

# Skimun fyrir algengi geðraskana 1984 og 2002 og ávísanir geðlyfja 1984 og 2001

## Ágrip

Tómas Helgason<sup>1</sup>  
GEÐLÆKNIR

Kristinn  
Tómasson<sup>2</sup>

GEÐ- OG EMBÆTTISLÆKNIR

Eggert Sigfússon<sup>3</sup>  
LYFJAFRÆÐINGUR

Tómas Zoëga<sup>4</sup>  
GEÐLÆKNIR

Tilgangur rannsóknarinnar er að athuga hvort skýringa á aukinni geðlyfjanotkun sé að leita í auknu algengi geðraskana eða einkenna sem benda til þeirra.

**Efniviður og aðferðir:** Gögn voru fengin úr skimleit 1984 með GHQ-30 og úr rannsókn á geðlyfjaávisunum utan sjúkrahúsa í Reykjavík í mars sama ár. Til samanburðar voru fengin gögn úr skimleit með GHQ-12 sem gerð var í ársbyrjun 2002 og geðlyfjaávisanir sem innleystar voru í apótekum 2001.

**Niðurstöður:** Hlutfall fólks sem hafði engar kvartanir breyttist ekki, hélst um 60%. Þó jókst nokkuð hlutfall karla sem höfðu engar kvartanir, en minnkaði ómarktækt meðal kvenna. Geðraskanir eru mjög líklegar hjá þeim sem höfðu fjórar eða fleiri kvartanir samkvæmt fyrri skimleitinni og þrjár eða fleiri kvartanir samkvæmt þeirri seinni. Algengi geðraskana breyttist ekki marktækt, úr 16,1% í 17,5% miðað við þessa skilgreiningu. Ef þeim sem ekki náðu greiningarmörkum 2002 en tóku geðlyf allt árið er bætt við hækkaði algengið marktækt í 20,7%. Ef skilgreiningunni fyrir geðröskun er breytt með því að fækka kvörtunum um eina bæði árin hélst algengið óbreytt um 18% meðal karla en jókst úr 20,5% í 29,4% meðal kvenna ( $p < 0,05$ ). Algengi samkvæmt þessum skilgreiningum var mest bæði árin í yngsta aldurshópnum og minnst í þeim elsta.

Magn geðlyfja, annarra en svefnlyfja, sem var ávísað til fólks á aldrinum 20-59 ára tvöfaldaðist. Magnaukningin var svipuð hjá körlum og konum og í öllum aldurshópnum, þó að hún væri hlutfallslega mest í yngsta hópnum. Heildarmagn geðlyfja sem voru innleyst í apótekum jókst um 56% samanborið við 47% aukningu í allri lyfjasölu.

**Ályktun:** Aukin notkun geðlyfja skýrist að litlu leyti af auknu algengi geðraskana frekar en aukin sala lyfja almennt skýrist af verra heilsufari þjóðarinnar. Líklegra er að lækna- og leikir þekki betur möguleikana til að draga úr vanlíðan og vanheilsu með betri lyfjum en áður hafa þekkt.

## Inngangur

Sívaxandi sala geðdeyfðarlyfja hefur orðið mörgum umhugsunar- og umræðuefni, ekki síst höfundum þessarar greinar (1-3). Sala annarra lyfja hefur einnig aukist mikið á síðustu 20 árum. Lyfjasala almennt

## ENGLISH SUMMARY

Helgason T, Tómasson K, Sigfússon E, Zoëga T

**Screening for mental disorders in the community 1984 and 2002 and prescriptions for psychopharmaca in 1984 and 2001**

Læknablaðið 2004; 90: 553-9

**Background:** During the past 15 years the use of psychotropic medication has increased markedly. The question addressed in this paper is whether this increase is related to change in prevalence of psychiatric disorders or symptoms.

**Material and methods:** Two data sets were used. Data from a screening of the population aged 20 to 59 years in 1984 using GHQ-30 and prescriptions for psychotropic medications filled during March that year for outpatients in Reykjavík. Secondly, data from a population screening in January 2002 using GHQ-12 for the same age range, and all psychotropic prescriptions filled by outpatients in 2001.

**Results:** The prevalence of those without complaints did not change. It remained about 60%. Using a cut off 4/3 for GHQ-30 and 3/2 for GHQ-12 the prevalence rates were 16.1% and 17.5%, respectively. By assuming that symptom-free drug users would have reached the cut-off level the prevalence increased to 20.7%. Using a cut off score of 3/2 and 2/1, respectively, the prevalence for men in both years was around 18% while that for women increased from 20.5% to 29.4% ( $p < 0.05$ ). In both years the prevalence was highest in the youngest age group and lowest in the oldest. Psychotropic prescriptions other than hypnotics doubled. Proportionally the increase was similar for men and women, but more marked among the younger age groups. The increase in prescriptions filled for all psychotropics was 56% compared to 47% increase in the sale of all medications.

**Conclusion:** Increase in the use of psychotropics is explained to a limited extent only by possibly higher prevalence of psychiatric disorders. The use of psychotropics has increased along with that of other medications, but at slightly higher pace, which may reflect the results of awareness campaigns among physicians and the general public and more effective and better tolerated medications.

**Keywords:** mental disorders, screening, prevalence, prescriptions.

**Correspondence:** Tómas Helgason, [tomashe@isholf.is](mailto:tomashe@isholf.is)

jókst í skilgreindum dagskömmtum á 1000 íbúa um 47% frá 1984-2001, en sala geðlyfja jókst heldur meira eða um 64% (4, 5). Greiningu og meðferð

<sup>1</sup> Miðleiti 4, 103 Reykjavík.

