilket gjorde att rekryteringsperioden förlängdes.

**Intervjuförfarande.** De personer som via samtyckesblanketten gett sitt medgivande kontaktades av någon av författarna för att boka en tid för en telefonintervju. Detta gjordes löpande allteftersom någon av författarna erhöll samtyckesblanketten. Vid telefonkontakten för bokande av tid för telefonintervjun frågades personen, om hen för närvarande gick i en psykoterapeutisk/psykologisk behandling, då det var en av exklusionskriterierna. Detta gjordes i syfte att undvika att personen efter att ha svarat på frågeformulär via telefonintervjun ej skulle kunna delta på grund av detta nämnda skäl.

Vid telefonintervjun kartlades om personen uppfyllde inklusionskriterierna; vara minst 18 år gammal, uppfylla kriterierna för minst en tidigare depressionsepisod enligt M.I.N.I. och ha avslutat behandling för depression inom Primärvården i Region Skåne och att de inte uppfyllde exklusionskriterierna; ha suicidrisk enligt M.I.N.I., ha missbruksproblem enligt

M.I.N.I., uppfylla kriterierna för en pågående depressionsepisod enligt M.I.N.I. eller att ha påbörjat en ny behandling med psykoterapi, och inkluderades därefter i studien. Fastställande av att personen haft en depression, antalet depressionsepisoder, att personen ej hade ett pågående alkoholberoende eller alkoholmissbruk samt att personen ej var suicidal gjordes via det diagnostiska instrumentet M.I.N.I. Fastställande av personens depressionsdiagnos och eventuella suicidalitet gjordes även via MADRAS-S. Personens sociala stöd kartlades genom mätinstrumentet SS-13.

De deltagare som uppfyllde inklusionskriterierna och inte uppfyllde exklusionskriterierna samt som hade gett sitt samtycke till att delta i studien följdes sedan upp under den kommande sex-månaders perioden avseende eventuellt återfall i depression via självskattningsinstrumentet MADRS- S, som administrerades till deltagarna varannan månad via internet under undersökningsperioden, det vill säga vid uppföljningsmätning 1, 2 respektive 3. Deltagarna fick även svara på SS-13 via internet vid den avslutande sex-månaders uppföljningen. Samtliga mättillfällena, de mätinstrument som användes samt antal deltagare som svarade vid respektive mättillfälle beskrivs i flödesschemat nedan (se figur 1).



**Figur 1.** Flödesschema över mättillfällena, de mätinstrument som användes samt antal deltagare som svarade vid respektive mättillfälle.



## **Datahantering**

Databasen utgjordes av data som samlades in på två olika sätt.

**Insamling med frågeformulär.** Varje deltagare tilldelades ett slumpmässigt framtaget identifikationsnummer som användes i kommunikationen via Internet. Identifikationsnummer, personlig kod samt engångskoder användes av respektive deltagare för att fylla i frågeformulären. På så sätt uppfylldes kraven på starkt lösenordsskydd (två olika lösenordskontroller) samt identifiering (med hjälp av deltagarens identifikationsnummer).

Sekretess skyddades på följande sätt:

- I kommunikation via internet använde deltagarna sitt identifikationsnummer. Numret går ej att koppla till en person utan en kodnyckel som länkar samman identifikationsnummer med rätt deltagare. Förvaring av kodnyckel beskrivs nedan.

- I kommunikation via internet användes Hypertext Transfer Protocol Secure (HTTPS), som är ett protokoll för krypterad transport av data för HTTP-protokollet. HTTPS-anslutningar används ofta för betalningsöverföringar på Internet och för känsliga överföringar inom företag, för inloggning och hantering av privat information, samt mera allmänt för att skydda användarens integritet. Med HTTPS skall förbindelsen inte kunna avlyssnas av tredje part och användaren skall kunna lita på att webbservern är den, den utger sig för att vara.

Deltagarnas personuppgifter och kodnyckel som länkade dem till deras identifikationsnummer lagrades på ett, för ändamålet avsett, USB-minne (USB1) som förvarades i ett låst skåp på en av de båda författarnas vårdcentral, som endast den författaren hade tillgång till.

Personuppgifterna på USB-minnet krypterades och lösenordskyddades.

Databasen med anonymiserade uppgifter om hälsotillstånd lagrades på ett, för ändamålet avsett, USB-minne (USB2) som förvarades i ett låst skåp på en av de båda författarnas vårdcentral, som endast den författaren hade tillgång till. Kodnyckel och databas förvarades i två separata säkerhetsskåp.

**Insamling av data från telefonintervju.** Telefonintervjuerna gjordes av författarna. Under intervjun kodades deltagarens svar i de för M.I.N.I., MADRS-S samt SS-13 avsedda svarsprotokollen. Efter att intervjun avslutats kom de anonymiserade protokollen tillsammans med datafilen att låsas in i ett av skåpen på en av författarnas vårdcentral.

USB1 och USB2 kommer vid studiens avslut att förvaras i låsta, brandsäkra skåp, på en av författarnas vårdcentral, i minst 10 år, tillsammans med dokument som speglar processens gång och därmed gör innehållet begripligt.

Följande personer hade tillgång till materialet i databasen: De båda författarna samt



uppsatshandledarna.

## **Dataanalys**

De data som samlats in sammanställdes och bearbetades i SPSS Version 22. Beskrivande statistisk användes för att redogöra för den undersökta gruppens karaktäristika och återfallsfrekvens samt samband avseende förekommande variabler utifrån Cohens riktlinjer:  $r=-0,3$  till  $-0,1$  och  $0,1$  till  $0,3$  är en liten/svag korrelation,  $r=-0,5$  till  $-0,3$  och  $0,3$  till  $0,5$  är en måttlig/moderat korrelation samt  $r=0,1$  till  $-0,5$  och  $0,5$  till  $1,0$  är en stor/stark korrelation (Cohen, 1988). För att undersöka om antalet tidigare depressionsepisoder samt socialt stöd kan predicera återfallsfrekvensen användes logistisk regressionsanalys.

