

Ångest och depression inte sällan drogrelaterat

Vi menar att diagnostik av depression och ångest, på alla nivåer inom sjukvårdssystemet, inte kan ske utan en samtidig noggrann missbruksanamnes, empati och en viss förtrogenhet med idag tillgängliga diagnostiska hjälpmedel. Utan en sådan dialog kan resultatet bli ofullständig diagnostisk bedömning, ineffektiv behandling och onödigt farmakakonsumtion.

PER LINDQVIST
dr med sci, överläkare
per.lindqvist@spo.sll.se

TOM PALMSTIERNA
dr med sci, sektionschef, överläkare

JOHAN FRANCK
docent, överläkare

ANDERS ROMELSJÖ
professor, överläkare; samtliga vid Beroendecentrum Stockholm, Stockholms läns landsting

■ I Läkartidningen har nyligen presenterats en nationell studie av punktprevalensen av ångest och depression i allmänläkarpraxis [1], vilken åtföljts av kommentarer [2, 3]. Studien baserades på ett frågeformulär med fem riktade frågor till patienter som besvarades i väntrummet före konsultationen, oavsett kontaktsak. Dessa data kombinerades med en sedvanlig klinisk bedömning vid undersökningen. De involverade allmänläkarna var alla vidareutbildade i diagnostik och behandling av ångest och depression.

Ökat drickande ger mer missbruk

Man fann en hög förekomst av behandlingskrävande depression och generaliserad ångest, cirka 23 procent, men endast 1,3 procent bedömdes lida av missbruk/beroende. Det sistnämnda stämmer till eftertanke då alkoholkonsumtionen i Sverige nu är den högsta på 100 år och uppgår till cirka 10 liter 100 procent alkohol/innevänare 15 år och äldre, efter en ökning på närmare 25 procent på 5 år [4]. Cirka 14 procent av männen i åldern 18–54 år och 6 procent av kvinnorna hade 1996 en riskabelt hög konsumtion, en andel som nu säkert har ökat [5, 6].

En nyligen publicerad studie rapporterade att enligt enkätmetoden AUDIT drack kvinnor alkohol oftare och mer år 2001 än år 1997 [7]. Prevalensen alkoholmissbruk/alkoholism i den allmänna befolkningen i Sverige har uppskattats

till 10 procent [8] och än högre bland primärvårdspatienter [9]. Till detta kan läggas de personer som missbrukar tabletter och illegala droger; i Stockholms län beräknades för 1996 att 25 000 personer hade använt narkotika minst en gång under det senaste året [5]. Uppgifter från olika källor visar att en markant ökning av narkotikabruk och tungt narkotikamissbruk har konstaterats på senare år [10].

Utmärkande för substansrelaterade störningar är förnekandet av problemet, inte minst inför sig själv. Det är således ett svår-diagnostiserat tillstånd [11], men det finns hjälpmedel att identifiera riskabelt alkohol- och drogbruk utifrån anamnes, standardiserade och validerade instrument samt biokemiska markörer (www.orebro.se/vardpraxis/ALKOHOL/Frameinstrument).

Koppling till missbruk

En annan iögonfallande svårighet vid beroendesjukdomar är de differentialdiagnostiska svårigheterna, inte minst visavi depression och ångest. I själva verket är det, utan korrekt autoanamnes eller uppgifter från nära anhöriga, hart när omöjligt att skilja dessa tillstånd åt vid en klinisk intervju. Denna brist på

En annan iögonfallande svårighet vid beroendesjukdomar är de differentialdiagnostiska svårigheterna, inte minst visavi depression och ångest.

»diagnostiskt lackmuspapper« ställer krav på läkarens utbildning, erfarenhet, empati och lyhördhet för patientens berättelse och kliniska framtoning.

Saken kompliceras av att ångest och depression är nära kopplat till missbruk [12, 13]. Missbruk leder därtill regelmässigt till sociala problem med ansträngda relationer till anhöriga, vänner och arbetskamrater, försämrade ekonomi och lägre (arbets-)prestationer, vilket i sin tur kan bidra till uppkomsten av depression och ångest.

