

Alkohol & Narkotika

Kan benso förbättra ett sicilianskt försvar? s.22

Är LARO:s framtid bioteknologisk? s.26

Islandsmodellen får kritik för svag evidens s.30

DROGPOLITISKT OBEROENDE TIDSKRIFT • ÅRGÅNG 115 • NO.1 2021

Tema: Överförskrivning

En läkare anmäls 18 gånger till Inspektionen för vård och omsorg och får vite för att göra reklam för medicinsk cannabis. Men det dröjer sju år innan han förlorar sin förskrivningsrätt. Det här är historien om den ökända läkaren från Skåne.

DEN ÖKÄNDA LÄKAREN

Farliga recept

ÖVERFÖRSKRIVNING AV NARKOTIKA-KLASSADE läkemedel, falska sjukintyg och reklam för cannabis på recept. Orsakerna varför en läkare i Skåne har fått myndigheternas ögon på sig är många. Under 7 år anmäldes han 18 gånger till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), men det var först våren 2019 som hans förskrivningsrätt begränsades. Medan han utreddes kunde han fortsätta förskriva och bland annat marknadsföra recept för medicinsk cannabis på LinkedIn.

Nu riskerar han åtal.

I det här numret av *Alkohol &*

”
Medan han utreddes kunde han fortsätta förskriva och bland annat marknadsföra recept för medicinsk cannabis på LinkedIn.

Narkotika berättar vår medarbetare **Fredrik Rubin** historien om den ökända läkaren i Skåne. Det är en unik granskning vars uppgifter redan har fångat uppmärksamheten hos Läke-medelsverket. Fler utredningar kan alltså vara på gång.

Men hur har läkaren kunnat förskriva så länge?

ANMÄLNINGAR OM ÖVERFÖRSKRIVNING har långa handläggnings-tider som kan vara upp till flera år. Det är förstaeligt: myndigheten samlar in uppgifter om recept som läkaren skrivit ut, journaler, de intervjuar chefer och den anmälda. Nya uppgifter som dyker upp under utredningens gång kan betyda att ytterliga intervjuer behövs. Det är ett underlag som ska hålla för beslut.

Men det är också en tid som urholkar tilliten till myndigheten. När vi frågade medlemmar i Svensk förening för Beroendemedicin om vilka hinder de upplever för att anmäla uppgav många en känsla av att inget händer.

Det är en upplevelse som även apotekspersonalen delar, uppger Sveriges Farmaceuter. Farmaceuten som anmälde läkaren i Skåne visste ingenting om vad som skett av hans anmälan före vår medarbetare uppmärksammade honom om det.

Många som jag har intervjuat har också uppmärksammat den livslånga

förskrivningsrätten som läkare har – är den verkligen nödvändig?

I ÅR INFÖRS många förändringar som kommer att förbättra möjligheten att upptäcka överförskrivning. E-recept kommer att bli regel den 1 oktober och den Nationella läkemedelslistan införs redan den första maj i år. Genom den har apotekspersonal rätt att granska hur många recept en patient har. Även läkare ges den rätten, men till skillnad från apotekspersonal så behöver de samtycke av patienten.

De är inte många de här läkarna, sade en forskare som jag intervjuade inför numret, och det tål att hållas i minnet när du läser. De flesta fall av överförskrivningar handlar om behandlingar som pågått för länge. Orsakerna till det kan vara många: tidsbrist hos läkaren, många olika läkarkontakter, okunskap. Det är inte kriminellt, utan på din höjd olämpligt.

/ JULIUS VON WRIGHT



PRENUMERERA PÅ ALKOHOL & NARKOTIKA

1 år för 300 kr eller 2 år för 450 kr

Besök www.alkoholochnarkotika.se/prenumerera för mer information.

Foto: Phil Bray/Netflix

”Det känns långsökt att bensodiazepiner skulle göra henne till en bättre schackspelare.

22



INNEHÅLL NO.1 2021

- 5 PERSPEKTIVET** Omsorgsplikten behöver förtydligas
- 6 FORSKARINTERVJUN** Kan anhörig-perspektiv stigmatisera?
- 12** Anmälningar kan ta år att utreda
- 18** Usel statistik om läkemedelsberoende
- 26** Allt fler LARO-patienter får depotinjektioner
- 29 FRÅGOR & SVAR** Är ungas dryckes-mönster en internationell trend?
- 30** Islandsmodellen har inte utvärderats utanför Island
- 35 SISTA ORDET** Glöm inte de enklare fallen av samsjuklighet



Tema: Överförskrivning

8 Efter 18 anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg riskerar en läkare nu åtal på grund av hur han har förskrivit narkotikaklassade läkemedel. *Alkohol & Narkotika* berättar historien om den ökända läkaren från Skåne som har haft myndigheternas ögon på sig i 7 år.

Alkohol & Narkotika

ALKOHOL & NARKOTIKA ges ut av CAN. Tidskriften ska ur ett journalistiskt perspektiv bevaka och granska aktuella händelser på drogområdet. Den har en populärvetenskaplig inriktning och är drogpolitiskt oberoende. Åsikter framförda i artiklar och krönikor behöver inte överensstämma med redaktionen. **ANSVARIG UTGIVARE** Charlotta Rehman Wigstad **CHEFREDAKTÖR** Julius von Wright · julius.von.wright@can.se
WEBB www.alkoholochnarkotika.se **ADRESS** Östgötagatan 90 · 116 64 Stockholm **TELEFON** 0723-714 328 **PRENUMERATION** 6 nr per år 300 kr · www.can.se
 tel 08-799 62 17 · e-post aon@pressdata.se **GRAFISK FORM & BILDREDAKTÖR** Jenny Holmqvist/Oh Dear form **OMSLAGSFOTO** Drobot Dean/Adobe Stock
PORTRÄTTILLUSTRATIONER Cecilia Lundgren **TRYCK** Ljungbergs Tryckeri **ISSN** 0345-0732
CAN Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, är ett nationellt kompetenscentrum som arbetar för minskade skador av alkohol och andra droger i samhället. Det gör vi genom att följa konsumtions- och skadeutvecklingen och genom kunskapshöjande insatser. Se mer på: www.can.se
 Vi hanterar våra prenumeranters personuppgifter enligt den nya dataskyddsförordningen. Mer information hittar du på www.alkoholochnarkotika.se, eller genom att kontakta chefredaktör Julius von Wright.

Reagera & Replikera

DEBATTEN FORTSÄTTER PÅ WWW.ALKOHOLCHNARKOTIKA.SE

Mejla dina frågor eller debattinlägg till julius.von.wright@can.se

 /ALKOHOLCHNARKOTIKA.SE
 @TIDSKRIFTENAON

FALLEN AV HEPATIT C MINSKAR – GÅR DET VERK- LIGEN ATT TILLSKRIVA SPRUTBYTEN?

Jag var tyvärr en av dessa som inte tillfrisknade med hjälp av interferonet trots en ettårig fruktansvärt jobbig behandling. Men mina läkare vid den tiden var väldigt tydliga med att cirka 50 procent tillfrisknade genom behandlingen! Något som jag också har sett runtomkring mig bland vänner. Jag känner bara en person förutom mig själv där behandlingen inte lyckades. I artikeln »Uppsökande verksamhet ska slå ut hepatit C« (*Alkohol & Narkotika* 6/2020) skriver ni att »endast 15 procent tillfrisknade«. Det är alltså inte min erfarenhet, hur kan det vara så olika uppgifter? Här saknar jag källhänvisning i texten.

Man räknar också med att hepatit C läker ut av sig själv hos cirka 50 procent. Något som hade kunnat vara intressant att förmedla i texten.

I artikeln finns ett till faktafel då det står att läsa att majoriteten hepatit C-infekterade fått viruset »när de delat sprutor med varandra«. Men hepatit C är så smittsamt att det räcker med att man suger upp sin blandning från samma kopp där någon annan med hepatit C sugit upp sin lösning. Man behöver inte dela sprutor. Det var det som hände mig. När det gäller förklaringen som framförs i texten att minskningen av antalet nytillkomna smittade går att hänföra till »utbyggnaden av sprutbytesprogrammet« undrar jag om detta är beforskat? Hur många är det som återsmittas när de tar återfall? Finns det siffror på det?

/ PETER ROTH FÖRFATTARE TILL *LIVET, HIVET, DÖDEN* (VISTO, 2020)

REDAKTIONEN SVARAR:

Hej Peter,

Tack för dina frågor och för att du delar med dig av dina erfarenheter av hepatit C och behandlingen interferon.