## **Bortfall**

I den här studien inkluderades 50 personer som vid baslinjemätning via telefonintervju uppfyllde inklusionskriterierna för att få delta i studien.

Vad gäller frågeställning ett så har vi i denna studie valt att inkludera personer som svarat på självskattningsformulären MADRS-S vid något av de tre mättillfällena. Samtliga 50 deltagare har svarat på självskattningsformulären MADRS -S vid något av de tre mättillfällena och därmed har det inte varit något bortfall.

Avseende antal depressionsepisoder så kartlades det vid baslinjemätningen av de 50 personer som inkluderades i studien, varför det är inte finns något bortfall.

I frågan om variabeln socialt stöd som besvarades via SS-13, var det två personer som inte svarat vid uppföljningsmätning 3/avslutande mätning.

## **Etiska överväganden**

Som ovan nämnts godkändes denna studie av etikprövningsnämnden. Vid rekrytering informerades deltagarna om studien, hur studien skulle genomföras samt dess syfte i ett informationsbrev (se bilaga 1), där det även framgick att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan att deltagaren behövde ange anledning. Det framgick även i informationsbrevet att deltagaren är anonym när resultatet sammanställdes samt på det sätt som resultatet skulle redovisas på. Med informationsbrevet medföljde en samtyckesblankett (se bilaga 2) som deltagaren ombads att underteckna och insända till författarna om de valde att delta i studien. I samtyckesblanketten informerades på nytt i korthet om studiens syfte, tillvägagångsätt samt om frivillighetsprincipen för deltagaren. Vidare informerades det både i

informationsbrevet och samtyckesblanketten att utomstående ej kommer att få tillgång till deltagarens svar och att dessa kommer att behandlas i oidentifierad form.

## Resultat

### Deskriptiv statistik

Innan de två frågeställningarna besvarades undersöktes korrelationen mellan de variabler som ingick i studien. Resultatet visade att det finns en trend som tyder på att det finns ett negativt samband mellan variabeln ålder och återfallsfrekvens i det här samplet, med ett r-värde på -0,19 vid en signifikans på  $p < 0,01$ , vilket enligt Cohens (Cohen, 1988) riktlinjer är att betrakta som en svag/liten korrelation (se tabell 1). Det finns en signifikant korrelation ( $r = 0,43, p < 0,01$ ) mellan MADRS-S vid baslinjemätning och variabeln återfall i depression.

**Tabell 1.** Korrelationer mellan tidigare depressionsepisoder, socialt stöd, ålder och återfall.

Variabel	Återfall
Tidigare depressionsepisoder	-0,05
AVSI	-0,13
AVAT	-0,48
MADRS-S	0,43**
Ålder	-0,19

Not. \*\* $p < 0,01$

### Frekvens återfall

I denna studie användes Holländares begrepp av återfall som inte skiljer mellan återfall och återinsjuknande, då det med aktuell design fanns begränsade möjligheter att skilja mellan olika typer av återfall. Holländare definierar det som återfall om personen skattar 19 poäng eller mer på MADRS-S. I tabell 2 redovisas deltagarnas skattningar vid de olika mättillfällena, baslinjemätning samt de tre uppföljningsmätningarna, enligt intervallen 0 – 6 poäng (ingen eller mycket lätt depression, 7 – 18 poäng (lätt depression) samt 19 eller >poäng (måttlig till svår depression).

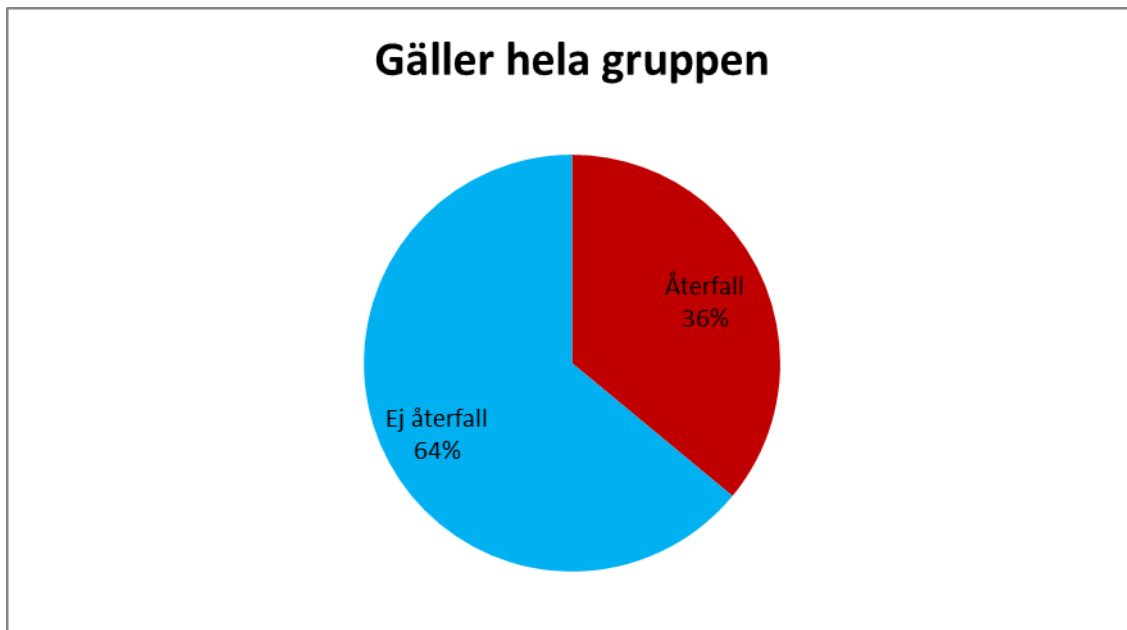
**Tabell 2.** Deltagarnas skattningar vid de olika mättillfällena,