<sup>2</sup> Rannsókn- og heilbrigðisdeild Vinnueftirlits ríkisins, <sup>3</sup>Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti, Skrifstofa lyfjamála,

<sup>4</sup> Geðdeild Landspítala.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Tómas Helgason, Miðleiti 4, 103 Reykjavík. [tomashe@isholf.is](mailto:tomashe@isholf.is)

**Lykilorð:** geðraskanir, skimun, algengi, lyfjaávisanir.

geðraskana í samfélaginu hefur til skamms tíma verið talið áfátt og því ekki að undra að læknar hafi tekið við sér og reynt að bæta úr (6). Sumir hafa viljað tengja vaxandi lyfjasölu auknu álagi, hraða og streitu í nútíma samfélagi. Aukið álag hafi hugsanlega leitt til að fleiri þjáist af geðröskunum, einkum þunglyndi og kvíða, og stoðkerfisröskunum. En nokkuð hefur skort á að tiltæk gögn væru notuð til að styðjast við eða að aflað væri nýrra gagna til að sýna hvort breytingar hafi orðið á tíðni þessara sjúkdóma. Þrátt fyrir þær þjóðfélagsbreytingar sem hafa orðið á síðustu 20-30 árum eru engin gögn til sem gefa til kynna hvort álag og streita fólks eru meiri eða minni nú en áður. Lífsgildakannanir Hagvangs frá 1984 og Félagsvísindastofnunar frá 1990 benda ekki til að breytingar hafi orðið á ánægju fólks með lífið, vinnu, sjálfstæði í vinnu, fjölskyldu eða fjárhag (7). Lífsgildakönnun Félagsvísindastofnunar frá 1999 bendir ekki heldur til að breytingar hafi orðið (8). Hins vegar sýna opinber gögn að sala áfengis á mann hefur aukist um 50% á síðan 1980 (9).

Upp úr miðri síðustu öld var lífsgengi (lifetime prevalence) geðraskana hjá sextugu fólki, 30,9% (10). Þrjátíu árum síðar var lífsgengið áætlað 57,8% (10). Þessi hækkun skýrðist af rúmlega tvöföldun lífsgengis kvíðaraskana og rúmlega fjórföldun geðraskana vegna misnotkunar áfengis. Aukning þessi skýrist að einhverju leyti af nákvæmari aðferð sem notuðu var við síðari rannsóknina. Hún leiddi til þess að fleiri vægari kvíðaraskanir fundust. Algengi þunglyndis var svipað í þessum tveimur rannsóknum (10). Samkvæmt síðari rannsókninni var mánaðaralgengi geðraskana hjá 55-57 ára fólki 16,4% (11). Stuttu fyrir síðarnefndu rannsóknina, árið 1984, var gerð skimleitt að geðröskunum hjá fólki á aldrinum 20-59 ára með GHQ-30 (12). Samkvæmt skimleitinni voru 16,1% fólks líklega með geðraskanir auk 2,2% sem höfðu einkenni um áfengismisnotkun, en náðu ekki greiningarmörkum samkvæmt GHQ-30. Voru þessar niðurstöður svipaðar og fundust árið 1974 (13) við skimleitt með Cornell Medical Index Health Questionnaire (CMI), M-R hlutanum sem varðar geðheilsu (14). Á svipuðum tíma og skimleitin var gerð 1984 fór fram rannsókn á ávísunum á geðlyf í Reykjavík (15).

Til þess að leita svara við spurningunum um hvort algengi geðraskana hafi breyst á síðustu 20 árum og það hafi leitt til meiri notkunar geðdeyfðarlyfja var í ársbyrjun 2002 gerð skimleitt með GHQ-12 sem er stysta útgáfan af General Health Questionnaire (16), til samanburðar við fyrri skimleitt. Um svipað leyti svaraði heilbrigðisráðherra fyrirspurn á alþingi um ávísanir á geðlyf (17). Verða þau gögn sem svarið byggði á notuð til að sjá hvaða breytingar hafa orðið í ávísunum á geðlyf frá 1984 til sjúklinga utan sjúkrahafstofnana.

## Gögn og aðferðir

*Skimun:* GHQ (General Health Questionnaire (16)) hefur verið notað um víða veröld til að skima fyrir geðröskunum á síðustu 30 árum. Gerðar hafa verið mislangar útgáfur af prófinu. Upphaflega var það með 60 spurningum, en síðar hafa verið gerðar styttri útgáfur þar sem spurningum hefur verið fækkað í 36, 30, 28 og 12 sem hafa haft svipaða próffræðilega eiginleika. GHQ-30 sem notað var hér á landi 1984 hefur allar spurningarnar sem eru í GHQ-12, sem mest hefur verið notað á seinni árum og var notað hér 2002. Á árinu 1984 var sendur spurningalisti til slembiúrtaks fólks á aldrinum 20-59 ára til að rannsaka áfengisneyslu og hugsanlegar geðraskanir. Spurningar voru bæði úr CMI (13) til að hafa samanburð við 1974 og úr nýrra skimprófi GHQ-30 (16). Hér verður aðeins fjallað um niðurstöður úr GHQ-30 og skimprófi fyrir áfengismisnotkun, sem var hannað 1974 (13). Svör fengust frá 2513, 1198 körlum og 1315 konum, eða 60% úrtaksins.

Í ársbyrjun 2002 gerði Gallup könnun sem byggði á 2000 manna slembiúrtaki fólks á aldrinum 20-75 ára og lagði fyrir GHQ-12 (18). Þátttakendur voru einnig spurðir hvort læknar hefðu sagt því að það væri með kvíða- eða þunglyndisröskun og hvort þeir hefðu notað geðlyf á næstliðnu ári. Loks voru spurningar sem gátu benti til áfengismisnotkunar. Svör fengust aðeins frá 1062 einstaklingum, rúmlega 50%. Í þessari grein verða einungis notuð svör frá fólki á aldrinum 20-59 ára til samanburðar við fyrri rannsókn, samtals 804 svör frá 382 körlum og 422 konum.

