

Restriktiv syn på narkotika räddar liv

Tillgängligheten av olika narkotiska preparat ökar, och substituten som används kräver försiktiga avvägningar. Restriktiviteten är den enda vägen för att skydda så många som möjligt. Det skriver två beroendeläkare med erfarenhet från sjuk- och kriminalvården

Det liberala tänkandet kring och användningen av beroendeframkallande substanser håller på att vinna mark både i och utanför Sverige. Legaliseringen av cannabis för medicinskt, och i vissa stater rekreationellt bruk, bruk i USA är ett exempel.

Ett annat exempel är den höga förskrivningen av starka smärtstillande medel av morfintyp, opioider. Dessa förskrivs i dag med frikostigt även vid mindre allvarliga smärttillstånd. I USA dör mellan två och fyra gånger fler människor av läkarförskrivna opioidöverdoser än av heroinöverdoser. Även den tidigare strikt reglerade förskrivningen av opioiderna metadon och buprenorfin, för behandling av heroinmissbruk, har successivt blivit allt mindre strikt, och parallellt med det har vi fått en ökad dödlighet i Sverige, där dessa substanser är inblandade. Ett tredje exempel gäller medicinering med amfetamin och närbesläktade substanser som metylfenidat, som förskrivs vid adhd. Förekomsten av adhd-diagnos har ökat explosionsartat de senaste åren, även bland personer med tidigare och eller aktuell beroendesjukdom, vilket lett till en omfattande förskrivning av dessa potenta narkotikaklassade substanser.

Socialstyrelsen förbereder nu ett förslag till förändring av regelverket kring substitutionsbehandling. Där de ställer in sig i detta led och de flesta av nuvarande begränsningar av förskrivningen försvinner. Indikationen ändras från att som hittills har inkluderat heroinberoende patienter till att vara tillgänglig för alla som har utvecklat beroende till någon slags opioid, det vill säga även till alla legalt förskrivna starka smärtstillande medel. Samtidigt tar de bort det tidigare dokumentationskravet angående beroendetillstånd. Man nonchalerar läckagerisken i utredningen, uteslutning från substitutionsbehandling försvinner helt därmed även den tidigare spärrtiden till återintag.

Den mest allvarliga bristen i Socialstyrelsens förslag är att man bortser helt och hållet från den ökande narkotikarelaterade dödligheten i Sverige. Metadonbehandling har funnits i Sverige sedan 1966 i projektform i en begränsad omfattning. Buprenorfin (Subutex) introducerades i Sverige som substitutionsbehandling av heroinberoende 1999. Socialstyrelsens första föreskrift (SOSFS 2004:8) om substitutionsbehandling där metadonbehandling jämfördes med buprenorfin och bägge substanserna blev tillgängliga i hela Sverige genom beroendevården trädde i kraft den 1 januari 2005. Den aktuella föreskriften (SOSFS 2009:27) har gällt från den 1 mars 2010 där tröskeln till inträde och återinträde i programmet samt utskrivningskriterier minskades.

Parallellt med den ökade tillgängligheten av substitutionsbehandling och därmed ökade antal patienter i behandling har den narkotikarelaterade dödligheten där opioider (morfinliknande preparat) är involverade ökat i Sverige. Heroinrelaterade dödsfall har minskat som överallt i de nordiska länderna och för den största ökningen i dödlighet står metadon och buprenorfin, således de substanser som förskrivs mer och mer. Vi riskerar att få samma problem som Danmark där metadon förskrivs utan krav på drogfrihet och 60 procent av metadonrelaterade överdoser sker inom metadonprogrammet.

Beroendesjukdomen angriper en grundläggande funktion i hjärnan, överlevnadsdriften, genom att den kidnappar hjärnans belöningssystem. Beroendesjukdomen är inte medfödd utan

kräver exposition för drogens effekter. Beroendeutvecklingen varierar mellan individer beroende på genetiska faktorer, intagningsfrekvens, intagningsätt, substans och dos. Sociala faktorer spelar också en roll.

En ökad tillgänglighet av beroendeframkallande substanser i samhället leder till ökad användning, vilket i sin tur leder till att fler utvecklar beroende. Den som utvecklat beroende riskerar komplikationer på livets alla plan, fysiskt, psykiskt och socialt. Inte minst drabbas alla närstående till den beroende. Ständigt brutna löften, hot och våld från den beroendesjuka och anhörigas ständiga oro för den beroendesjukas liv präglar situationen. Å andra sidan har ett flertal beroendeframkallande substanser gynnsamma effekter vid olika sjukdomstillstånd.

Som läkare har vi därför tveeggade vapen, som måste användas på strikta indikationer och med kontinuerlig utvärdering av effekter och bieffekter. Inte minst måste man försäkra sig om att medlen inte hamnar i orätta händer och/eller används som droger istället för som läkemedel. Att behandla patienter med beroendesjukdom med beroendeframkallande substanser, som man gör vid substitutionsbehandling med metadon och buprenorfin och vid adhd behandling med amfetaminliknande preparat, är en grannlaga uppgift. Målsättningen är alltid social rehabilitering, inget missbruk av illegala medel, tillfrisknande från kroppsliga och psykiska komplikationer. För att nå målet krävs både väl genomtänkt behandling, både farmakologisk och psykosocial, och uppföljning och kontroll av följsamhet, men även med detta till hands behövs ett tydligt regelsystem som den enskilde läkaren kan lita sig emot. Genom att urholka regelsystemet riskerar man att få ett sämre behandlingsresultat och ökad dödlighet bland drogberoende individer. En annan risk är att man får en ökad frekvens av hot och våld mot personalen.

Sverige var först i Europa att efter andra världskriget drabbas av en epidemi av tungt intravenöst missbruk. Initialt gjordes många misstag, till exempel experimentet med legal förskrivning av narkotika till narkomaner i slutet av 1960-talet. Men vi lärde av misstagen och etablerade en restriktiv narkotikapolitik, som byggde på tidig upptäckt och tydliga konsekvenser av missbruk och goda möjligheter till vård och rehabilitering vid redan etablerat beroende, både inom och utanför kriminalvården. Vi lyckades tränga tillbaka missbruket. Det är hög tid att vi åter börjar ta narkotikafrågan på allvar och diskutera vad för slags samhälle vi vill ha, framför allt med tanke på våra ungdomar.

Det finns enorma drivkrafter bakom att öka tillgängligheten av olika narkotiska preparat. Drogberoendet i sig självt är en betydande drivkraft. Dessutom finns starka ekonomiska intressen. Utvecklingen av beroendesjukdomen skall begränsas med samhällets gemensamma krafter där både sjukvården, polisen, tullen övriga rättsväsendet och politiken har sin roll. Restriktiviteten är den enda framkomliga vägen för att skydda så många som möjligt från drogernas förödande effekter. Socialstyrelsen bör ta frågan på största allvar och utarbeta ett regelsystem som underlättar att drogberoende individer får rätt vård och ökad livskvalitet som i sin tur leder till minskad narkotikarelaterad dödlighet.

Artikelförfattare:

Orsolya Hoffman

Med dr, psykiater, överläkare, Beroendecentrum Eskilstuna

Kerstin Käll

Med dr, psykiater, överläkare, Beroendecentrum Linköping