

## Behandling av funktionella somatiska syndrom effektiv i specialistvård, osäker i primärvård

■ I primärvården gäller att ett av fem nybesök visar kroppsliga symtom för vilka läkaren inte finner någon bakomliggande medicinsk orsak. Patienterna tenderar att återkomma och utveckla funktionsnedsättning, trots att utredningen inte givit stöd för förekomst av kroppslig sjukdom.

För sådana tillstånd, allt oftare kallade funktionella somatiska syndrom, har psykiatriska/psykologiska interventioner (»mental health interventions«) prövats – med gott resultat i vissa fall. I primärvården är det dock ovanligt att patienter med funktionella somatiska syndrom får möjlighet till sådan behandling.

I en systematisk översikt av tre vanliga tillstånd – kroniskt trötthetssyndrom, irriterad kolon och ländryggssmärta – undersöktes effekten av olika psykoterapi och av antidepressiv behandling. 61 randomiserade, kontrollerade behandlingsstudier av god kvalitet identifierades. Kognitiv terapi och beteendeterapi

visade positiv effekt vid kroniskt trötthetssyndrom och ländryggssmärta. Antidepressiva läkemedel hade effekt på irriterad kolon. Behandlingarna var ofta effektivare i specialistvård (»secondary care«) än i primärvård. Skillnaden förklaras sannolikt av att patienterna i specialistvård hade mer besvär från början och i regel fick ambitiösare behandling och tätare uppföljning.

**Problem finns** i denna typ av forskning. Endast ett fåtal studier är utförda i naturligt primärvårdsmiljö. De studier som utförts i specialistvården ger ofta otillräcklig information om innehållet i de genomförda behandlingarna, om patienturvalet, om långtidseffekterna och innehåller därtill sällan kostnad–nyttaanalyser. En mångfald av utvärderingsinstrument försvårar jämförelser mellan studierna. Detta medför att forskningen ännu ger otillräcklig vägledning för hur patienter med funktionella somatiska syndrom bör behandlas i primärvården.

Författarnas analys utmynnar i konkreta rekommendationer för hur studier bör genomföras för att kunna ge användbara resultat i framtiden.

**Anders Lundin**

*anders.lundin@reh.ds.sll.se*

*Raine R, et al.*

*Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? BMJ 2002;325:1082.*

## Hälften av all alkohol borde inte ha druckits

■ Det har hittills saknats tillförlitliga data från befolkningsstudier som klargör hur stor andel som dricks på ett medicinskt tillrådligt sätt av den alkohol som dricks. I en ny studie av Foster och medarbetare görs en beräkning av dels hur stor andel av allt drickande som överstiger medicinska riktlinjer (i USA >2 standardglas per dag), dels hur stor andel av all alkohol i USA som konsumeras av ungdomar under 21 år.

Data från tre översiktsundersökningar från år 1999 med sammanlagt 217 192 svarande över tolv års ålder utnyttjades för studien. Från dessa källor beräknades medianvärden för antalet dagar med alkoholkonsumtion under de senaste 30 dagarna och antalet standardglas som konsumerades på dessa dagar för olika åldersgrupper.

**Antalet standardglas** som konsumeras per månad i USA beräknades till 4,21 miljarder. Av dessa konsumerades 19,7 procent av ungdomar under 21 års ålder. 30,4 procent av all alkohol dracks av vuxna utöver den rekommenderade medicinska gränsen på två standardglas per dag.

Med gällande amerikanska ålders-

*Tung last från Danmark – hälften borde kanske ha stannat kvar.*

gränser och med hänsyn till rekommenderat alkoholinlag kan man alltså konstatera att hälften av alkoholen inte borde ha druckits.

Motsvarande svenska beräkningar saknas. Sannolikt skulle resultatet bli likartat. Å ena sidan har vi en lägre åldersgräns i Sverige, varför en hel del av det drickande som i USA kategoriseras som underårigt här skulle kategoriseras som vuxet. Å andra sidan svarar troligen berusningsdrickandet för en större andel

av alkoholkonsumtionen i Sverige än i USA.

**Sven Andréasson**

*sven.andreasson@spo.sll.se*

*Foster SE, et al.*

*Alcohol consumption and expenditures for underage drinking and adult excessive drinking. JAMA 2003;289:989-95.*