Til að ákvarða hverjir væru með hugsanlegar geðraskanir voru notuð sömu greiningarmörk fyrir GHQ-30 og höfundur prófsins gerði, 4/3, það er þeir sem svöruðu fjórum eða fleiri spurningum játandi, og mörkin 3/2 (þrjú eða fleiri já) sem reyndust hafa meira næmi hér á landi en 4/3 og sömu sértækni (19). Ekki hefur verið gerð sams konar próffræðileg athugun á GHQ-12 hér á landi. Fyrir GHQ-12 völdum við greiningarmörkin 3/2 sem fengin eru sem meðaltal í rannsókn á vegum Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) í 15 borgum (18). Þessi greiningarmörk eru notuð til samanburðar við gildin sem fengust við mörkin 4/3 með GHQ-30, og mörkin 2/1 í GHQ-12, til samanburðar við gildin sem fengust með mörkunum 3/2 með GHQ-30. Skimprófið sem notað var 1984 til að finna hugsanlega áfengismisnotendur hefur næmi og sértækni um 85%. Í könnuninni 2002 var skimað fyrir hugsanlegri áfengismisnotkun með spurningu um hvort áfengisnotkun væri vandamál að mati fjölskyldu, vina, vinnuveitanda eða að eigin áliti. Slíkar spurningar voru í skimprófinu sem notað var 1984 og höfðu mikla fylgni við önnur einkenni um misnotkun (20).

*Lyfjaávísanir:* Skráðir voru allir lyfseðlar með geðlyfjum frá apótekunum í Reykjavík, sem Sjúkrasam-

lag Reykjavíkur greiddi í mars 1984. Lyfin voru flokkuð eftir ATC-kerfi og lyfjamagn á hverjum lyfseðli umreiknað í skilgreinda dagskammta og þannig fundið hve miklu var ávísað á hverja 1000 íbúa á dag (DDD/1000/dag) (15).

Vegna fyrirspurnar á alþingi fékk heilbrigðisráðuneytið sams konar upplýsingar frá öllum apótekum á landinu fyrir allt árið 2001 og er hægt að bera þær saman við niðurstöðurnar frá 1984.

Til að meta tölfræðilega mismun á algengi samkvæmt skimun er notuð staðalvilla mismunarins (standard error (S.E.) of the difference). Sé mismunurinn meiri en tvöföld staðalvillan er marktæknin  $p < 0,05$ .

### Niðurstöður

Af töflu I sést að rúm 60% úrtaksins höfðu engar kvartanir 1984 og rúm 62% árið 2002. Rúm 39% höfðu eina eða fleiri kvartanir 1984, 37,6% árið 2002. Kvartanalausum körlum fjölgaði marktækt úr 58,6% í 66,5% (staðalvilla mismunar 3,6%), en kvartanalausum konum fækkaði ómarktækt úr 62,6% í 58,8% (staðalvilla mismunar 3,5%). Þegar komið er í fjórar kvartanir eða fleiri breiðkar bilið eins og búast má við vegna þess að í fyrri rannsókninni var möguleiki til að játa fleiri kvörtunum. Aðalbreytingin sem verður milli ára er að körlum með kvartanir hefur fækkað en konum með eina til tvær kvartanir hefur fjölgað. Töflu I má einnig nota til að velja skurðpunkt (cut-off) í prófunum tveimur til að bera saman hvað sé líklegt algengi geðdeyfðar- og kvíðaraskana, eins og gert er í töflu II. Í töflu I er einnig sýnt hve stór hluti þeirra sem höfðu mismunandi kvartanafjölda hafði notað lyf á árinu byggt á 774 svörum við spurningunni. Hjá þeim sem höfðu fleiri en sex kvartanir hafa hlutföllin litla meiningu vegna þess hve fáir eru í hverjum hópi. Fjarri fer að allir sem hafa þrjár eða fleiri kvartanir sem benda til geðraskana hafi tekið lyf, rúm 70% þeirra hafa ekki tekið lyf. Á hinn bóginn tóku tæp 8% þeirra sem enga kvörtun höfðu lyf á árinu, þar af 2,2% daglega.

*Algengi.* Eins og sjá má af töflum II og III hefur algengi geðraskana miðað við þrengri (hærri) mörkin

**Table I.** Prevalence by cumulative number of symptoms according to GHQ-30 in 1984 and GHQ-12 in 2002 and gender and per, cent of drug users by number of symptoms 2002.

	1984: GHQ-30			2002: GHQ-12			2002; Drug users %
	Men	Women	Total	Men	Women	Total	Total
Number	1198	1315	2513	382	422	804	99
Symptoms							
0	58.60	62.59	60.68	66.49	58.77	62.44	7.8
1+	41.40	37.41	39.32	33.51	41.23	37.56	21.2
2+	27.21	26.23	26.70	18.32	29.38	24.13	24.5
3+	18.78	20.53	19.70	13.09	21.56	17.54	27.1
4+	14.53	17.56	16.12	10.21	16.35	13.43	33.3
5+	12.02	14.37	13.25	7.33	11.85	9.70	37.0
6+	10.19	12.01	11.14	5.24	9.00	7.21	32.7
7+	8.35	9.81	9.11	3.93	7.82	5.97	33.3
8+	6.76	8.51	7.68	2.36	5.69	4.10	33.3
9+	5.51	7.53	6.57	1.05	4.27	2.74	33.3
10+	4.43	6.69	5.61	0.79	3.08	1.99	33.3
11+	4.01	6.00	5.06	0.00	2.13	1.12	50.0
12+	3.09	5.32	4.26	0.00	1.18	0.62	60.0
13+	2.50	4.56	3.60	-	-	-	-