Variabel	N (%)		
	Kvinna	Man	Alla
<b>MADRS-S baslinjemätning</b>			
Ingen eller mycket lätt depression (< 7 poäng)	7 (19,4%)	5,(35,7%)	12,(24,0%)
Lätt depression (7-18 poäng)	22(61,1%)	7(50,0%)	29(58,0%)
Måttlig till svår depression (19 eller >poäng)	7 (19,4%)	2(14,3%)	9 (18,0%)
<b>MADRS-S Uppföljningsmätning 1</b>			
Ingen eller mycket lätt depression (< 7 poäng)	9 (25,7%)	7(58,3%)	16 (34,0%)
Lätt depression (7-18 poäng)	15(42,9%)	5(41,7%)	20(42,6%)
Måttlig till svår depression (19 eller >poäng)	11(31,4%)	0 (0%)	11(23,4%)
<b>MADRS-S Uppföljningsmätning 2</b>			
Ingen eller mycket lätt depression (< 7 poäng)	6 (18,8%)	4 (33,3%)	10 (22,7%)
Lätt depression (7-18 poäng)	16(50,0%)	7(58,3%)	23(52,3%)
Måttlig till svår depression (19 eller >poäng)	10(31,3%)	1 (8,3%)	11(25,0%)
<b>MADRS-S Uppföljningsmätning 3</b>			
Ingen eller mycket lätt depression (< 7 poäng)	9 (25,7%)	8(61,5%)	17(35,4%)
Lätt depression (7-18 poäng)	18(51,4%)	4(30,8%)	22(45,8%)
Måttlig till svår depression (19 eller >poäng)	8 (22,9%)	1 (7,7%)	9 (18,8)

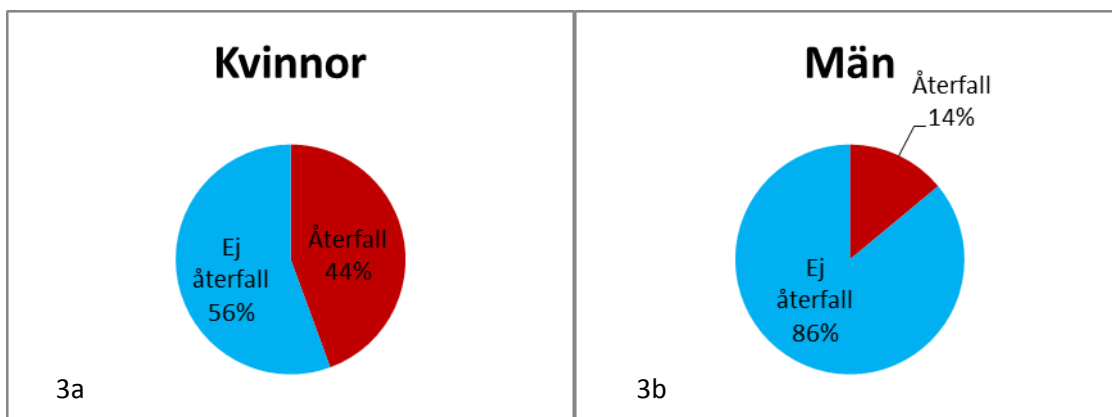
I den här studien var det 18 personer, d.v.s. 36 % som hade återfallit efter påföljande sex månader efter nyligen avslutad depressionsbehandling inom rehabiliteringsgarantin, primärvården, Region Skåne (se figur 2).

Återfallsfrekvensen i gruppen kvinnor som deltog var 44 % (se figur 3a) medan återfallsfrekvensen i gruppen män var 14 % (se figur 3b).

Chi-2 test visade att det är statistiskt säkerställt att återfallsfrekvensen för kvinnor var högre än för män,  $\chi^2(1) = 3,98, p < 0,05$ .



**Figur 2.** Återfallsfrekvens hos alla deltagarna.



**Figur 3.** Återfallsfrekvens bland de kvinnor (3a) och män (3b) som deltog.

### Tidigare depressionsepisoder och socialt stöd som prediktorer för återfall

En logistisk regressionsanalys genomfördes för att undersöka om antalet episoder och socialt stöd kan predicera återfall. Som resultaten visade (se tabell 3) kan varken antalet episoder eller socialt stöd signifikant predicera återfall i depression i den här studien.

**Tabell 3.** Logistisk regressionsanalys som visar korrelationen mellan antalet episoder, socialt stöd och återfall.

	B	SE	Wald	Sig.	Odds ratio	95% CI	
						Lower	Upper
Tidigare depressions-episoder	-0,15	0,37	0,16	0,69	0,86	0,42	1,77
Socialt nätverk (AVSI)	-0,00	0,06	0,00	0,99	1,00	0,89	1,12
Social lojalitet (AVAT)	-0,06	0,17	0,10	0,75	0,95	0,67	1,33
Konstant	0,47	2,28	0,04	0,84	1,60		

Not.  $R^2 = 0,01$  (Nagelkerke),  $0,01$  (Cox och Snell). Model  $\chi^2(8) = 11,63$ ,  $p = 0,17$ .

