sektorspsykiatriska öppenvårdsmottagning.

Från primärvården finns återigen andra erfarenheter av återkommande möten med missbruks- och beroendepatienter. Framför allt tidigare trodde dessa patienter att de lättare kunde komma över sina droger hos allmänläkaren än hos psykiatern.

Våra olika inställningar i bensodiazepinfrågan formas av flera faktorer såsom personliga erfarenheter, terapeutisk skolning och inriktning samt myndigheternas och den allmänna opinionens attityder. För mig ter sig Stefan Borgs och medarbetares artikel i Läkartidningen 5/86 som en beskrivning från en annan värld med mycket hög incidens och prevalens av beroende och missbruk [10]. Den stora skillnaden i våra slutsatser måste bero på helt skilda patientmaterial och urval av referenser samt olika användning av begreppsdefinitioner. De beroendepatienter som för övrigt finns representerade på Borgs avgiftningsklinik, finns inte med i min verksamhet.

Några råd till primärvården

Internationella studier visar att allmänläkarna står för ca 80 procent av bensodiazepinförskrivningen [2]. (I svensk statistik anges att psykiatrer står för 20 procent.) Eftersom en så stor del av ångestpatienterna får sin hjälp genom primärvården vill jag rekommendera mina kolleger följande förhållningssätt då förskrivning av bensodiazepiner övervägs:

Undvik slentrianförskrivning och så långt möjligt riskgrupperna, inventera behandlingsalternativen, undvik att använda mer än ett bensodiazepinpreparat till samma patient, följ upp en bensodiazepinförskrivning och ange diagnos eller symtom i journalen samt remittera längre behandlingsbehov till psykiater för medbedömning eller övertagande.

Genom att på detta sätt visa respekt och urskillning inför bensodiazepinerna [7] kan man reducera en onödig förskrivning och felanvändning som kan utgöra inkörsporten till beroende och missbruk.

Konklusion

Sammanfattningsvis visar mina erfarenheter att bensodiazepinerna fortfarande har ett stort värde vid behandling av olika ångesttillstånd i de fall där den modernare farmakoterapin inte räcker till eller ger oacceptabla biverkningar. De terapeutiska doserna kan oftast hållas lägre än de allmänna doseringsanvisningar som ges i litteraturen. Detta kan delvis ha sin förklaring i att den övervägande delen av patienterna i vårt material samtidigt använde ett serotonergt läkemedel, samt att vår ambition varit att utvärdera lägsta terapeutiska dos. Om bensodiazepinerna hanteras med urskillning är beroende- och missbruksproblemen anmärkningsvärt få.

I WHO-rapporten finns en tänkvärd formulering:

The combination of justified fears and imaginary threats leads sometimes to radical action by drug regulatory authorities against benzodiazepines, which have been questioned on both pharmaceutical and psychotherapeutic grounds. Objective discussions, based upon reliable data, are necessary in order to avoid misguided judgements about this group of drugs, as well as about those patients who take them. [2]

Referenser

1. Mindus P. Paniksyndromet – en psykisk sjukdom som för patienten till somatiker. Ont i själ och hjärta. Symposium vid medicinska riksstämman1991. New Baskerville: Svensk förening för konsultationspsykiatri, 1993.
2. Rational use of benzodiazepines. WHO/PSA/96.11. Geneva: World Health Organization, 1996.
3. Dencker SJ. PM om benso. CNS NewsTips 1997; nr 3. Partille: Pharmacia & Upjohn Sverige AB.
4. Khan I. International regulation of benzodiazepines. Progr Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1992; 16: 9-16.
5. American Psychiatric Association. Task force report: Benzodiazepine dependence, toxicity, and abuse. Washington DC: APA, 1990.
6. Allgulander C. Farmakoterapi vid ångest – rekommendationer. Information från Läkemedelsverket 1:95. Uppsala, 1995.
7. Ottosson JO. Visa respekt och urskillning inför bensodiazepiner! Läkartidningen 1991; 88: 2438-40.
8. Borg S. Farmakoterapi vid ångest – rekommendationer. Information från Läkemedelsverket 1:95. Uppsala, 1995.
9. WHO Expert Committee on Drug Dependence. Twenty-eighth report. Geneva: World Health Organization 1993 (WHO Technical Report Series, no 836).
10. Borg S, Blennow G, Sandberg P, Tönne U, Wikander B. Bensodiazepinberoende och andra långtidsbiverkningar – en översikt. Läkartidningen 1986; 83: 321-4.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

SMITTNYTT

Mystisk spirillsjukdom i Värmland

Från kolleger i Danmark fick epidemiologiska enheten vid SMI följande rapport i mitten av augusti:

I början av juni paddlade tolv danskar kanot på Bärhusälven i västra Värmland till sjön Västra Silen. En av dem slog upp ett sår på ankeln när han vadade på grunt vatten. Ett dygn senare svullnade ankeln och foten, efter ytterligare ett dygn fick han feber och generella muskelsmärtor.

Patienten låg fem dygn i stugan i Sverige med Heracillin peroralt innan han den 15 juni svårt påverkad lades in på sjukhus i Danmark med septisk bild, generell ledsvullnad och subkutana noduli på underbenet, varav flera med blåsbildning. På höger laterala malleol fanns en sårskorpeliknande 2 cm stor varfylld blåsa med central nekros. Njurpåverkan noterades med klinisk hematuri och proteinuri.

Intravenöst penicillin i två dygn gav ringa bättring, men sedan man bytt till intravenöst doxycyklin sjönk febern efter ett dygn.

Aspiration från blåsa och odling i leptospiramedium gav växt av 5–10 µm långa, tunna spiriller, synliga i faskontrastmikroskop. Dessa kunde inte identifieras som någon i Danmark känd leptospiratyp. Serologi på patienten var också negativ.

Möjligen fick också en annan av deltagarna liknande symtom efter kanotturen, men tillfrisknade. Denne skall i mitten av augusti ha lagts in på infektionsklinik för kvarstående rygg- och muskelsmärtor.

På resa genom Värmland i början av augusti tog en medicinare vid det förstnämnda sjukhuset med sig ett vattenprov hem från älven i en 1,5 liters flaska. När en av mikrobiologerna på hemsjukhuset öppnade flaskan råkade hon få vatten över underarmen, och insjuknade efter ett dygn i en snarlik klinisk bild. Mikroskopi på blåsinnehållet visade likadana spiriller som hos den första patienten.

Inga liknande fall är kända från Sverige. Smittskyddsläkaren i Värmland har gjort en preliminär rundfråga bland distriktsläkare i området, men utan resultat. Vi är nu mycket intresserade av rapporter från andra kolleger i landet om fall liknande dessa.

Epidemiologiska enheten
Smittskyddsinstitutet