ekki breyst marktækt á þessu tímabili. Algengið var heldur meira hjá konum en körlum, marktækt meira 2002 (tafla II). Sé algengi áfengismisnotkunar tekið með hverfur þessi marktækni (tafla III). Rétt er að vekja athygli á að algengi áfengismisnotkunar hefur aukist mjög hjá konum, þó að munurinn milli ára sé ekki tölfræðilega marktækur. Algengi annarra geðraskana breytist lítið eftir aldri, ef frá er talinn yngsti aldurshópurinn, en í honum er algengið marktækt hærra en í þeim elsta (tafla IV). Sé miðað við lægri mörkin sem ná fólki með færri kvartanir hefur algengið aukist marktækt, vegna aukningar hjá konum um tæp 8%, sérstaklega hjá konum undir fertugu. Algengi þeirra sem eru á aldrinum 30-39 ára jókst einnig um tæp 8%.

Af töflu II sést að tæp 13% þeirra sem svörðuð skimkönnuninni 2002 sögðust hafa notað tauga- eða geðlyf á undanfögnu ári, 7,2% höfðu aðeins notað þau hluta af árinu. Með því að gera ráð fyrir að þeir sem tóku lyf aðeins hluta úr ári hafi tekið þau í hálf

**Table II.** Screening for prevalence (per cent) of mental disorders (S.E.) in the community among people aged 20-59 years in 1984 by GHQ-30 and in 2002 by GHQ-12 with different cut-off points and by gender compared to prescriptions filled for psychopharmaca other than hypnotics in Reykjavik in March 1984 and in the whole country in 2001 and to self-reported use in 2002

Year	1984 GHQ-30		2002 GHQ-12		S.E. of difference		1984	2001	2002
	A	B	C	D	A-C	B-D	DDD/100/day without hypnotics		Self-re- ported use %
Cut-off	4/3	3/2	3/2	2/1					
Men (M)	14.5 (1.02)	18.9 (1.13)	13.1 (1.68)	18.3 (1.98)	2.00	2.28	4.35	8.69	9.8 (1.55)
Women (F)	17.6 (1.05)	20.5 (1.11)	21.6 (2.00)	29.4 (2.22)	2.26	2.48	6.69	14.92	15.5 (1.80)
Total	16.1 (0.73)	19.7 (0.79)	17.6 (1.34)	24.1 (1.51)	1.53	1.70	5.37	11.77	12.8 (1.20)
S.E. M-F	1.46	1.58	2.61	2.97	-	-	-	-	2.38

**Table III.** Prevalence % (S.E.) according to GHQ-30 (cut-off 4/3) and GHQ-12 (cut-off 3/2) and screening for alcohol abuse (Aa) by gender among people aged 20-59 years

Screening	Men		Women		S.E. of difference	
	1984	2002	1984	2002	Men	Women
GHQ 4/3 (3/2), only	12.3 (0.95)	11.5 (1.71)	17.0 (1.03)	20.3 (2.09)	1.96	2.33
GHQ 4/3 (3/2) + Aa*	2.3 (0.43)	2.0 (0.75)	0.6 (0.21)	0.8 (0.47)	0.87	0.51
Aa*, only	4.3 (0.59)	4.3 (1.09)	0.5 (0.19)	1.6 (0.66)	1.24	0.68
Mental disorders, total	18.9 (1.13)	17.8 (2.05)	18.1 (1.06)	22.7 (2.18)	2.34	2.42

\* Symptoms indicating alcohol abuse.

**Table IV.** Prevalence % of mental disorders according to screening with GHQ-30 1984 og GHQ-12 2002 and different symptom levels (cut-off points) by age and standard error (S.E.) of the difference and prescriptions filled for psychopharmaca other than hypnotics in Reykjavik in March 1984 and in the country in 2001 in Daily Defined Doses per day per 100 in each age group.

Age	GHQ-30	GHQ-12	S.E. a-b	GHQ-30	GHQ-12	S.E. c-d	DDD/day/100	
	4/3 (a)	3/2 (b)		3/2 (c)	2/1 (d)		- hypnotics	
	1984 - %	2002 - %		1984 - %	2002 - %		1984	2001
20-29*	19.63*	21.33*	1.87	24.66	27.96	3.44	1.42	6.62
30-39	14.14	17.17	1.71	17.61	25.32	3.16	3.79	10.47
40-49	14.43	17.35	2.12	17.28	24.00	3.49	9.70	14.19
50-59*	14.95*	13.5*	2.21	16.82	17.79	3.50	11.20	17.67
Total	16.12	17.56	1.53	19.70	24.16	1.70	5.37	11.77

\* S.E. of difference 1984 2.21; 2002 3.76.

**Table V.** Prescriptions filled for psychopharmaca in DDD/1000/day 1984 (S.E.) and 2001 by gender, all ages

	Men		Women		All	
	1984	2001	1984	2001	1984	2001
Neuroleptics	3.4 (0.30)	6.9	4.2 (0.30)	5.5	4.0 (0.21)	6.2
Antidepressants	8.2 (0.43)	53.8	13.5 (0.54)	93.6	10.9 (0.35)	73.7
Tranquilizers	26.7 (0.78)	13.2	41.6 (0.94)	21.2	34.4 (0.61)	17.2
Hypnotics	31.6 (0.84)	36.2	57.5 (1.09)	62.7	45.0 (0.70)	49.5
Any psychotropic	70.3 (1.23)	110.1	116.8 (1.51)	183.0	94.2 (0.98)	146.6

ár má ætla að meðferðarheldnin hafi verið um 75%, væntanlega meiri fyrir kvíðalyfin og minni fyrir geðdeyfðarlyfin. Meðal þeirra sem voru undir greiningarmörkunum 3/2 á GHQ-12 voru 3,2% sem tóku lyf daglega. Hefði meiri lyfjameðferð ekki komið til er hugsanlegt að þeir hefðu náð greiningarmörkunum 2002 og algengið hækkað samkvæmt því í 20,7%, sem er marktækt hærra en 16,1% 1984 (staðalvilla mismunar er 1,46%).