Resultatet av alla deltagarnas skattningar vid baslinjemätning och de tre uppföljningsmätningarna, även fördelat på män och kvinnor, avseende tidigare depressionsepisoder och socialt stöd redovisas i form av medelvärden och standardavvikelser i tabell 4.

**Tabell 4** Alla deltagares skattningar, även fördelat på män och kvinnor, avseende tidigare depressionsepisoder och socialt stöd.

Variabel	M (SD)		
	Kvinna	Man	Alla
Tidigare depressionsepisoder	2,3 (0,8)	2,0 (1,0)	2,2 (0,8)
MADRS-S baslinjemätning	13,0 (7,3)	9,6 (7,2)	12,1 (7,3)
MADRS-S Uppföljningsmätning 1	14,1 (10,9)	7,5 (5,0)	12,4 (10;1)
MADRS-S Uppföljningsmätning 2	14,9 (8,4)	9,3 (6,1)	13,3 (8,2)
MADRS-S Uppföljningsmätning 3	12,0 (7,5)	7,1 (6,4)	10,7 (7,5)
AVSI baslinjemätning	19,6 (5,3)	21,4 (6,9)	20,1 (5,8)
AVSI Uppföljningsmätning 3	17,1 (6,8)	17,5 (4,0)	17,2 (6,1)
AVAT baslinjemätning	12,9 (1,6)	12,1 (2,7)	12,7 (2,0)
AVAT Uppföljningsmätning 3	8,9 (2,5)	9,6 (2,0)	9,1 (2,4)
SS-13 total baslinjemätning	32,1 (6,2)	30,9 (8,8)	31,8 (7,0)
SS-13 total Uppföljningsmätning 3	26,0 (7,6)	27,1 (4,3)	26,3 (6,9)

## Diskussion

Syftet med denna studie är att dels undersöka frekvensen av återfall efter avslutad psykoterapeutisk behandling för depression inom rehabiliteringsgarantin, Primärvården, Region Skåne, samt att undersöka om antalet tidigare depressionsepisoder och socialt stöd, i form av sociala nätverk och social anknytning, kan predicera återfall i depression.

### Frekvens återfall

Resultatet visar att 36 % av deltagarna har återfallit efter avslutad behandling. Detta resultat stämmer överens med tidigare forskning om återfall i depression, att trots positivt resultat av psykoterapeutisk behandling är risken för återfall i depression hög (Vittengl, Clark, Dunn, & Jarret, 2007).

Återfallsfrekvensen i den här studien är för kvinnor 44 % och 14 % för män. Det finns alltså ett signifikant samband mellan könet kvinna och återfallsfrekvens i den här studien. Detta motsäger tidigare forskning, vilken huvudsakligen är amerikansk som visar att kön i sig inte är en riskfaktor för återfall i depression (Coryelle, Endicott & Keller, 1991; Kovacs, 2001; Lewinsohn, Zeiss & Duncan, 1989). Ett anmärkningsvärt undantag är en dansk studie som visar att kvinnor hade 1.14 gånger så hög risk att återfalla i depression jämfört med män (Kessing, 2004).

En möjlig förklaring till detta resultat är att kvinnor skattar högre på bland annat depression i självskattning än män. Forskning visar att det är vanligt förekommande att självskattning är högre än expertskattning. De personer som skattar sig högre än experten är bland annat av kvinnligt kön och lägre ålder vilket även kan ha varit fallet i den här studien. (Eriksson, 2011).

En annan möjlig förklaring är att deltagarna hade residualsymtom vid studiens början. Medelvärdet på MADRS-S var 13,0 poäng (SD=7,3) för kvinnor och 9,6 poäng (SD=7,2) för män, vilket indikerar att framförallt kvinnor inte var helt återställda efter avslutad behandling (SD=7).

## **Tidigare depressionsepisoder och socialt stöd som prediktorer för återfall**

Denna studie visar att antal tidigare depressionsepisoder inte kan predicera återfall i depression vilket motsäger tidigare forskning (Kupfer, Frank & Wamhoff, 1997; refererat i Barlow 2008; Solomon m fl., 2000). Detta kan bero på att trots att M.I.N.I. som vi använt för att kartlägga antalet depressionsepisoder vid baslinjemätning har en acceptabel validitet, kan det vara ett osäkert instrument för att mäta antal tidigare depressionsepisoder. Föreliggande studie visar att deltagarnas skattningar på MADRS-S baslinjemätning inte korrelerar med antal tidigare depressionsepisoder, d.v.s. att de som skattat högt på MADRS-S vid baslinjemätning inte har haft flera tidigare depressionsepisoder.

Denna studie visar att det inte finns något samband mellan socialt stöd och återfall i depression, vilket bekräftar tidigare forskning av Poutanen m fl. (2007). Deras studie visar att begreppet socialt fungerande, d.v.s. en persons förmåga att lätt och framgångsrikt interagera med andra personer, inte är en prediktor för återfall i depression i ett primärvårdssampel, medan motsatsen framkom i en psykiatrisk öppenvårdskontext.

En möjlig förklaring är att SS-13 mäter möjlighet till socialt stöd medan det delvis inte säger något om personen verkligen tagit emot det sociala stöd som är tillgängligt. Detta kan jämföras med den forskning som Santini m fl. (2014) gjort där uppfattat socialt stöd definieras som den subjektiva känslan av att stödjas av sina aktuella relationer. Det styrks även i hög grad av författarnas upplevelse i den kliniska vardagen, där ett flertal personer uppger att de har många nära vänner eller familjemedlemmar, men att de inte vill be om deras stöd då de inte vill belasta omgivningen. I Santini m fl.'s (2014) forskning diskuteras även nödvändigheten av mer objektiva mått av socialt stöd och socialt nätverk vilket skulle ge mer jämförbara mått och mer valida studier. Detta illustreras av ovan nämnda dilemma angående den eventuella diskrepansen mellan erhållet socialt stöd versus upplevt socialt stöd.