Du har helt rätt i att behandlingen har en större tillfriskningsgrad än 15 procent, som vi uppgav i vårt reportage. Den siffran hänvisade till en tidigare form av behandlingen. Allt eftersom behandlingen utvecklades steg den till 40 till 60 procent, beroende på smittans svårighetsgrad. Din läkare hade alltså helt rätt.

Du har även rätt i att hepatit C även kan spridas genom en så kallad blandkopp. Det är något som Folkhälsomyndigheten uppmärksammar i rapporten *Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger – en vägledning* (2015) och som är värt att uppmärksamma.

Både Folkhälsomyndigheten och Center for Disease Control (CDC) i USA rekommenderar sprutbytesprogram för att minska spridningen av hiv och hepatit C. De systematiska litteraturoversikter som gjorts visar att kombinationen av LARO och sprutbyte minskar risken för hepatit C. Samtidigt är det intressant att se att evidensen för att sprutbyten i sig minskar risken är svag. Det finns för få välutförda studier.

Det har inte gjorts svenska studier på hur förekomsten av hepatit C samvarierar med utbyggnaden av sprutbytesverksamheter och det borde vi ha varit tydligare med i artikeln. **Martin Kåberg**s studier visar att förekomsten av hepatit C har sjunkit från 60 till 40 procent bland deltagare på sprutbytesprogrammet i Stockholm (efter tillgång till hepatit C-behandling) och att programmen minskar deltagarnas injektionsriskbeteende. Programmet i Stockholm har med tiden nått en allt större grupp som ännu inte är smittade och på så sätt kan verksamheten ha en förebyggande effekt, skriver han i sin doktorsavhandling *Hepatitis C in people who inject drugs in the Stockholm needle exchange program* (Karolinska institutet, 2020). Jag rekommenderar den läsningen.

Det låter som att du efterfrågar mer forskning, och det kan även jag skriva under.

/ JULIUS VON WRIGHT CHEFREDAKTÖR



SPELANSVAR 2.0 – FÖRMÅGAN FINNS, MEN VAR ÄR VILJAN?

Den nya lagen som gav spelbolag licens att verka i Sverige skulle även stärka deras ansvar för personer med spelberoende. Förmågan finns, men de saknar vilja och kompetens – för det krävs tydligare förordningar, skriver **Magnus Rydeving**.



DEN SVENSKA SPEL-MARKNADEN omreglerades den 1 januari 2019. Omkring 70 bolag har numera licens att bedriva kommersiellt onlinespel på uppskattningsvis 250 sajter. Syftet med den nya licensordningen är att stärka upp konsumentskyddet och minimera skadeverkningarna av spel om pengar.

Bland mycket annat så infördes en omsorgsplikt i den nya spellagen. Det innebär att spelbolag ska säkerställa att social och hälsomässig hänsyn iaktas i spelverksamheten för att skydda spelare mot överdrivet spelande och hjälpa dem »när det finns anledning till det«. Spelbolaget ska fortlöpande kontrollera kundernas spelbeteende och sedan sätta in olika ändamålsenliga kommunikationsåtgärder.

Tidigare, före den nya lagen, handlade begreppet spelansvar mest om att tillhandahålla hjälpverktyg på speloperatörens hemsida. Det kunde handla om möjligheter att stänga av sig, om frivilliga insättningsgränser eller om att kunna testa sina spelvanor. Spelbolagen *informerade* om ansvarsfullt spelande men delegerade ansvaret till

kunden. Vissa spelberoende kunder kunde spela bort miljoner och uppvisa ett destruktivt spelbeteende, mitt framför näsan på spelbolaget. Det var svårt att utkräva något ansvar, då de flesta onlinespelbolag verkade under licens på Malta, Gibraltar eller Curaçau.

Nu är det annorlunda. Nu har man infört omsorgsplikten, ett slags »spelansvar 2.0«.

DET FINNS DOCK mycket utrymme för tolkning och en hel del svåra frågor som spelbolaget behöver ta ställning till för att ha möjlighet att följa lagen. Vad innebär social och hälsomässig hänsyn? Vad är överdrivet spelande? När »finns det anledning« att hjälpa en spelare att minska sitt spelande? Vad är egentligen en problemspelare?

Än så länge verkar det inte finnas någon samsyn i branschen kring dessa frågor. Kunskapen om när spelet fyller en annan funktion än underhållning saknas på många håll. Det saknas förståelse över att det finns en korrelation mellan bortspelade pengar, spelfrekvens och spelproblem. Det saknas

ofta såväl tekniska system som rutiner för att kunna monitorera och analysera kundernas spelbeteende och tolka in markörer som indikerar ett problematiskt spelande.

Självreglering har genom åren inte varit spelföretagens starkaste gren. För att komma tillrätta med spelproblemen behövs en tydlighet: ett gemensamt språk och tydliga gränsdragningar. Lagen behöver fyllas med tydliga föreskrifter och förordningar som inte kan missförstås. Det skulle inte heller skada med en obligatorisk och omfattande utbildning för spelföretagen om hur man kan upptäcka problemspelande genom att analysera kundens speldata och transaktionshistorik.

DEN ANSVARIGA MYNDIGHETEN, Spelinspektionen, efterfrågar vilja, förmåga och kompetens. Förmågan finns där men fler operatörer behöver hjälp med kompetensen och inte minst viljan. Först då kommer omsorgsplikten att fylla sin funktion.

/ MAGNUS RYDEVING FÖRELÄSARE
OCH DEBATTÖR MED FOKUS PÅ
SPELANSVAR

Kan studier om utsatthet öka stigma, Mats Ramstedt?

Harm-to-others-perspektivet har tagit sig från tobaksforskningen till alkohol-forskningen. Är narkotikafältet nästa på tur, och riskerar det att öka stigmatiseringen av en redan utsatt grupp? **Mats Ramstedt** tror inte det.

TEXT JULIUS VON WRIGHT / FOTO ELLIOT ELLIOT

DET FINNS DE som tror att studier om negativa konsekvenser av andras narkotikaanvändning kan öka stigmatiseringen av personer med ett narkotikamissbruk.

Mats Ramstedt är inte en av dem.

– Jag har svårt att se att man inte kunde belysa den här sortens problem av narkotikaanvändning, att det skulle bygga upp en stigmatisering bland användare. Kanske är jag naiv.

Mats Ramstedt, forskningsansvarig på CAN, har deltagit i en diskussion i den vetenskapliga tidskriften *Addiction* om vilka följder harm-to-others-perspektivet på illegala droger kan få. Forskarna **Claire Wilkinson** och **Alison Ritter** menar i sin artikel att perspektivet

riskerar att användas politiskt och öka stigmatiseringen av personer med missbruksproblematik. Om perspektivet används inom politiken så behöver det även inkludera politikens effekter på användare – det finns en utsatthet även där, menar forskarna.

– Jag tror de oroar sig för mycket för bieffekterna av att belysa den här sortens problem. Man får skilja på forskning och den politiska användningen. Det är viktigare att få en fullständig bild av problemen som narkotika leder till i samhället.

PERSPEKTIVET ÄR VÄLKÄNT inom tobaksforskningen och har fått ett uppsving inom alkoholforskningen de senaste 20 åren. Det har hjälpt att förstå bredden av problem som alkohol orsakar samhället, säger Mats Ramstedt.

– Med harm-to-others har man belyst att kvinnor drabbas oftare av andras drickande och barn av sina föräldrars drickande. Det har krävts undersökningar för att kunna fastställa att den här typen av problem är vanligare än man trott, och det fanns inte mycket förr.

När undersökningen *Vanor och konsekvenser* genomfördes 2013 var det en av de första gångerna som frågor om andras droganvändning inkluderades i en befolkningsundersökning. I studiens uppföljning 2017 svarade ungefär fyra procent av befolkningen att de hade påverkats av någon annans användning av narkotika på något sätt.

– Däremot vet vi inte vilken typ av problem de upplever. Det behövs fördjupande analyser och mer kvalitativa intervjuer som konkretiserar.

På alkoholsidan har perspektivet ofta använts politiskt för att rättfärdiga en restriktiv politik. Det är särskilt den

Begreppet *harm-to-others* har inte fått en tydlig svensk motsvarighet. Utsatthet för andras användning, skador på tredje part och till och med passivt drickande har använts i Sverige.



utvecklingen som Claire Wilkinson och Alison Ritter menar att kan öka stigma om den sker inom narkotikapolitiken.