*Lyfjaávisanir.* Af töflu II má sjá að aukningin á ávísuðu magni lyfja handa körlum 20-59 ára var 43,4 DDD/1000/dag en 82,3 handa konum. Af töflu IV má sjá að hver aldurshópur fékk 44,9- 66,8 DDD/1000/dag meira af geðlyfjum, öðrum en svefnlyfjum, 2001 en 1984.

Á töflu V sést að ávísað magn geðdeyfðarlyfja hefur nærri sjöfaldast frá árinu 1984. Það jókst langmest í yngstu aldurshópnum, þ.e. undir 35 ára aldri. Geðdeyfðarlyfjum var ekki ávísað til barna eða unglunga undir 15 ára aldri 1984, en 2001 var ávísað 12 skilgreindum dagskömmtum handa hverjum 1000 piltum, en rúmlega sex handa 1000 stúlkum. Á aldr-

inum 15-74 ára fengu konur 50-100% meira magn af geðdeyfðarlyfjum en karlar. Hins vegar hefur ávísað magn kvíðalyfja minnkað um helming, mest hjá fólki undir 55 ára aldri svipað hjá báðum kynjum. Sé litið á geðdeyfðarlyf og kvíðalyf saman hefur ávísað magn þeirra tvöfaldast á milli þessara ára. Meira magni sefandi lyfja var ávísað 2001 en 1984, sérstaklega handa körlum. Notkun svefnlyfja hefur aukist um 10%, hlutfallslega heldur meira hjá körlum en konum. Heildaraukning ávísðra geðlyfja utan sjúkrahúsa til fólks á öllum aldri hefur því ekki numið „nema“ 56%, þrátt fyrir miklu meiri aukningu geðdeyfðarlyfja. Að frátöldum svefnlyfjum hefur ávísun geðlyfja til fólks á aldrinum 20-59 ára rúmlega tvöfaldast.

Tafla V sýnir breytingar á heildarmagni lyfja sem ávísað var á þessum tveimur tímabilum og myndir 1-3 sýna breytingar eftir aldri. Ávísað magn geðdeyfðarlyfja (mynd 1) var miklu meira í öllum aldurshópum hjá báðum kynjum 2001. Það náði hámarki hjá konum á aldrinum 55-64 ára 1984 og hélst svipað fram yfir 84 ára aldur, en árið 2001 náði magnið hámarki hjá konum 55-64 ára og fór síðan lækandi. Hjá körlum náði magnið hámarki 65-74 ára 1984, en

75-84 ára 2001. Magn kvíðalyfja minnkaði í öllum aldurshópum, einkum þeim yngri, hjá konum fram til 75 ára aldurs og hjá körlum fram til 85 ára. Magn sefandi lyfja jókst einkum hjá yngri körlum og hjá konum 55-64 ára. Áhrif breytinganna á notkun kvíða- og sefandi lyfja má marka af mynd 2 yfir heildarnotkun framan- greindra þriggja lyfjaflokka. Af myndinni má glögg sjá að geðdeyfðarlyf hafa að verulegu leyti komið í stað kvíðalyfja. Magn svefnlyfja (mynd 3) jókst lítillega hjá báðum kynjum, en aldursdreifingin breyttist ekki milli þessara tveggja tímabila, magnið jókst jafnt og þétt fram til 75-84 ára aldurs.

### Umræða

Álíka stórt hlutfall þátttakenda reyndist kvartanalaus 1984 og 2002. Bæði árin var svipað hlutfall með að minnsta kosti eina kvörtun. Að þessu slepptu verður samanburður milli einkennafjölda erfiðari vegna þess hversu mismargar spurningar voru í þessum tveimur útgáfum prófsins.

Við skimunina 1984 var ákveðið að setja greiningarmörk GHQ-30 eins og höfundur prófsins hafði gert 4/3, það er fjórar kvartanir eða fleiri gáfu til kynna að um geðraskanir væri að ræða (16) þrátt fyrir að hér á landi hefði næmi og sértækni reynst best við 3/2 (19). Var þetta einnig gert vegna þess að greiningarmörkin 4/3 gáfu svipaða niðurstöðu og fékkst með CMI-MR greiningarmörkum 10/9, en þau höfðu líka verið notuð 1974 (13) áður en athugun var gerð hér á landi á því hvaða mark hefði best næmi og mesta sértækni. Hún var hins vegar gerð samtímis fyrir GHQ-30 og CMI-MR, en fyrir síðarnefnda prófið voru bestu greiningarmörkin við 8/7. Samkvæmt rannsókninni 1974 og þeim skilmerkjum sem þá voru notuð reyndist algengið að meðtalinni áfengismisnotkun sem ekki náði greiningarmörkum með CMI vera 20,4 % (13) eða ívið hærra en 1984 þegar skimað var með GHQ-30 og notuð greiningarmörkin 4/3, en svipað og 2002 þegar skimað var með GHQ-12 og notuð greiningarmörkin 3/2. Algengi þunglyndis- og/eða kvíðaraskana virðist því ekki hafa aukist síðustu tæp 30 ár. En áður en fullyrt verður hvort hafi orðið breyting á algengi geðraskana er nauðsynlegt að gera próffræðilega athugun á GHQ-12 svipað og gert var á GHQ-30 (19).

Algengi geðlyfjanotkunar reyndist svipað í könnuninni í janúar 2002, 12,8% hjá þeim sem voru 20-59 ára, og í rannsókn okkar 2001 hjá þeim sem voru 18-75 ára, 11,7% fyrir geðdeyfðar- og kvíðalyf (2).