Behandlingsmål

I de fall man vet att det föreligger ett alkoholmissbruk är total avhållsamhet det primära målet innan en fullständig diagnostisk värdering kan ske. Den då ofta förekommande abstinensutlösta depressionen skiljer sig inte från icke-missbruksutlöst depression annat än genom sitt förlopp; inom cirka fyra veckor har 80 procent av dem med abstinensutlöst depression blivit spontant återställda [11]. För de övriga kan antidepressiv behandling övervägas och möjligen också för dem med en anamnes talande för bipolära drag eller där ingen regress sker under de första fyra veckorna.

Alltid missbruksanamnes

Vi menar sammanfattningsvis att diagnostik av depression och ångest, på alla nivåer inom sjukvårdssystemet, inte kan ske utan en samtidig noggrann missbruksanamnes, empati och viss förtrogenhet med idag tillgängliga diagnostiska hjälpmedel. Vi vill gärna knyta an till de tankegångar som presenterades i en annan artikel i Läkartidningen [14], där författarna poängterade vikten av en god, reflekterande och förutsättningslös dialog. Kommer inte en sådan tillstånd kan många patienter bli föremål för en ofullständig diagnostisk bedömning, ineffektiv behandling och onödigt farmakakonsumtion med ökat lidande och ökade ekonomiska påkänningar för den enskilde, sjukvården och samhället som slutresultat.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Allgulander C, Nilsson B. Var fjärde patient lider av ångest och depression. Läkartidningen 2003;100:832-8.
2. Nettelblad P. Hur skall primärvården upp-

ANNONS

- täcka den dolda ångest/depression som finns? *Läkartidningen* 2003;100:824-6.
3. Timdahl K. Studie om ångest kan öka kunskaperna och förbättra vården. *Läkartidningen* 2003;100:1169.
 4. Leifman H, Gustafsson NK. Skäl för det nya milleniet. Stockholm: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), Stockholms universitet; 2003. Forskningsrapport nr 11, 2003.
 5. Romelsjö A. Förekomst av olika slag av riskbruk och beroende bland ungdomar och bland medelålders i Stockholms län med tonvikt på multipelt missbruk. Folkhälsoinstitutet: Dubbel och multipelberoende. Stockholm; 1999.
 6. Hvitfeldt T, Romelsjö A, Damström Takker K. Alkohol och droger – vanor och problem i Stockholms län 1996. Stockholm: Karolinska Institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, och Centrum Alkohol- och Dropprevention (CADP), Samhällsmedicin; 2000.
 7. Bergman H, Källmén H. Svenska kvinnor har fått mer riskfyllda och skadligare alkoholvanor. Undersökning av förändringar i svenskarnas alkoholvanor åren 1997–2001. *Läkartidningen* 2003;100:1028-35.
 8. Ottosson JO. Psykiatri. Stockholm: Almqvist&Wiksell; 1988. p. 499
 9. Andréasson S, Graffman K. Alkoholprevention i primärvården. Patienter positiva till att frågor om alkohol och livsstil tas upp. *Läkartidningen* 2002;99:4252-5.
 10. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 2002. Stockholm: CAN; 2002.
 11. Simson JM. Alcohol and substance abuse among medical residents. *JAMA* 2000; 284:2874.
 12. Wetterling T, Junghanns K. Psychopathology of alcoholics during withdrawal and early abstinence. *Eur Psychiatry* 2000;15: 483-8.
 13. Brown SA, Schuckit MA. Changes in depression among abstinent alcoholics. *J Stud Alcohol* 1988;49:412-7.
 14. Granvik M, Hallberg H. Allmänläkarna sjukskrev, men kom inte dialogen med patienten i skymundan? *Läkartidningen* 2003; 100:1036-41.