– Politiskt har harm-to-others använts för att argumentera mot liberala åsikter inom alkoholpolitiken. Att det inte går för var och en att bestämma över sitt eget drickande, att det påverkar andra.

”

Man får skilja på forskning och den politiska användningen. Det är viktigare att få en fullständig bild av problemen som narkotika leder till i samhället.

INOM FORSKNINGEN AV illegala substanser har harm-to-others-perspektivet varit betydligt svagare. När Malmö universitet drog igång ett forskningsprojekt om situationen för föräldrar till vuxna barn med missbruk tog de upp ett så gott som förbisett perspektiv inom forskningen.

Kommer vi att se mer forskning med det perspektivet?

– Det verkar rimligt att bredda och fördjupa sig i det här perspektivet även på narkotikaområdet. När man väl har börjat, dyker det ofta upp följdfrågor. ◀

LÄS MER

➔ **STUDYING HARM FROM OTHERS' ILLICIT DRUG USE – CAN STIGMA REALLY BE AVOIDED?** Ramstedt, M. · *Addiction* (online 21/1/19)

➔ **FORSKNINGSPROJEKT: FÖRÄLDRAR TILL VUXNA BARN MED NARKOTIKA-PROBLEM** Malmö universitet

Chefsläkaren är ökänd bland apoteksanställda i Skåne. På sju år har Inspektionen för vård och omsorg tagit emot 18 anmälningar mot honom och nu riskerar han åtal. Hur har det tillåtit gå så långt?

TEXT FREDRIK RUBIN / ILLUSTRATION MARTIN NICOLAUSSEN

EN ÖKÄND LÄKARE

Av journalen framgår, att patienten tidigare haft ett högt intag av alkohol. ■■■■■ skriver, att patienten är bedömd att ha en "missbrukspersonlighet".

■■■■■ ordinerar under fem månader följande preparat:

- Oxazepam (bensodiazepin) till en mängd som motsvarar 12 månaders förbrukning + ytterligare 500 st tabletter
- Iktorivil och Stesolid (som också är en bensodiazepin) i okänt mängd
- Xanor för sex månaders förbrukning + ytterligare 100 tabletter
- Zopiklon för tre månaders förbrukning + ytterligare 200 tabletter
- Temgesic för sex månaders förbrukning + ytterligare 200 tabletter
- stora mängder potenta läkemedel mot

IVO ser allvarligt på och är mycket kritisk till ■■■■■ förskrivning av läkemedel till patienten från den privata mottagningen. IVO anser att förskrivningen inte genomfördes i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och inte kan anses som sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård.

Vid kontroll i eHälsomyndighetens receptregister framgår att ■■■■■ har förskrivit narkotiska läkemedel vid flera tillfällen efter att hans förskrivningsrätt begränsats.



HÖSTEN 2019 STÅR en kvinna med krycka framför en nyutexaminerad farmaceut på ett apotek i en mindre skånsk stad. Hon har kommit för att hämta ut ett narkotikaklassat läkemedel, men mellan kvinnan och farmaceuten lyser en röd markering på en datorskärm. En varning om att läkaren som skrivit ut morfinpreparatet har fått sin förskrivningsrätt begränsad.

När farmaceuten tänker tillbaka på händelsen har det gått ett drygt år.

– Hon skakade framför mig och hade spasmer. Hon hade väntat ett dygn på narkotikan och var abstinent. Det var verkligen sorgligt att se, säger farmaceuten som vill vara anonym.

Med utbildningen i färskt minne anmälde han läkaren till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

– Jag kände inte till honom då, men fick snart veta att flera anställda på andra apotek kände till den här läkaren och hans patienter. Flera hade anmält honom tidigare för hur han skrev ut narkotiska läkemedel, men han har kunnat fortsätta i alla fall.

Farmaceuten hävdar att läkaren är ökad i branschen för att skriva ut narkotika till personer

”
En patient hade fått nio månaders normalförbrukning.

med missbruk. Samma sak uppger skånsk sjukvårdspersonal. För att kontrollera uppgifterna besöks ett slumpvist utvalt apotek i Malmö och en nummerlapp tas. När turen är kommen ställs frågan till farmaceuten om läkarens namn känns igen. Det blir träff direkt.

– Hans namn känner jag väl till och det tror jag personal på alla apotek i Malmö gör. Vi har anmält honom för överförskrivning av narkotika och även sett hur hans patienter förfalskat recept. Han är en av få läkare som fortfarande skriver recept på papper. Han fortsatte att skriva ut narkotika efter indragen förskrivningsrätt och skyllde på att han skulle överklaga, säger farmaceuten som även hon vill vara anonym.

Anmälningarna mot läkaren har gett resultat. I skrivande stund riskerar läkaren uppemot sex månaders fängelse sedan IVO vänt sig till Åklagarmyndigheten som nu överväger att väcka åtal. Ett åtal som vi har anledning att återkomma till, men först ställs frågan hur läkaren tillåts bli ökad. För att få svar väljer vi att titta närmare på hur myndigheterna har agerat. Något som tar oss mer än sju år bakåt i tiden.

2013, SAMMA ÅR som Inspektionen för vård och omsorg inrättades, hamnade läkaren under ►

IVO:s kommentar

Den omständighet att [REDACTED] inte angivit den ordinerade mängden läkemedel i journalen utan dokumenterat sina ordinationer med "utfärdar recept på pats medicin för tre månader" försvårar avsevärt bedömningen av behandlingens riktighet. [REDACTED] har förskrivit betydande mängder beroendeframkallande läkemedel till denna patient. Ingen diskussion har förts angående hjälp mot läkemedelsmissbruk. [REDACTED] har i stället i journalen skrivit, att patienten föreka missbruk.

IVO bedömer, att överförskrivning av beroendeframkallande läkemedel skett och att behandlingen strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet.

Sammanfattande bedömning

Med hänsyn till allvarlighetsgraden i de många brister, som kunnat påvisas ovan, bedömer IVO att det inte är tillräckligt att avsluta ärendet med endast kritik. IVO ska därför i anmälan till HSAN yrka, att [REDACTED] behörighet att förskriva narkotiska läkemedel ska dras in, eftersom han missbrukat densamma. IVO ska även yrka om en tre-årig provtid p.g.a. att [REDACTED] uppvisat sådan oskicklighet i sin yrkesutövning som kan befaras få betydelse för patientsäkerheten. Han har även av oaktamhet brutit mot bestämmelser i patientdatalagen, som är av väsentlig betydelse för patientsäkerheten. Han har vidare med stöd av bristfälligt underlag skrivit intyg samt medgivit A insyn i annan patients integritetskänsliga uppgifter på ett sätt, som innebär att han kan befaras vara olämplig att utöva yrket som legitimerad läkare.

myndighetens lupp för första gången. Det var i samband med en granskning av ett vårdföretag, där två styrelseledamöter tidigare hade anklagats för misshandel och dopningsbrott, som IVO fick upp ögonen för honom.

I en av flera granskningar av läkaren slog IVO fast att han felaktigt skrivit ut tusentals tabletter av olika narkotikaklassade läkemedel till patienter under 2012. En patient hade fått nio måneders normalförbrukning av preparaten Xanor, Oxazepam/Sobril och Flunitrazepam utskrivet på en månad. Läkaren anklagades för att plagiera kollegors sjukintyg och sjukanmäla klienter med känd beroendeproblematik retroaktivt.

Enligt IVO var bristerna så allvarliga att patienters hälsa var i fara. Hälso- och sjukvårdens

150
000

kronor fick läkarens mottagning i vite för att ha gjort reklam för medicinsk cannabis.

ansvarsnämnd (HSAN) uppmanades därför att dra in hans rätt att förskriva narkotikaklassade läkemedel.

Men trots att patientsäkerheten ansågs vara hotad dröjde det mer än ett år innan HSAN fattade beslut. Myndigheten kritiserade förvisso läkaren på flera punkter men menade samtidigt att IVO:s bevis inte var tillräckligt övertygande. Läkaren fick fortsätta skriva ut narkotikaklassade läkemedel, vilket han gjorde med besked.

UNDER DE KOMMANDE fyra åren fortsatte farmaceuter och hälso- och sjukvårdspersonal att reagera på läkarens förskrivning. Anmälningarna blev allt fler och IVO granskade läkaren på nytt.