Den preliminära analysen i den här studien tyder på att det finns ett negativt samband mellan variabeln ålder och återfallsfrekvens i det här samplet, det vill säga återfallsfrekvensen är högre bland de yngre deltagarna i studien. Detta resultat motsäger tidigare forskning när det gäller kvinnor, vilken visar att medelålders och äldre kvinnor har en ökad risk att återfalla i depression (Kessing, 2004). En möjlig förklaring till resultatet i vår studie skulle kunna vara följande: att det var fler yngre personer som deltog i studien; 32 personer var under 40 år och 17 personer var under 30 år. Det område som vi har rekryterat deltagare från, Malmö, har en yngre befolkning, hälften av Malmös befolkning är under 35 år (Lägesrapport, Stadsbyggnadskontoret, Malmö Stad, 2014).

## Styrkor och svagheter

Studien har ett flertal styrkor både metodologiskt och vad gäller etiska överväganden. En styrka är att mätinstrumenten M.I.N.I., MADRS-S och SS-13 samtliga är internationellt validerade och reliabla mått.

En annan styrka är att författarna vid baslinjemätning använder både det diagnostiska instrumentet M.I.N.I. som fastställer om depression föreligger, och självskattningsformuläret MADRS-S, som mäter depressionens svårighetsgrad. Då dessa mätinstrument är komplementära gav det en ökad möjlighet att fastställa att depression ej förelåg vid studiens början.

Studien är prospektiv, vilket också är en styrka, men samtidigt finns risken att minnas fel. Den risken minimeras dock då de data som samlas in ligger nära i tid, vilket troligen ökar tillförligheten.

Ytterligare en av den här studiens styrkor är att det inte finns något bortfall vad gäller frekvens återfall samt endast minimalt internt bortfall vad gäller skattningar av socialt stöd.

En annan styrka är att vi haft tre uppföljningsmätningar vilket gör att vi har mer data som underlag för analys som därmed ger ett säkrare/tillförlitligare resultat.

Den här studien har även en del svagheter som beskrivs nedan.

En brist är att urvalet av deltagare kan ha påverkats av att det bygger på att deltagarna ska ge sitt samtycke till att delta i studien, det kan medföra att personer som av olika skäl ej behärskar det svenska språket, t ex personer med utländsk bakgrund eller dyslektiker väljer att inte delta. Urvalet av deltagare kan även ha påverkats av personernas psykiska mående när utskicket gjordes, att deras psykiska illabefinnande var så stort att de inte orkade delta, medan de personer som mår bra inte såg någon anledning till att delta.

En metodologisk brist är att urvalsgruppen rekryteras från personer som avslutat behandling för depression under ett tidsspänn av månader som ligger ett år bakåt i tiden, vilket kan ha påverkat resultatet genom bl. a skillnad i tid avseende när deltagarna avslutande sin behandling och också hur länge deltagarna varit symtomfria.

En annan brist i föreliggande studie är vad gäller fastställandet av antal depressionsepisoder hos deltagarna via det diagnostiska instrumentet M.I.N.I. var att en del av deltagarna inte kunde uppge hur många depressionsepisoder de haft, t ex sa vissa följande "Jag har varit deprimerad sedan tonåren". Därmed finns en osäkerhet angående antalet depressionsepisoder.



Ytterligare en metodologisk brist är att vi i den här studien väljer att inkludera de personer som svarat vid något av de tre mättillfällena, vilket medför en osäkerhet kring antalet återfall. Detta då en person som svarat vid ett mättillfälle, vid det tillfället inte skattar 19 poäng eller mer på MADRS-S, vilket är den här studiens definition på återfall i depression, men vi vet inte hur den här personen skulle svara/skatta sig vid något av de andra två mättillfällena.

Den här studien använder sig av Holländares definition av återfall varför det inte går att särskilja vilka deltagare som återfallit respektive återinsjuknat enligt Frank m fl.'s definition. Vi vet inte heller om personens återfall beror på residualsymtom eller andra faktorer.

En annan metodologisk brist i samband med återfall hos deltagarna är att vi inte kompletterat utfallet på MADRS-S, vilken beskriver svårighetsgraden av depressionen, med att använda M.I.N.I. för att fastställa depressionsdiagnosen.

Studien undersöker inte heller komorbiditet. Under intervjuerna vid baslinjemätning framkommer att några deltagare även haft andra psykiatriska diagnoser förutom depression, som t ex neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Detta skapar osäkerhet om rätt deltagare rekryterats, t ex. så kan koncentrationssvårigheter, vilket skattas i MADRS-S, i själva verket bero på en annan typ av problematik.

En annan eventuell brist är att författarna saknar kunskap om patienterna medicinerar med antidepressiv medicin och vilken påverkan det i så fall har på behandlingsresultatet.

Det är möjligt att urvals- och rekryteringsprocessen underlättas och påskyndas av att presumtiva deltagare erbjuds någon form av ersättning/kompensation för sitt deltagande och en brist i detta sammanhang är att författarna inte kunde erbjuda någon form av ersättning/kompensation till deltagarna.

### **Etiska hänsynstaganden**

Innan studien påbörjades identifierade författarna ett antal etiska dilemman vilka beskrivs nedan.