Algengi geðraskana virðist lítið hafa breyst þrátt fyrir þær breytingar sem orðið hafa á þjóðfélaginu, svo sem markaðsvæðingu, aukinni efnahagslegri velmegun, auknum kröfum til efnahagslegra gæða, og vaxandi misskiptingu þeirra (21, 22). Hins vegar virðist algengi þunglyndis- og/eða kvíðaeinkenna, sem ef til vill eru ekki það mikil að teljast til geðraskana,

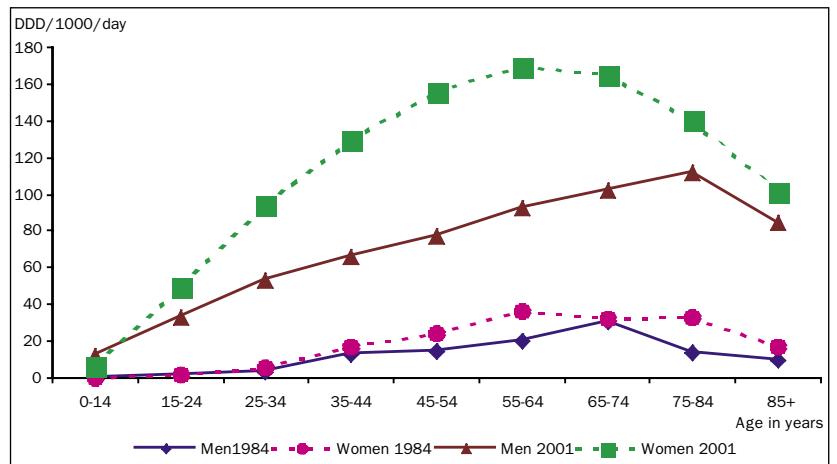


Fig. 1. Prescriptions filled for antidepressants in DDD/1000/day in 1984 and 2001 by age and gender.

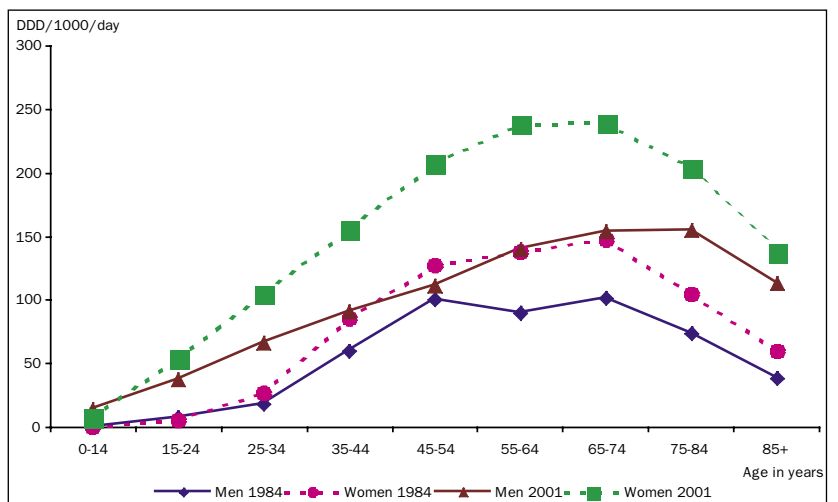


Fig. 2. Prescriptions filled for psychopharmaca (excluding hypnotics) in DDD/1000/day in 1984 and 2001 by age and gender.

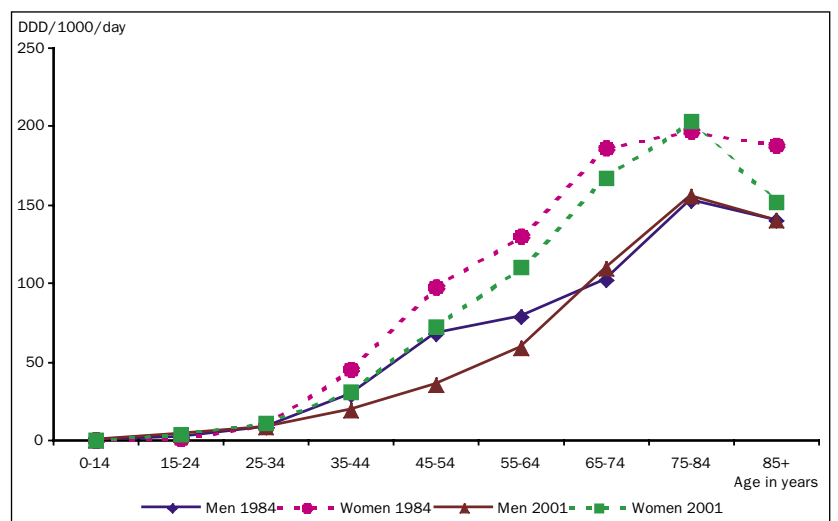


Fig. 3. Prescriptions filled for hypnotics in DDD/1000/day in 1984 and 2001 by age and gender.

hafa aukist hjá konum, einkum á aldrinum 30-39 ára. Hugsanlega hefur aukin lyfjameðferð komið í veg fyrir hækkað algengi ef gert er ráð fyrir að þeir sem