Den 1 maj 2019 fick HSAN nog och begränsade läkarens förskrivningsrätt. Granskningen som ligger till grund för beslutet visar hur stora mängder av narkotikaklassade läkemedel hade skrivits ut till nio patienter. Det handlar liksom tidigare om en uppsjö olika läkemedel, däribland Medikinet, Elvanse, Methylfenidat, Xanor och Stesolid. Enligt IVO:s uträkningar var doserna som skrevs ut farligt höga, i ett fall 13 gånger högre än rekommenderat.

Läkaren slår ifrån sig anklagelserna och säger till HSAN att »han aldrig har skadat någon patient», och att han »i flera av patientfallen inte haft någon anledning att ifrågasätta patienternas uppgifter, vilket inte heller är hans uppgift som behandlare».

Efter HSAN:s beslut valde även danska Styrelsen för Patientsäkerhet att begränsa läkarens förskrivningsrätt. Liksom sin svenska motsvarighet hade den danska myndigheten granskat läkaren under flera års tid och kommit fram till att hans yrkesutövning kunde utgöra en fara för patientsäkerheten.

FAKTA

Vad är överförskrivning?

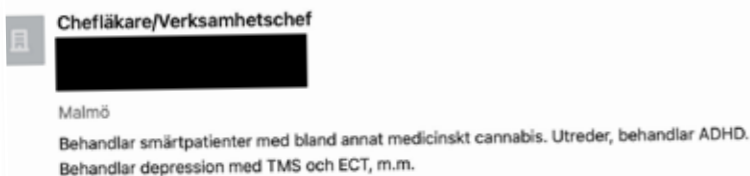
- ➔ **Överförskrivning innebär förskrivning** av narkotiska läkemedel, andra särskilda läkemedel, alkoholhaltiga läkemedel eller teknisk sprit i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet.
- ➔ **Det finns ingen** tydlig definition av överförskrivning, utan det är en bedömning som måste göras i varje enskilt fall. Det kan göra det svårt, ibland omöjligt, för apotekspersonal att göra en bedömning, skriver IVO i en kartläggning från 2014.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

HÄR KUNDE HISTORIEN sluta, om det inte vore för att Läkemedelsverket i september 2019 ansåg att en privat läkarmottagning i Malmö gjorde reklam för medicinsk cannabis på sin hemsida och sociala medier. Mottagningen krävdes på 150 000 kronor i vite, en betalning som skulle upprepas om reklamen inte upphörde.

Ärendet väckte IVO:s intresse för kliniken och en inspektion genomfördes i lokalerna. Under inspektionen upptäcktes ett olöst kylskåp med narkotikaklassade läkemedel, åtkomligt för obehöriga. I juni 2020 kritiserade IVO mottagningen på flera punkter och krävde åtgärder.

Det visar sig att den ökända läkaren är läkarmottagningens styrelseordförande och chefsläkare. På sin LinkedIn-sida marknadsför han oblygt att han behandlar smärtpatienter med medicinsk cannabis på mottagningen, trots indragen förskrivningsrätt och det faktum att han inte finns med på listan över läkare i Sverige som beviljats licenser för att skriva ut medicinsk cannabis under de senaste två åren. Men rätt att skriva ut medicinsk cannabis har hans läkarkollega på mottagningen, en person som just nu granskas av IVO efter att ha anmälts för att skriva ut just medicinsk cannabis på lösa grunder.



ÅTER TILL DEN anmälan mot läkaren som ligger på Åklagarmyndighetens bord för beslut. Det är en anmälan som IVO formulerat efter ännu en granskning i vilket läkaren är skäligen misstänkt för att obehörigen och mot ersättning skrivit ut narkotikaklassade läkemedel till tre olika patienter. Skulle åtal väckas och dom falla, riskerar läkaren uppemot sex månaders fängelse och återkallelse av läkarlegitimationen.

Den nyutexaminerade farmaceuten som anmält läkaren blir överraskad av att få veta att läkaren nu riskerar en fängelsedom.

– Är det sant? Det hade jag ingen aning om. Jag har inte fått någon återkoppling från min arbetsgivare eller IVO. ◀

Alkohol & Narkotika har försökt nå läkaren per telefon och e-post för en kommentar utan att få svar.

TRE ANDRA ÖKÄNDA LÄKARE



LÄKARE ANMÄLDES 25 GÅNGER PÅ TRE ÅR

DEN 80-ÅRIGA LÄKAREN i Göteborg anmälades första gången 2018, då av Vuxenpsykiatri i Skåne. Efter det har läkaren anmälts 21 gånger av olika apotek och 3 gånger av regionen, socialtjänsten och av en privatperson, rapporterade *Göteborgs-Posten* hösten 2020. Vid fyra olika tillfällen riktade IVO kritik mot läkaren, men det var först den fjärde gången de yrkade på att dra in läkarlegitimationen, vilket verkställdes januari 2021. Läkaren hävdar att hans recept har förfalskats och att han pressats till att skriva ut.

BOLLNÄSLÄKARENS TELEFONTID AVSLUTADES OCH PATIENTER FLYTTADES

1000 TABLETTER STILNOCT, 1100 Tradolane och 1000 Stesolid. Det fick en patient utskrivet av Bollnäsläkaren under en 10-månaders period. En intern utredning gjord vid Region Gävleborg visade 20 misstänkta fall av överförskrivning. Sammanlagt anmälades han 18 gånger till IVO, som riktade kritik mot honom i vissa fall. Region Gävleborg stängde hans telefontid och flyttade patienter till andra läkare, men läkaren fortsatte skriva ut olämpliga mängder läkemedel. I december 2015 fick han sparken, enligt *Mittmedia*.

DOKTOR R SÅLDE RECEPT – FICK FYRA ÅRS FÄNGELSE

HÖSTEN 2017 TOG IVO emot en anmälan mot en plastikkirurg för överförskrivning av läkemedlet Zolpidem. Först ett år senare, i november 2018, polisanmälde myndigheten honom för narkotikabrott. Utredningen visade att han skrev ut läkemedel mot betalning. I ett fall skrev läkaren ut 1600 tabletter Zolpidem mot en ersättning på över 100 000 kronor. Läkaren dömdes till 3 år och 8 månaders fängelse för grovt narkotikabrott våren 2019.



Anmälningarna om överförskrivning ökar

Sedan 2011 har anmälningarna om överförskrivning stadigt ökat och 2020 tog Inspektionen för vård och omsorg emot närmare 300 stycken. Men både farmaceuter och vårdgivare upplever ännu hinder för att anmäla.

TEXT JULIUS VON WRIGHT / FOTO ALEXANDER FARNSWORTH/TT

ÖVERFÖRSKRIVNING
ÄR DEN vanligaste orsaken bakom anmälningar som riktar mot sjukvårdspersonal. Det visar en analys som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gjorde 2017. Av de 281 beslut som ledde till kritik handlade 110 om överförskrivning av narkotikaklassade läkemedel. Fyra av fem anmälda var män och var tredje över 65 år.

De vanligaste substanserna som anmälningarna gällde det året var Zolpidem, Kodein, Zopiklon, Tramadol och Oxikodon.

Sedan 2017 har inte en liknande analys gjorts, enligt **Petra Carlbaum**, inspektör på IVO.

Hon bekräftar att anmälningarna om överförskrivning stadigt har ökat sedan 2011. Då fick apotekspersonal och receptarier en skyldighet att anmäla misstankar om överförskrivning.

Fram till dess gjorde IVO besök på apotek, men nu är det i huvudsak de inkomna anmälningarna som fyller inspektörernas arbete. Undantagsvis gör IVO tillsyn på apotek, men det är ingenting som görs regelbundet. De uteblivna besöken har inte betytt att något gått förlorat, menar Petra Carlbaum.

– Det handlar om resurser och prioriteringar.



Anna Montgomery är chefsfarmaceut vid Sveriges Farmaceuter.

ANNA MONTGOMERY, CHEFS-FARMACEUT vid Sveriges Farmaceuter, anser att anmälningsplikten passar in i farmaceuternas arbetsuppgifter. Legitimerade apotekare och receptarier har en lång utbildning om läkemedel i ryggen.

– Det är ett stort och viktigt ansvar. Det känns svårt att lämna ut läkemedel när man märker att det inte blir bra, att föreskrivningen riskerar att skada patienten eller att man misstänker att läkemedlen säljs vidare på gatan.