Vid själva rekryteringen fanns det en risk för att personerna i urvalsgruppen fann det obehagligt att författarna inhämtat information om dem från ett register, utan att först ha sökt deras medgivande. För att minimera denna påverkan på deltagarna informerades deltagarna om, att författarna inte tagit del av några detaljerade uppgifter om dem personligen, t.ex. via journalhandlingar. Den enda information som inhämtades var

deltagarnas kontaktuppgifter, personnummer samt att de uppfyllde inklusionskriterierna för att få delta i studien.

Ett annat etiskt dilemma är att det fanns en möjlighet att någon av deltagarna misstuckte till att de kontaktades via brev, då det kunde medföra en risk att någon annan än mottagaren öppnade brevet. Trots denna risk valdes detta tillvägagångssätt. Om någon annan än deltagaren svarade vid telefonkontakt, värnades deltagarnas rätt till sekretess genom att författarnas ärende inte avslöjades.

Det fanns också en risk för att någon av deltagarna upplevde det som obehagligt att berätta om sitt psykiska mående vid baslinjemätningen, och att det i värsta fall kunde utlösa psykiska symtom hos deltagaren. Bedömningen var att dessa symtom kunde ha uppstått ändå, och att det var en liten risk att deltagande i sig kunde utlösa psykisk ohälsa. Denna risk uppvägdes av att genom att fråga om deltagarnas psykiska mående fanns det en möjlighet att fånga upp eventuell pågående psykisk ohälsa. Vid behov rekommenderades deltagaren att söka professionell hjälp.

De deltagare som skattade 19 poäng eller mer på MADRS-S, eller som skattade fyra eller mer på fråga nio på MADRS-S, kontaktades per telefon av någon av de båda författarna för att efterhöra hur deras mående var och vid behov hänvisas till adekvat vård. En farhåga var att deltagarna skulle uppfatta det som påträngande, men i själva verket blev de positivt överraskade och uppskattade författarnas intresse för deras psykiska mående.

Fördelen med den här studien är att det på längre sikt kan leda till förbättrad vård/behandling av personer med depression, vilket ligger i deltagarnas intresse, då de befinner sig i riskzonen för att återfalla i depression.

### **Slutsatser och framtida forskning**

Sammanfattningsvis så tyder resultatet i den här studien på att det inte är en framkomlig väg att mäta socialt stöd och antal tidigare depressionsepisoder för att identifiera riskpersoner för återfall i depression. Det framkommer istället i den här studien att en hög poäng på MADRS-S vid baslinjemätning är en bra prediktor för återfall i depression under den kommande sex-månaders perioden. Det är därför viktigt att skatta eventuella kvarstående symtom vid avslutning av behandling. I de fall där residualsymtom konstateras bör behandlingen förlängas så att personen ges möjlighet att uppnå full remission. Detta är ej möjligt såsom rehabiliteringsgarantin är utformad då personen måste vänta tre månader för att erhålla ny remiss för en ny period av psykoterapi inom rehabiliteringsgarantin (samma villkor

gäller inom Vårdval Psykoterapi). Detta medför ett avbrott i behandlingen. Eftersom vårdgivaren får ersättning per avslutad behandling finns en risk att behandlingen styrs av ekonomi istället för av personens behov av behandling.

Ett annat alternativ är underhållsbehandling, vilket undersökts av Holländare (2011). Holländare jämförde personer med residualsymtom. En grupp som gick i underhållsbehandling, internet-baserad KBT, jämfördes med en grupp som deltog i ett diskussionsforum på internet. Resultatet visade att återfallen reducerades i den grupp som fick internet-baserad KBT.

En annan slutsats som kan dras är att det är viktigt att utvärdera effekten av den behandling som getts för depression vid behandlingens avslut, för att minimera risken för återfall. Författarna vill även understryka vikten av att i den kliniska vardagen införa förändringar som kan leda till en bättre diagnostik av depression och annan psykisk ohälsa, vid inledning av behandling, så att rätt behandling kan ges.

Då urvalet i denna studie är relativt litet och inom ett avgränsat geografiskt område, så bör framtida forskning angående återfall i depression efter avslutad psykoterapeutisk behandling i primärvården Skåne, inkludera ett större antal deltagare samt ha en bredare geografisk spridning.

Beträffande diagnossättning och eventuell komorbiditet bör fler skattningsinstrument användas vid inkludering av deltagare i studier, för att öka säkerheten för att rätt deltagare inkluderas.

Vad gäller könsskillnader i återfall är det framförallt amerikanska studier som har gjorts (Coryelle, Endicott & Keller, 1991; Kovacs, 2001; Lewinsohn, Zeiss & Duncan, 1989), med undantag av en dansk studie (Kessing, 2004). Dessutom behövs fler studier i en annan kontext, t ex. nordisk eller europeisk, då det är önskvärt för att se om kulturella skillnader föreligger.

I den här studien undersöker vi endast om två faktorer, antal depressionsepisoder och socialt stöd kan predicera återfall i depression efter avslutad psykoterapeutisk behandling för personer som behandlats för depression inom primärvården. Förslagsvis vore det viktigt att närmare undersöka om det finns andra variabler som kan predicera återfall i depression för personer som erhåller psykoterapeutisk behandling i en primärvårdskontext till exempel stressande livshändelser. Det vore även viktigt att forska på behandlingar för depression där bakomliggande personlighetsfaktorer som sociotropi och autonomi adresseras.

I föreliggande studie undersöks inte/tas inte hänsyn till vilken terapiform deltagarna erhöll, det vill säga KBT eller IPT, och om det samvarierar med återfall. Det vore intressant att jämföra KBT och IPT avseende om de båda terapiformerna skiljer sig åt när det gäller återfallsfrekvensen i depression för personer som erhållit psykoterapeutisk behandling (KBT eller IPT) för depression i primärvården.