Läkemedelsverket i slutreplik om ALLHAT: Behandlingsrekommendationerna har skrivits av professionen

Järhult och Lindahl anser att Läkemedelsverket haft 13 år på sig att implementera sina egna rekommendationer i den verkställande makten över läkemedels rangordning. Vad kan vi göra mer än att framföra att alfablockerarna är att se som tredje- eller fjärdehandsalternativ? Läkemedelsverket har inget mandat avseende tillsyn av vad och hur läkarna agerar.

BJÖRN BEERMANN
professor, Läkemedelsverket

■ Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer om hypertoni, i likhet med andra behandlingsrekommendationer, författades inte av Läkemedelsverket utan av ett trettiotal av Sveriges ledande hypertoniexperter inklusive namnkunniga allmänläkare såsom Calle Bengtsson, Lars Lindholm, Mats Ribacke, Bengt Scherstén och Hans Åberg. I stora drag gäller de fortfarande, trots alla nya stora studier. Det framfördes bl a att både hos yngre och äldre är betablockerare och diuretika förstahandsmedel såvida inte medicinska skäl föreligger för annan behandling. Som ett exempel angavs att kalciumantagonister är ett bättre alternativ än betablockerare för astmatiker.

Järhult och Lindahl funderar i *Läkartidningen* 22/2002 (sidorna 1993-4) över om det var rätt att i så många år förordat preventiva farmaka som inte visat sig påverka »centrala endpoints«. Denna fundering framstår som märklig med tanke på de rekommendationer om hypertoni som nyligen publicerats [1] i *JAMA* och som sammanställts av ledande experter i USA: »Pharmacologic treatment. Excellent clinical outcome data prove that lowering BP with several classes of drugs, including angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors, angiotensin-receptor blockers (ARBs), beta-blockers, calcium channel blockers (CCBs), and thiazide-type diuretics, will all reduce the complications of hypertension.«

Orsaken till den ökade morbiditeten av alfablockerarna i ALLHAT-studien, som Järhult och Lindahl återkommer till ett antal gånger, är inte klarlagd. Det kan röra sig om biverkningar men även bristande effekt avseende skydd mot komplikationer av hypertoni.

Vad beträffar frågan om Läkemedelsverkets politik påverkas av att myndigheten nästan helt finansieras av läkemedelsbolagen ber jag att åter få ställa

frågan: Vilken politik? Informationspolitik? Den som har tid att läsa exempelvis våra läkemedelsmonografier har förhoppningsvis upptäckt att vi ofta uttrycker oss ganska negativt om många nya läkemedel.

Vi håller däremot helt med om att samhället inte satsar på ordentliga resurser för oberoende läkemedelsinformation. Vi äskade ökade medel från staten förra året men fick primärt 0 kronor för 2003. Efter protester från många håll fick vi så småningom 6 miljoner, dvs halva vår informationsbudget, i likhet med vad vi fått de senaste 6–7 åren.

Även med kraftigt ökade anslag ter det sig orimligt att Läkemedelsverket skulle referera alla medicinska nyheter som publiceras. Allmänläkaren kan kanske bättre använda den tid han använder för att följa flödet från läkemedelsbolagen?

Produktresuméerna är de dokument som styrs av läkemedelsmyndigheterna, och de innehåller officiellt godkänd information. För en fullödlig information rekommenderas dessa framför Fass. De finns tillgängliga på www.mpa.se respektive www.emea.eu.int. Läkemedelsverket har ingen roll i omarbetningen av dessa texter till Fass-texter. Ansvaret för dessa ligger hos Fassredaktionen och läkemedelsföretagen.

Järhult och Lindahl anser att Läkemedelsverket haft 13 år på sig att implementera sina egna rekommendationer i den verkställande makten över läkemedels rangordning. Vad kan vi göra mer än att framföra att alfablockerarna är att se som tredje- eller fjärdehandsalternativ? Läkemedelsverket har inget mandat avseende tillsyn av vad och hur läkarna agerar.

Referens

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. *JAMA* 2003 May 21;289(19):2560-71.