IVO gjorde 2013 en kartläggning över vad apotekspersonal ansåg vara hinder för att anmäla. Risk för obehag, tidsbrist och otydlighet om vad som är överförskrivning var några hinder som togs upp. Anna Montgomery säger att arbetsgivaren har ett stort ansvar.

– Personalen måste få förutsättningar att göra anmälningar. De måste känna att de får stöd hos sin chef och sin organisation.

Kartläggningen visade också att apotekspersonal tyckte det var svårt att veta hur man ska göra en anmälan. Den processen har underlättats, men

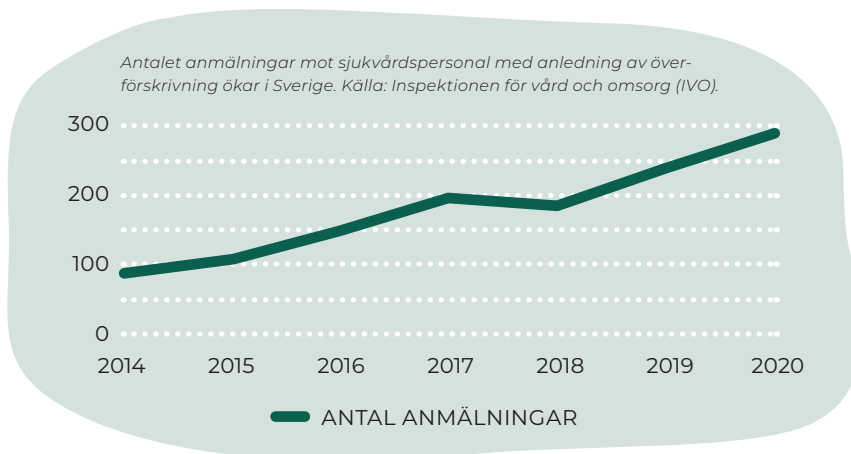
»Juridiska hinder att anmäla läkare som överförskrivar läkemedel«

»För lite på fötterna för att dra slutsats om olämpligheten«

»Tydlig varning på IVOs hemsida/vägledning för sekretessbrott dvs att själv bli föremål för disciplinåtgärd!!!«

»Otillräcklig rutin och kunskap om hur jag ska göra det«

»Otydligt regelverk«



återkopplingen efter anmälan kunde bli bättre, säger Anna Montgomery.

– Det finns en frustration över att det tar lång tid innan en anmälan om överförskrivning ger märkbart resultat. Under tiden kan föreskrivaren fortsätta överförskriva och det får motivationen att sjunka. Många farmaceuter upplever att det går väldigt trögt.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket TLV föreslog 2019 att en återkoppling om hur många anmälningar som görs av olika apotek kunde sporra till fler anmälningar, men det har inte förverkligats.

Från och med den 1 oktober 2021 slopas pappersrecept och e-recept blir huvudregel.

– Det kommer att ge bättre möjligheter att kontrollera föreskrivningar och upptäcka patienter som går runt till olika föreskrivare. ◀

LÄS MER

➔ INNEHÅLLSANALYS AV ÄRENDE
GÄLLANDE TILLSYN AV PERSONAL
INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Inspektionen för vård och omsorg (2018)

Vad hindrar beroendeläkare från att anmäla?

Citaten är tagna från en enkät Alkohol & Narkotika skickade ut till medlemmar i Svensk förening för Beroendemedicin januari 2021.

»Långa handläggningstider är ett bekymmer«

Långa handläggningstider för anmälningar om misstänkt överförskrivning riskerar patienters hälsa och ger läkare tid att dölja felaktigheter.

HSAN har uppvaktat Regeringskansliet om att få möjlighet att gå hårdare åt läkarna, men har inte fått gehör.

TEXT FREDRIK RUBIN / ILLUSTRATION MARTIN NICOLAUSSEN

DET TOG SJU år innan den ökända läkaren fick förskrivningsrätten begränsad.

Men att avfärda honom som ett enskilt exempel vore missvisande. Under de senaste tre åren har 60 läkare fått sin förskrivningsrätt begränsad eller indragen.

– De långa handläggningstiderna är ett bekymmer, dels för den som utreds av IVO och dels ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Vi arbetar därför aktivt med att effektivisera våra arbetssätt och därmed korta handläggningstiderna. IVO har även möjlighet att i en anmälan till HSAN yrka på interimistiskt beslut i avvaktan på ett slutligt

ställningstagande från HSAN i en viss fråga, säger **Marie Åberg**, avdelningschef vid Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Hur kommer det sig då att handläggningstiderna är så långa? Marie Åberg menar att det handlar om att utredningar av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal måste vara rätts-säkra och tillräckligt underbyggda för att ligga till grund för anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Att utreda vilka omständigheter som är aktuella i ett ärende, hämta in underlag som styrker dem och kommunicera underlaget med den berörda yrkesutövaren tar tid.

– Under utredningens gång kan det även komma fram nya uppgifter som

behöver granskas vidare. Långa handläggningstider är därför inte ovanligt i dessa ärenden, säger Marie Åberg och fortsätter:

– Eftersom det kan gå en tid från det att IVO anmäler en yrkesutövare till HSAN till dess att HSAN fattar beslut kan yrkesutövaren ha vidtagit åtgärder som medför att HSAN gör en annan bedömning.

SUSANNE BILLUM, ORDFÖRANDE för HSAN, menar att det är naturligt att myndigheten ibland landar i en annan slutsats än den som IVO yrkat på.

– Jag tycker inte att vi ofta gör en annan bedömning än IVO, men hela idén med systemet är att vi ska göra en prövning och inte bara expertera IVO:s beslut. Då skulle man ha



”

Det skulle också kunna vara en idé att utreda möjligheten att ge IVO tillfälliga befogenheter för att exempelvis snabbt begränsa förskrivningsrätten.

gjort lagstiftningen så att de fattar besluten.

Samtidigt finns en frustrerande begränsning i förhållandet mellan IVO och HSAN, menar Susanne Billum. Upprepade gånger vill HSAN gå på en hårdare linje än vad IVO yrkat på, något lagstiftningen inte tillåter. Önskan om att tilldelas en friare roll i beslut om vilken åtgärd som är lämpligast är något som HSAN tagit upp i remissvar till Regeringskansliet. Än så länge utan att få svar.

– Det skulle också kunna vara en idé att utreda möjligheten att ge IVO tillfälliga befogenheter för att exempelvis snabbt begränsa förskrivningsrätten. Men detta är ett eget resonemang och inte ett uttalande från HSAN. ►

FAKTA Från anmälan till beslut

- **Apotekspersonal eller vårdgivare** misstänker att en vårdgivare riskerar en patients säkerhet.
- **De anmäler personen** till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), något de är skyldiga att göra enligt patient-säkerhetslagen.
- **IVO utreder alla** anmälningar som kommer in och hämtar uppgifter från arbetsgivare, vårdkontakter och receptregistret. Personen som utreds får yttra sig i ärendet.
- **IVO kan kriti-sera** personen i sitt beslut. Om de bedömer att det finns skäl för beslut om prövotid, återkallelse av legitimation eller begränsning i förskrivningsrätt anmäler de det till HSAN, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.
- **HSAN, en domstolsliknande myndighet**, prövar IVO:s yrkande.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

”

I min tidigare roll som regional chef för tillsynsverksamheten vid Socialstyrelsen, fick jag varje år ansökningar från kollegor som ville få den egna förskrivningsrätten begränsad.

Foto: Johan Knobe



Torsten Mossberg är ordförande i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd.

Foto: Sofia Runarsdotter



Marie Åberg är avdelningschef vid Inspektionen för vård och omsorg.

TORSTEN MOSSBERG, ORDFÖRANDE i Läkarförbundets etik och ansvarsråd ser på frågan om överförskrivning och den långa handlägningsprocessen ur flera perspektiv.

– I min tidigare roll som regional chef för tillsynsverksamheten vid Socialstyrelsen, fick jag varje år ansökningar från kollegor som ville få den egna förskrivningsrätten begränsad. I flera fall blev de pressade av patienter att skriva ut tung narkotika och patienter kunde hota att skada deras barn.

Även Torsten Mossberg har frusterats över utredningar som dragit ut på tiden och som ofta överklagades av läkaren.