## Referenser

- Allgulander, C. (2003). A nationwide study in primary health care: One out of four patients suffers from anxiety and depression. *Läkartidningen*, 100(10), 832 - 838.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4:th edition). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5:th edition). Washington, DC: Author.
- Backs-Dermott, Barbra J., Dobson, Keith S., Jones, Shannon L. (2010). An evaluation of an integrated model of relapse in depression. *Journal of Affective disorders* 124, 60-67.
- Barlow, D.H. (2008). *Clinical Handbook of Psychological Diseases* (4th rev. ed). New York: Guilford Publications.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H.,...Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven Psychotherapeutic interventions for patients with depression: A net-work meta-analysis. *PLoS Med*, 10(5).  
doi:10.1371/journal.pmed.1001454
- Bergeman, C.S., Plomin, R., Pedersen, N.L. & McClearn, G.E. (1991). Genetic mediation of the relationship between social support and psychological well-being. *Psychology and Aging*, 6(4), 640-646.
- Beshai, S., Dobson, K. S., Bockting L. H. & Claudi, Q. L. (2011). Relapse and recurrence prevention in depression: Current research and future prospects. *Clinical Psychology Review* 31, 1349-1360.
- Bockting, C. L. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Wouters, L. F., Visser, I. & Schene, A. H. (2006). Different predictors of response to preventive cognitive therapy in recurrent depression: A 2 year prospective study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(4), 229-236.
- Burcusa, S. L., & Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27, 959–985.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Mahwah, New Jersey: Erlbaum Associates.
- Coryell, W., Endicott, J., & Keller, M. (1991). Predictors of relapse into major depressive disorder in a nonclinical population. *American Journal of Psychiatry*, 148(10), 1353 – 1358.

- Cujipers, P., van Straten, A., van Oppen, P., & Andersson, G. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Comparative Psychology*, 76(6), 909-922.
- Eriksson, D. (2011). *Svårighetsgradering av depression eller en validering av MADRS-S*. Läkarpogrammet, Uppsala universitet. Hämtad från: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:687019/FULLTEXT01.pdf>
- Frank, E., Prien, R., Jarrett, R., Keller, M., Kupfer, E., 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(9), 851-855.
- Gili, M., Vicens, C., Roca, M., Andersen, P., & McMilliam, O. (2014). Interventions for preventing relapse or recurrence of depression in primary health care settings; A systematic review. *Preventive Medicine*, 76, 16 – 21.
- Holländare, F. (2011). *Managing Depression via the Internet - self-report measures, treatment & relapse prevention*. Örebro universitet. Hämtad från <http://www.divaportal.org/smash/get/diva2:419699/SPIKBLAD01.pdf>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T., B. & Layton, J., B. (2010). Social Relationships and mortality risk: A meta-analytical review. *PLoS Medicine*, 7(7). doi: 10.1371/journal.pmed.1000316
- Johansson, O., Lundh, L-G. & Bjärehed, J. (2014). 12-month outcome and predictors of recurrence in psychiatric treatment of depression – a retrospective study. *Psychiatric Quartel*, 86(3), 407 – 417.
- Kessing, V. L. (2004). Severity of depressive episodes according to ICD-10: prediction of risk of relapse and suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 153 – 156.
- Kessler, R.C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughues, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kovacs, M. (2001). Gender and the course of major depressive disorder through adolescent in clinically referred youngsters. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1079 – 1085.
- Kupfer, D.J., Frank, E., & Wamhoff, J., (1996). Mood disorders: update on prevention of recurrence. In: Mundt, C., Goldstein, M.J. (Eds.), *Interpersonal Factors in the Origin and*

- Course of Affective Disorders*. Gaskell/Royal College of Psychiatrists, London, England, pp. 289–302.
- Lecubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K.,...Dunbar, G. C. (1997). The mini international neuropsychiatric interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224 – 231
- Lewinsohn, P. M., Zeiss, A. M., & Duncan, E. M. (1989). Propability of relapse after the recovery from an episode of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(2), 107 – 116.
- Lägersrapport, Stadsbyggnadskontoret, Malmö Stad (2014). Hämtad 6 september, 2015, från <http://malmo.se/download/18.31ab534713cd4aa92138d67/1383643884014/L%C3%A4gersrapport+bostadsf%C3%B6rs%C3%B6rjning+mars+2013.pdf>
- Mattisson, C., Bogren, M., Nettelblatt, P., Munk-Jørgensen, P. & Bhugra, D. (2005). Första förekomsten av depression i Lundby study: En jämförelse mellan två tidsperioder 1947 - 1972 och 1972 - 1997. *Journal of Affective Disorder*, 87(2-3), 151 - 60.
- Mueller, T., Leon, A., Keller, M., Solomon, D., Endicott, J., Coryell, W., Warshaw, M., & Maser, J. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1000-1006.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155-62.
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149(8), 999 – 1010.
- Poutanen, O., Mattila, A., Seppälä, N.H., Groth, L., Koivisto, A-M. & Salokangas, R.K.R. (2007). Seven-year outcome of depression in primary and psychiatric outpatient care: results of the TADEP (Tampere Depression) II Study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 62 – 70.
- Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A., & Mann, A. H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age, The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27(2), 323-32.
- Santini, Z., I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J., M. (2015). The association between social relationships and depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53-65.