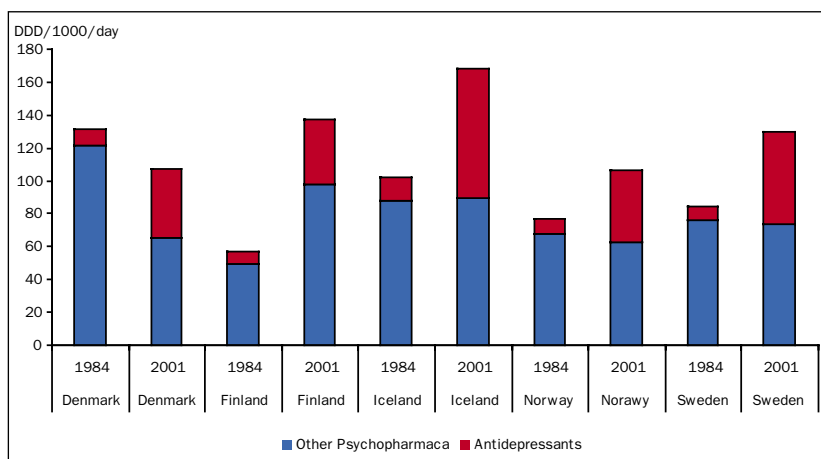


Fig. 4. Sales of psychopharmaca in DDD/1000/day in the Nordic countries 1984 and 2001.

voru á daglegri lyfjameðferð hefðu náð greiningarmörkum án hennar.

Lítið er um erlendar rannsóknir sem hægt er að bera þessar niðurstöður saman við. Flestar rannsóknir hafa verið gerðar með mismunandi aðferðum á mismunandi aldurshópum og ekki á sömu svæðum. Þetta á m.a. við stóru bandarísku rannsóknirnar frá 1981 (23) og 1990 (24). Algengi geðraskana reyndist mun meira við síðari rannsóknina, en höfundarnir gera mikla aðferðafræðilega fyrirvara við samanburðinn, svo að ekki er hægt að álykta að um raunverulega aukingu sé að ræða.

Í Bretlandi hafa verið gerðar tvær úrtaks rannsóknir 1993 og 2000 sem eru aðferðafræðilega eins og hægt er að bera saman niðurstöður fyrir aldurshópinn 16-64 ára. Engin aukning varð á þessu tímabili á heildaralgengi geðraskana sem eru sambærilegar við þær sem okkar rannsóknir taka til (25). Í Noregi og Finnlandi er verið að endurtaka rannsóknir sem gætu varpað frekara ljósi á hvort nokkrar breytingar hafi orðið á algengi geðraskana, en í báðum löndunum hefur orðið veruleg aukning í sölu geðlyfja (mynd 4).

Fjórðungur af aukningunni á ávísunum á geðdeyfðarlyf skýrist af minnkaðri ávísun á kvíðalyf, því að geðdeyfðarlyfin verka líka kvíðastillandi. Til viðbótar má minna á að sala kvíðalyfja hafði minnkað um nærri helming frá 1974 til 1984 vegna breytinga á reglum og vegna þessa að þau voru talin vanabindandi og að hætta væri á misnotkun þeirra. Samanlagt ávísad magn kvíða- og geðdeyfðarlyfja í Reykjavík 1974 var 60,2 DDD/1000/dag (26) en 90,9 DDD/1000/dag 2001 eða aukning um 51%. Áður hafa verið leiddar líkur að því að geðlyfjaávisanir í Reykjavík væru hlutfallslega heldur fleiri en annars staðar á landinu (15), svo að aukningin hefur kannske verið heldur meiri en sú sem hér er reiknuð.

Árið 1984 svaraði geðlyfjanotkunin til þess að þriðjungur þeirra sem ætla mátti að væru með einhverjar geðraskanir fengu geðlyf, en 2001 svaraði

magnið sem ávísad var til þess að tveir þriðju sjúklinganna fengu lyf.

Aukningin á geðlyfjanotkuninni skýrist varla með breytingu á algengi geðraskana nema að litlu leyti, frekar en aukning á lyfjanotkun almennt skýrist af aukningu á algengi sjúkdóma. Sennilegt er að aukin lyfjanotkun skýrist að verulegu leyti af aukinni fræðslu og þekkingu fólks á sjúkdómum og möguleikum til að bæta þá. Að því er varðar þunglyndisraskanir hefur um langt skeið verið hamrað á að þær væru vangreindar og vanmeðhöndlaðar og reynt að leiðbeina læknum og leikum í því sambandi (6). Má í þessu sambandi minna á átak landlæknis á síðustu árum, „þjóð gegn þunglyndi“ (27).

Sala geðlyfja hefur aukist á öllum Norðurlöndunum frá 1984 nema í Danmörku þar sem hún hefur minnkað vegna miklu minni sölu kvíða- og svefnlyfja. Mest hefur aukningin orðið í Finnlandi (mynd 4) þar sem sala kvíða- og svefnlyfja hefur tvöfaldast. Sala geðdeyfðarlyfja hefur aukist mikið í öllum löndunum, mest á Íslandi. Sölu-tölur segja ófullkomna sögu um lyfjanotkun vegna þess sjúklingar taka ekki lyfin eins og ráðlagt er. Sérstaklega á þetta við um geðdeyfðarlyfin sem verka ekki fyrir en eftir eina til fjórar vikur. Þau hafa og oft ýmsar aukaverkanir sem koma áður en lækningaáhrifin koma fram. Samanburður á sölu-tölum og því sem fólk segist hafa notað af lyfjunum bendir til að stór hluti sjúklinganna noti ekki lyfin (2). Má gera ráð fyrir að þar séu margir sem hafa fengið ávísad mánaðarskammti og hætt fljótlega taka lyfin. Koma mætti í veg fyrir verulega sóun ef reglur og pakkningar leyfðu að í byrjun væri ávísad einnar til tveggja vikna skammti án þess að kostnaður sjúklinga sem þyldu lyfin og þyrftu á þeim að halda yrði meiri þess vegna.