– Under den här processen, vilken kunde ta flera år, kunde läkaren undvika att överförskriva vilket gjorde att rätten inte kunde visa på att läkaren har ett olämpligt förskrivningsmönster eller agerar på ett olämpligt sätt. Efter att läkaren sedan fått tillbaka sin förskrivningsrätt så fortsatte denne ofta sin överförskrivning, säger Torsten Mossberg och fortsätter:

– Det handlar ofta om läkare med eget missbruk som finansieras på detta sätt. Här måste vi från förbundets sida samtidigt vara stödjande, ett sätt kan då vara att begränsa den egna förskrivningsrätten för att på så vis hamna på rätt sida om lagen och etiken. ◀

Läs mer om läkemedelstrender



➔ **OPIOID USE AFTER INTENSIVE CARE: A NATIONWIDE COHORT STUDY** von Oelrich, E. m.fl. · *Critical Care Medicine* (Februari 2021)

11 procent av patienter som har fått vård på en intensivavdelning har recept på opioider ännu 6 till 24 månader efter utskrivning.



➔ **FÖRSKRIVNING AV OPIOIDER I SVERIGE LÄKEMEDEL, DOSER OCH DIAGNOSER** Läkemedelsverket (2020)

Förskrivningen av opioiden Tramadol har minskat och Oxikodon ökat mellan 2006 och 2018, visar en rapport från Läkemedelsverket. Totalt sett har förskrivningen av opioider inom sjukvården inte ökat.



➔ **UTVÄRDERING AV VÅRD VID DEPRESSION OCH ÅNGESTSYNDROM** Socialstyrelsen (2019)

Socialstyrelsen vill att färre än var tionde patient med ångestsyndrom ska få behandling med bensodiazepiner. Förskrivningen minskar, men 2017 låg siffran på 20 procent för hela landet, med stora regionala skillnader.



➔ **NEGATIVA KONSEKVENSER AV ALKOHOL, NARKOTIKA OCH TOBAK** CAN (2018)

5,3 procent av befolkningen uppgav 2017 att de använt narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination. Smärtstillande läkemedel uppgick till 3,7 procent och lugnande/sömnmedel till 2,4 procent.

Johan Hultberg (M)



»IVO behöver bättre förutsättningar«

Läkares överförskrivning är ett problem, det är regeringen och oppositionen överens om. Men när det kommer till ansvarsfrågan är samsynen inte lika stark.

TEXT FREDRIK RUBIN / FOTO HENRIK MONTGOMERY/TT

RIKSDAGSLEDAMOTEN JOHAN HULTBERG (M) är bekymrad. I sin roll som ledamot i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) ser han hur anmälningar av läkares överförskrivning ökat på senare tid.

– I Sverige ser vi bekymmersamma signaler med ökat antal anmälningar till IVO och HSAN där den vanligaste orsaken till varför IVO kritiserar legitimerad personal är just felaktig förskrivning.

Johan Hultberg menar att IVO:s tillsyn måste förbättras och att regeringen måste ge myndigheten bättre förutsättningar.

– Riksrevisionen har riktat ganska hård kritik mot regeringen för att man inte gett IVO tillräckligt goda förutsättningar att axla sitt viktiga uppdrag. Bland annat påtalades det att IVO haft för mycket tillfälliga anslag vilket gjort det svårt att planera sin verksamhet och bedriva en god tillsyn, säger Johan Hultberg.

Den första maj träder den nationella läkemedelslistan i kraft. Tanken är att den bland annat ska ge läkare en gemensam bild av en patientens läkemedelsbehandling.

– Idag finns ett problem att patienter kan hoppa runt mellan läkare om man har ett beroende av läkemedel. Med läkemedelslistan kan läkare inte gömma sig bakom att man inte har full insyn i vilka läkemedel som patienter redan fått utskrivet, säger Johan Hultberg.

RIKSDAGSLEDAMOTEN LÄGGER OCKSÅ stora förhoppningar på att den nya ANDTS-strategin ska ha ett tydligt fokus på just narkotikaklassade läkemedel. Men hur propositionen, som regeringen ska lämna till riksdagen senast den 23 mars, kommer att formuleras är höljt i dunkel. När *Alkohol & Narkotika* ställer frågan till socialminister **Lena Hallengren** (S) undviker hon att gå in på dess innehåll.

– Läkemedelsberoende och överförskrivning av narkotikaklassade läkemedel är en viktig fråga för regeringen. Regeringen har därför påbörjat men också delvis redan genomfört flera åtgärder i syfte att komma åt överförskrivning, säger Lena Hallengren.

Införandet av en nationell läkemedelslista, minskad användning av pappersblanketter och bättre möjligheter att följa upp förskrivarbehörigheter på apotek är bland de åtgärder som socialministern menar att regeringen redan vidtagit.

Lena Hallengren försvarar samtidigt de långa handläggningstiderna vid IVO med att utredningarna måste vara rättsäkra och tillräckligt underbyggda för att ligga till grund för anmälningar. ◀

SE MER

➔ ÖVERFÖRSKRIVNING OCH MISSBRUK AV NARKOTIKA-KLASSADE LÄKEMEDEL *Interpellationsdebatt 08/12/2020 (riksdagen.se)*

LÄKEMEDELS- BEROENDE SYNS INTE I STATISTIKEN

Det har inte gjorts en uppskattning av hur vanligt läkemedelsberoende är i Sverige sedan 2011. Det är en grupp som inte syns i statistiken. Men specialiserade mottagningar blir vanligare – i januari slog mottagningen Läkemedel och hälsa upp sina dörrar i Stockholm.

TEXT JULIUS VON WRIGHT / ILLUSTRATION MARTIN NICOLAUSSEN

IUPPDRAG GRANSKNINGS AVSNITT om läkemedelsberoende bökas **Niclas** runt i sin låda med tabletter och pekar ut 7 narkotikaklassade läkemedel som han tar varje dag. Oxycontin, Stilnoct och Xanor... både lugnande och smärtstillande.

Psykiatrin bedömer att Niclas har ett beroende eller problem med smärta, men beroendemottagningen tar inte emot honom och smärt-enheten bedömer att han har ångest.

Niklas fall är ovanligt komplicerat, men han är långt ifrån ensam.

DET ÄR SVÅRT att uppskatta hur vanligt läkemedelsberoende är i Sverige. Missbruksutredningen



Christina Schef-fel Birath är chef för mottagning-en Läkemedel och hälsa i Stockholm.

2011 uppskattade att 65 000 svenskar, ungefär 1 procent, var beroende av ett läkemedel och det är en siffra som används än idag på många håll. I CAN:s befolkningsundersökning *Vanor och konsekvenser* uppgav 4 procent av befolkningen att de hade använt smärtstillande och 2 procent lugnande eller sömnmedel utan läkares ordination under det senaste året (2017). Den siffran fångar även in användning av läkemedel som köps illegalt. 2019 beslagtogs tullen rekordmycket narkotikaklassade läkemedel, sammanlagt 2,8 miljoner tabletter. Det är en ökning som delvis beror på mer resurser, men som tullen också beskriver som en reell ökning.

Läkemedelsberoende går inte heller att se i förskrivningsstatistiken, eftersom det inte går



att skilja mellan patienter som behöver större mängder läkemedel och patienter som utvecklat ett beroende. Förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel, som smärtstillande opioider och lugnande bensodiazepiner, har däremot minskat något på senare år.

DEN 1 JANUARI öppnade mottagningen Läkemedel och hälsa i Stockholm. Den samlar flera verksamheter som ursprungligen har varit inriktade på olika läkemedelsberoenden, bland annat TUB-mottagningen (Terapi och Utvärdering av Beroendeframkallande läkemedel) som grundades 1984.

– Under åren har de renodlade beroendena minskat och en allt större del av patientgruppen har ett beroende av flera substanser. Så vi beslöt att slå ihop dem, säger **Christina Scheffel Birath**, chef för den nya mottagningen.

Mängden läkemedel på marknaden har ökat över decennierna, och det tror Christina Scheffel Birath är en av orsakerna till att allt fler kombinerar olika substanser.

– Det är primärvården som är den vanligaste föreskrivaren av beroendeframkallande läkemedel. Det kan bero på att de möter många patienter på kort tid under arbetsdagen.

Mottagningen har idag ungefär 300 patienter

FAKTA Vanliga läkemedel man kan bli beroende av

- **Lugnande bensodiazepiner:** Stesolid, Sobril, Xanor, Iktrovil
- **Bensodiazepinliknande sömnmedel:** Imovane, Stilnoct
- **Morfin och morfinliknande smärtmediciner:** Tradolan, Citodon, Oxonorm/Oxycontin, Fentanyl, Norspan
- **Övriga:** Lyrica

Vad kännetecknar läkemedelsberoende?