- Schuster, T. L., Kessler, R. C., & Aseltine, R. H., Jr. (1990). Supportive interaction, negative interactions and depressed moods. *American Journal of Community Psychology, 18*(3), 423-436.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Bonara, L.I.,... Keskiner, A. (1997). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry, 12*, 232 – 241.
- Solomon, D., Keller, M., Leon, A., Mueller, T., Lavori, P., Shea, M.T., Coryell W, Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J. D., & Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry, 157*, 229-233.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). Behandling av depressionssjukdomar: en systematisk litteraturoversikt. Hämtad 7 maj, 2015, från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Behandling-av-depressionssjukdomar/>
- 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.
- Townsend, K. C., & McWhirter, B. T. (2005). Connectedness: a review of the literature with implications for counseling, assessment, and research. *Journal of Counseling and Development, 83*, 191-201.
- Undén, A. L., & Orth-Gormer, K. (1989). Development of a social support instrument for use in population surveys. *Social Science & Medicine, 29*(12), 1387-1392.
- Vittengl, J., Clark, L., Dunn, T., & Jarrett, R. (2007). Reducing relapse and recurrence in Unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 75*(3), 475-88.
- von Knorring, A., von Knorring L., & Waern, M. (2013). Depression från vaggan till graven. *Läkartidningen, (9)*. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=19318>
- Världshälsoorganisationen. (u.å.) Depression. Hämtat 29 juni, 2015, från Världshälsoorganisationen: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en>
- Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). The relationship between social support and major depression: cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(5), 251-8.



- Williams, K. L., & Galliher, R. V. (2005). Predicting depression and self-esteem from social connectedness, support and competence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 855-874.
- Åkerblad, A-C., Bengtsson, F., von Knorring, L., & Ekselius, L. (2006). Response, remission and relapse in relation to adherence in primary care treatment of depression: a 2-year outcome study. *International Journal of Clinical Psychopharmacology* 21, 117-124.

## Bilaga 1

### INFORMATIONSBREV AVSEENDE STUDIEN

#### *”Uppföljning av patienter behandlade för depression inom Primärvården i Region Skåne”*

Hej,

Vi är två blivande psykoterapeuter som går på Psykoterapeutprogrammet i Kognitiv-beteendeoriktnad psykoterapi på Lunds Universitet. Som en del av utbildningen ingår att skriva en examensuppsats.

I vår examensuppsats har vi valt att inrikta oss på depression. Vi vill undersöka förekomsten av återfall samt faktorer som påverkar varför man blir sjuk igen. Huvudman för projektet är Region Skåne.

Anledningen att vi kontaktar dig är att du nyligen har avslutat en behandling för depression i nom Primärvården, Region Skåne. Denna information samt dina kontaktuppgifter och födelsedata kommer från dataregister i Region Skåne. Utöver detta bygger studien på vad du väljer att berätta i telefonintervjun, som vi beskriver nedan. Vi har inte tagit del av dina journalhandlingar och kommer inte heller att göra det.

Deltagarna i studien kommer att kontaktas via telefon för att genomföra en telefonintervju. Intervjun beräknas ta ca 45 min. Om du inte har tid när vi ringer så bokar vi en annan tid som passar dig. Intervjun innehåller frågor om hur du har mått sedan du fick behandling. Studien kommer att pågå under en sex-månaders period. Du kommer att få fylla i en självskattningsskala varannan månad, för att göra det enklare kommer du att fylla i dem via internet.

Ibland kan det vara svårt att prata om hur man mår. Vi är medvetna om det men hoppas att du ändå kan tänka dig att delta. Om det skulle visa sig att ditt mående försämrats och att du därmed behöver hjälp igen, så kommer vi att rekommendera dig att söka vård på nytt.

När resultatet sammanställs är du helt anonym och ingen information om dig personligen kommer att framgå, utan alla resultat redovisas för gruppen som helhet. Resultaten kommer att presenteras i vår examensuppsats samt publiceras i en vetenskaplig artikel.

I detta brev medföljer en samtyckesblankett. Om du är villig att delta i studien, vänligen återsänd blanketten underskriven i det medföljande frankerade kuvertet inom en vecka. När vi har fått ditt svar kommer vi att inom loppet av några veckor ringa upp dig och 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 villig att delta behöver du inte göra någonting. Vill du komma i kontakt med oss för att ställa frågor kring denna studie kan du nå oss enligt följande:

Kurator Christina Bengmark, VC Sorgenfri,

Tel 040-623 46 58, tel svarare finns, eller via [christina.bengmark@skane.se](mailto:christina.bengmark@skane.se)

Kurator Kerstin Hagring, VC Södervärn,

Tel 040-623 43 14, tel svarare finns, eller via [kerstin.hagring@skane.se](mailto:kerstin.hagring@skane.se)

Vänligen,

Daiva Daukantaité  
Huvudhandledare

Christina Bengmark  
Kurator

Kerstin Hagring  
Kurator

## Bilaga 2

### SAMTYCKE

#### *”Uppföljning av patienter behandlade för depression inom Primärvården, Region Skåne”*

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

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst avbryta behandlingen och deltagandet i studien. Deltagandet innebär att du blir uppringd och får svara på frågor om ditt hälsotillstånd, samtalet tar ca 45 minuter. Deltagandet innebär också att vi kommer att använda registerdata för att se vilken se vilken typ av behandling du fick inom Rehabgarantin.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem. Svaren kommer att sammanställas statistiskt i oidentifierad 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 ansökan ställd till oss, få besked om vilka personuppgifter om dig som vi behandlar och hur vi behandlar dessa. Du har också rätt att enl. 28 § personuppgiftslagen begära rättelse i form av personuppgifter som vi behandlar om dig.

Ansvarig för dina personuppgifter blir Region Skåne.

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 givetvis möjlighet att ställa frågor om studien.

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_