Aukin notkun geðdeyfðarlyfja hefur ekki haft áhrif á grófa mælikvarða lýðheilsu, svo sem innlagnir á geðdeildir, komur til geðlækna, fjölda öryrkja eða sjálfsvíg (3). En niðurstöður þessarar rannsóknar benda til að lyfin hafi komið í veg fyrir meira algengi geðraskana sem hugsanlega hefði orðið án þeirra, samanber fjölda þeirra sem sögðust hafa tekið lyf á árinu og höfðu engin einkenni samkvæmt skimprófinu. Þó að aukin notkun geðlyfja og annarra lyfja hafi ekki dregið úr algengi örorku (28, 29) hefur hún bætt líðan fjölda fólks og hjálpað því í daglegu lífi og til þátttöku í atvinnulífinu. Þó að lyfjanotkunin sé mikil er enn nokkur fjöldi með geðraskanir samkvæmt skimprófinu, sem ekki segist hafa tekið lyf á síðustu 12 mánuðum.

Af lýðheilsufræðilegum ástæðum er nauðsynlegt að gera endurteknar skimrannsóknir á slembiúrtaki fólks utan stofnana til að greina breytingar á algengi sjúkdóma, og áhrif lyfjanotkunar og annarar meðferðar á algenga og langvinna sjúkdóma, svo sem geðraskanir og stoðkerfisraskanir sem eru algengustu orsakir örorku (29).

## Heimildir

1. Skýrsla (Report). Notkun geðdeyfðarlyfja og þunglyndisraskanir (Use of antidepressants and depressive disorders). Læknablaðið 1999; 85(Fylgirit 38).
2. Helgason T, Tómasson K, Zoëga T. Algengi og dreifing notkunar geðdeyfðar-, kvíða- og svefnlyfja. Læknablaðið 2003; 89:15-22.
3. Helgason T, Tómasson H, Zoëga T. Antidepressants and public health in Iceland. Time series analysis of national data. Brit J Psychiatry 2004; 184: 157-163.
4. NLN. Nordic Statistics on Medicines 1984-1986. Uppsala: Nordiska Läkemiddelsnämnden; 1988.
5. Sigfússon E. Notkun lyfja á Íslandi 1992-2001. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 2002. Nóvember 2002.
6. Ballenger J, Davidson R, Lecrubier Y, Nutt D, Godberg D, Magruder K, et al. Consensus statement on the primary care management of depression from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. J Clin Psychiatry 1999; 60(Suppl 7): 54-61.
7. Jónsson FH, Ólafsson S. Lífsskoðun í nútímaþjóðfélögum. Reykjavík: Félagsvísindisstofnun Háskóla Íslands; 1991.
8. Halman L. The European Value Studies: A third wave. Tilburg: EVS, WORC, Tilburg University; 2001.
9. Hagstofan. Áfengisneysla 1980-2003. Hagtíðindi 2004; 2004.
10. Helgason T. Faraldsfræðilegar rannsóknir í geðlæknisfræði á Íslandi. Læknablaðið 1994; 80: 155-64.
11. Stefánsson J, Línal E, Björnsson J, Guðmundsdóttir Á. Period prevalence rates of specific mental disorders in an Icelandic cohort. Soc Psychiatr Epidemiol 1994; 29: 119-25.
12. Helgason T. The prevalence of minor mental disorders and the prescribing of antidepressants and tranquilizers in Reykjavík in 1984. Psychiatria Fennica 1991; 22: 113-22.
13. Helgason T. Prevalence and incidence of mental disorders estimated by a health questionnaire and a psychiatric case register. Acta Psychiatr Scand 1978; 58: 256-66.
14. Brodman K, Erdman A, Wolff H. Cornell medical Index Health Questionnaire Manual. New York; 1956.
15. Helgason T, Björnsson J. Geðlyfjaávisanir utan sjúkrahúsa í Reykjavík í mars 1984. Læknablaðið 1989; 75: 293-302.
16. Goldberg D. Manual of the General Health Questionnaire. Windsor, Berks.: NFER-Nelson; 1978.
17. Kristjánsson J. Svar við fyrirspurn um notkun þunglyndislyfja. Í: Alþingi 128. löggjafarþing 2002-2003. Pskj. 927 – 222. mál.; 2003.
18. Goldberg D, Gater R, Sartorius N, Ustun T, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychol Med 1997; 27: 191-7.
19. Stefánsson J, Kristjánsson I. Athugun á greinigarhæfni tveggja spurningalista notaðra við hóprannsóknir í geðlæknisfræði. Læknablaðið 1982; Fylgirit 13: 27-31.
20. Helgason T. Áfengisneysluvenjur og einkenni um misnotkun 1974 og 1984. Læknablaðið 1988; 74: 129-36.
21. Hagstofan. Laun, tekjur og neysla 1996. Í: Landshagir 1997. Reykjavík: Hagstofa Íslands; 1997.
22. Hagstofan. Laun, tekjur og neysla 2002. Í: Landshagir 2003. Reykjavík: Hagstofa Íslands; 2003.
23. Robins L, Locke B, Regier D. An overview of psychiatric disorders in America. In: Robins L, Regier D, editors. Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study. New York: The Free Press; 1991. p. 328-66.
24. Kessler R, McGonagle K, Zhao S, Nelson C, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.
25. Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, Lee A, Meltzer H. Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. Int Rev Psychiatr 2002; 15: 65-73.
26. Grímsson A, Ólafsson Ó. Lyfjanotkun í Reykjavík. Læknablaðið 1977; 63: 69-72.
27. Landlækniseimbættið. Þjóð gegn þunglyndi. 2002, [www.landlaeknir.is](http://www.landlaeknir.is)
28. Thorlacius S, Stefánsson S, Ólafsson S, Rafnsson V. Breytingar á algengi örorku á Ísland 1976-1996. Læknablaðið 2001; 87: 205-9.
29. Thorlacius S, Stefánsson S. Algengi örorku á Íslandi 1. desember 2002. Læknablaðið 2004; 90: 21-5.