- **Du känner ett sug** efter läkemedlet och får abstinens utan det.
- **Du behöver allt** större doser för att läkemedlet ska ge positiv effekt.
- **Du tar inte** längre läkemedlet för de symtom det skrevs ut för. Istället tar du det för att det ger välbehag eller tillfredsställelse.
- **Du har svårt** att begränsa användningen trots att det leder till problem i din vardag.

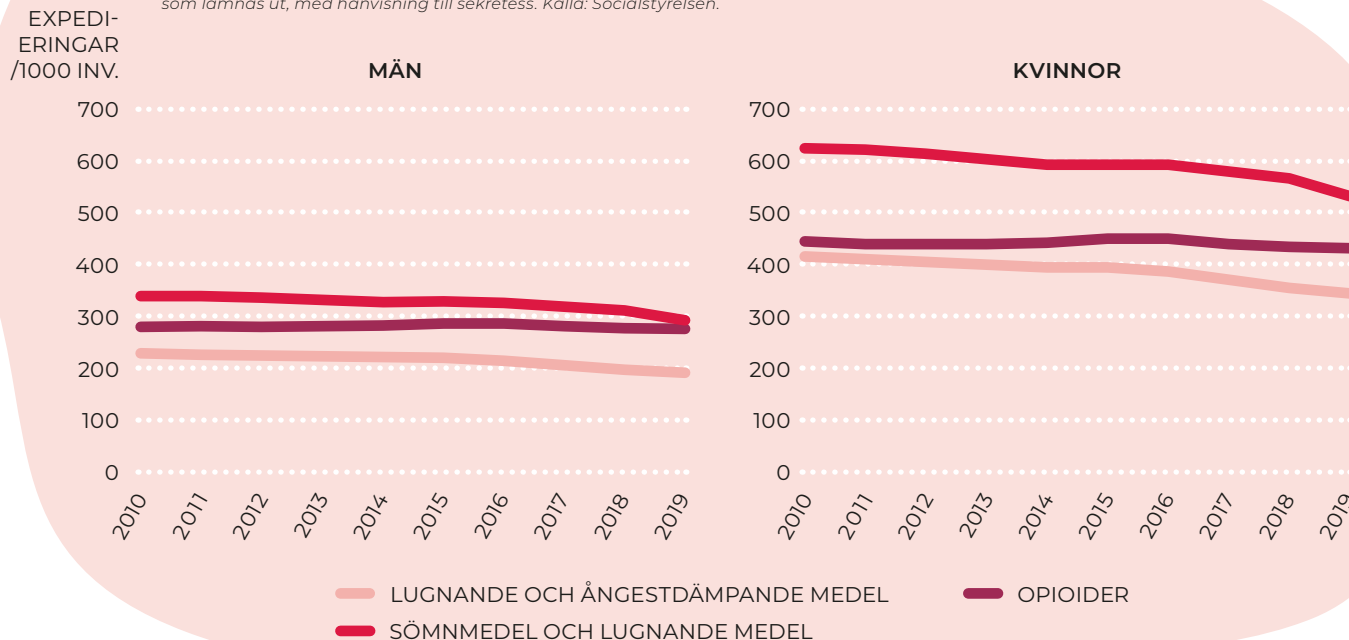
Källa: 1177.se - Läkemedelsverket

och har ett inflöde på runt 25 i veckan. Det här är personer som oftast har ett beroende orsakat av läkemedel som initialt har skrivits ut från vården. De söker sig till mottagningen när deras läkare inte vill fortsätta förskrivningen eller när de själva upplever negativa konsekvenser av sitt läkemedelsintag. De har ofta ett medelsvårt till svårt beroende, uppskattar Christina Scheffel Birath.

Men varför behövs en specialiserad mottagning?

– Många uppfattar sig inte som narkotikamissbrukare. Den vanliga synen på missbrukare är ju ingen skön syn. Det här är människor som förvisso har ett narkotikaberoende, men de har svårt att hitta till den vanliga beroendemottagningen. De söker sig främst till primärvården eller psykiatri. ►

Kvinnor hämtar ut fler recept på smärtstillande och lugnande läkemedel än män. Under de senaste 10 åren har förskrivningen i Sverige gått ner något. Statistiken visar antalet gånger som apotek har lämnat ut läkemedel. Socialstyrelsen ger inte längre ut statistik över hur många dygnsdoser som lämnas ut, med hänvisning till sekretess. Källa: Socialstyrelsen.



Mats Rothman
är överläkare
vid Region Västmanland.

När en patient skrivs in på Läkemedel och hälsa tar mottagningen över förskrivningen och kommer tillsammans med patienten överens om en plan att trappa ner. Mottagningen gör också en basutredning där förekomsten av andra psykiatriska diagnoser utreds.

– Vi har också ett ökat fokus på den fysiska hälsan. Det här är generellt sett en väldigt passiv grupp, är man påverkad av olika läkemedel så sköter man inte sin fysiska hälsa. Man röker, äter dåligt, sover inte som man ska. En nedtrappning är ofta såväl fysiskt som psykiskt påfrestande och då behöver man den energi som hälsosamma levnadsvanor ger. Så vi satsar på det.

REGION VÄSTMANLAND FÖRSÖKER minska risken för läkemedelsberoende genom att minska på förskrivningen. 2017 skrev de ut mest bensodiazepiner i landet och låg i top-10 när det gällde opioider, pregabalin och andra bensodiazepinbesläktade läkemedel, som exempelvis Imovane.

Vid slutet av 2020 hade de minskat sin förskrivning av opioider och bensodiazepiner med en tredjedel.

Enligt **Mats Rothman**, som är överläkare vid Region Västmanland och leder arbetet med att minska förskrivningen, fanns det många idéer om att det var stafettläkare, yngre eller tillfälliga läkare som förskrev mest, men en kartläggning visade att det ofta var erfarna läkare som jobbade

på välbemannade vårdcentraler utan vikarier som skrev ut mest. En enkät bland 200 läkare och sjuksköterskor visade att 90 procent ansåg att läkemedelsberoende var ett stort problem och att 40 procent inte visste vad de skulle göra vid möten med patienter som hade ett misstänkt läkemedelsberoende. Det gjorde överförskrivning inte bara till en patientsäkerhetsfråga utan även till en arbetsmiljöfråga.

Regionen tog då fram instruktioner för hur läkare och sjuksköterskor ska jobba med beroendeframkallande läkemedel. Instruktionen beskriver åtgärder som ska göras före en patient inleder en behandling, hur den ska följas upp och avslutas, det som på medicinskt språk kallas utsättning. Läkare har även fått riktlinjer för vilka begrepp de ska använda när de skriver journaler för att underlätta sökning.

– Vi har haft utbildningar och berättat om långvarig smärta, hur man ska medicinera och vad som är olämpligt. Vi har även med sköterskor som jobbar med att undervisa om nedtrappning och utsättning.

DE PATIENTER SOM haft en förskrivning en längre tid ska erbjudas att komma in för ett samtal om deras användning.

Enligt modellen i Region Västmanland så sköts det här där läkemedlet skrivs ut, ofta inom primärvården.

– Den här typen av läkemedelsberoende är det

” De oönskade effekterna av läkemedlen på sikt kan vara att de förvärrar de symtom som de från början var till för att lindra.

oftast bättre att man tar om hand där läkemedlet faktiskt skrivs ut. Vi tänker att man i primärvården kan hjälpa patienter på ett mycket bra sätt. Men beroendemottagningen kan även hjälpa till i vissa fall.

Mats Rothman tror att en del läkare inte tänker på de långsiktiga effekterna av de här läkemedlen när de förskriver dem. Där behöver mer kunskap komma in.

– De oönskade effekterna av läkemedlen på sikt kan vara att de förvärrar de symtom som de från början var till för att lindra, man kan till exempel få smärta av opioider men även sämre psykiskt mående samt sova sämre av sömnmedel och få mer ångest av benzodiazepiner. Det finns inget säkert vetenskapligt stöd för att långvarig behandling med morfinläkemedel vid smärta som inte är cancersmärta ska fungera, säger Mats Rothman.

Mats Rothman hänvisar till kliniska

uppskattningar gjorda på smärtkliniker om att 75 till 80 procent av de som använder morfinläkemedel långvarigt inte har någon eller dålig effekt av dessa.

– Läkemedlen i sig kan förhindra en rehabilitering. Det blir inte möjligt för vården att genomföra andra åtgärder.

Det kan handla om andra behandlingsmetoder för smärtlindring, som fysisk träning, stressförebyggande och arbete med att hantera smärtan.

Enligt Mats Rothman är det inte bara sjukvårdspersonalen som behöver få den här informationen. Region Västmanland har genom 1177 riktat informationskampanjer till allmänheten.

– I förlängningen behöver kunskapen också nå ut i befolkningen. Vi hoppas att när en patient får medicin så ska den veta att de här tabletterna kan ha effekt bara under en kort period. ◀

90%

av de tillfrågade läkarna och sjuksköterskorna ansåg att läkemedelsberoende var ett stort problem, enligt en enkät i Region Västmanland.

NATIONELLA LÄKEMEDELSLISTAN TRÄDER I KRAFT MAJ 2021

Läkemedelslistan ger sjukvårds- och apotekspersonal möjlighet att hämta uppgifter om vilka läkemedel en patient har recept på. Vårdspersonal behöver samtycke från patienten, men farmaceuter får titta i registret utan samtycke när de lämnar ut ett läkemedel.

Det nya registret ska minska risken för överförskrivning. Det träder i kraft den 1 maj 2021 och senast i maj 2023 ska alla vårdssystem vara anslutna.

Under 2021 ska även pappersrecept fasas ut. Den 1 oktober ska alla recept skrivas ut elektroniskt.





Ett liv med benso enligt Beth Harmon

Beth Harmon öppnar dörren till schackbrädets hemligheter med hjälp av bensodiazepiner och blir oslagbar schackmästare i den fiktiva serien *The Queen's Gambit*. Men skulle bensodiazepiner leda till en världstitel i verkligheten? Knappast. **TEXT** JULIUS VON WRIGHT

NÄR BETH HARMON möter **Harry Beltik** i delstatsmästerskapet i Kentucky 1963 grips hon av panik. Hon rusar till toaletten och tar två gröna tabletter av benzodiazepinen Xanzolam. Hon beger sig tillbaka till schackbordet, lugn och fokuserad – och sopar golvet med Harry Beltik.

Netflixs fiktiva serie *The Queen's Gambit* blev snabbt en av streamingtjänstens mest tittade serier och har lyckats ge schack ett ordentligt uppsving (flera schackklubbar uppger ett ökat intresse på grund av serien). I *The Queen's Gambit* får tittarna följa med föräldralösa Beth Harmon (spelad av **Anya Taylor-Joy**) från barnhemmet till schackturneringar i Las Vegas, Mexico City, Paris och till slut Moskva (det här utspelar ju sig ändå under Kalla krigets allra kyligaste dagar).

Harmon får av tabletterna inte är särskilt troliga. Bensodiazepiner har inga hallucinogena effekter, förutom vid svår abstinens. Tabletterna, i den omfattning som Beth Harmon använder dem, borde snarare göra henne sömning.

– Bensodiazepiner har en dämpande effekt på hjärnan och minskar hjärnans aktivitet. I små doser, så som man borde förskriva dem inom sjukvården, så behöver det inte ha så stor påverkan på kognition så att det blir ett problem. Men man kan bli sömning och trög i tänkandet. Det känns långsökt att bensodiazepiner skulle göra henne till en bättre schackspelar.

Däremot kan de vara effektiva för att dämpa Beth Harmonns ångest, särskilt vid små doser.

– Om hon är väldigt stressad och ångestbenägen så kunde en liten dos ta bort det. Ångest har också en dämpande kognitiv förmåga, och då kunde man tänka sig att hon spelade bättre med bensodiazepiner.

”Jag tyckte det var lite märkligt att hon kunde bli så duktig trots sitt narkotikamissbruk. Det kan ju inte ha varit till någon hjälp.

Det är på barnhemmet som Beth Harmon först kommer i kontakt med Xanzolam. Där delas det ut lika regelbundet och problemfritt som vitaminer för att hålla barnhemmets flickor lugna och stilla. De gröna tabletterna kommer att spela en central roll i Beth Harmonns liv: de stillar hennes nervositet och öppnar en dörr in i schackets värld av näst intill oändliga spelmöjligheter.

XANZOLAM ÄR ETT påhittat namn. Enligt *Newsweek* tyder den gröna färgen på tabletterna att det är en fiktiv version av bensodiazepinerna librium eller chlordiazepoxide, som lanserades på 60-talet. Läkemedlet blev otroligt populärt och skrevs ofta ut till kvinnor mot ångest och sömnproblem.

Tove Abrahamsson, forskare vid Enheten för klinisk forskning vid Lunds universitet, säger att de hallucinationsliknande upplevelser som Beth

Hade det inte varit för problemet med bensodiazepinernas beroendepotential så hade det varit ett otroligt bra läkemedel för ångest, säger Tove Abrahamsson. Och det är där som Beth Harmon antagligen stöter på problem. Efter den slentrianmässiga utdelningen av Xanzolam på barnhemmet har hon antagligen utvecklat ett beroende (något som uppstår hos en stor andel av dem som använder bensodiazepiner under en längre tid).

– Tolerans är en del av beroendeutvecklingen. Då behöver du mer och mer för att få samma effekt.

AXEL SMITH ÄR svensk stormästare i schack. Han började spela när han var barn och under ett tiotal år efter gymnasiet spelade han på heltid. Det var roligt, men inte så glamoröst som det låter. Han levde billigt och spenderade halva året på resande fot för att spela turneringar.

Inom schack är titlarna viktiga så turneringarna och resdagarna blir många. Det framkommer inte riktigt i ►

Bensodiazepiner är en grupp lugnande och ångstdämpande läkemedel som är beroendeframkallande.

serien, säger Axel Smith. Han stör sig på en del små schackdetaljer i *The Queen's Gambit*, men han irriterar sig mest på att han inte kan släppa dem. Serien handlar ändå om henne i första hand, inte om schack, anser Axel Smith. Han gillar serien, även om Beth Harmon blev duktig lite snabbare än i verkligheten.

– Jag tyckte det var lite märkligt att hon kunde bli så duktig trots sitt narkotikamissbruk. Det kan ju inte ha varit till någon hjälp, säger han.

Att droger skulle höja prestationen finns inte på kartan inom schack, menar Axel Smith. Det som används är kaffe och mycket av det. Det beror på att turneringarna och övningskvällarna kan bli många och långa. Axel Smith slutade dricka (kaffe) 2008 – det tog för mycket fokus när han spelade – och idag har han istället med sig en koffeintablett utifall att han blir trött.

Han har aldrig behövt använda den.

– Det är nervpåfrestande att spela länge, i fyra fem

timmar varje dag, och det finns ju de som känner sig nervösa, de som röker och dricker på turneringarna, men det var vanligare förr. Nu är konkurrensen så hård att man inte har råd med det. Det är mer seriöst idag, säger Axel Smith.

Men det finns inte heller någon renhetslära inom schacken. Turneringarna samlar alla sorter, säger han.

Unga, gamla, hurtiga, lata.

Men även, faktiskt, dopningskontrollanter.

EFTER ATT UKRAINAREN Vassily Ivanchuk, rankad trea i världen, förlorade en match i Dresden 2008 blev han ombedd att ge att drogtest. Han blev ursinnig, vägrade, slog knytnäven i bordet och rusade bort. Eftersom Internationella världsschackförbundet FIDA försöker få schack att bli en olympisk gren förhåller de sig till samma antidopingregler som andra idrottare. Det betyder att det förekommer drogtestar inom schackmästerskapen och samma dopninglista gäller där som inom tiokamp.

Schackspelare slöt upp bakom Vassily Ivanchuk och han stängdes inte av trots sin vägran. Enligt Axel Smith anser många spelare att dopningsreglerna är löjliga. Och det verkar inte vara en fråga som får värst mycket uppmärksamhet. När Axel Smith spelade för landslaget förekom ingen information om vilka substanser som

13% Spelare som fick metylfenidat **ökade sina vinster med 6 till 13 procent**, visar en tysk-svensk studie.



”Det är nervpåfrestande att spela länge, i fyra fem timmar varje dag, och det finns ju de som känner sig nervösa, de som röker och dricker på turneringarna, men det var vanligare förr.

anses vara dopning. Han har spelat i mästerskap med slumpvisa drogtestar, men har inte själv testats.

Beth Harmon får tacka gudarna för att hon inte utsattes för drogtestar under sina matcher. Hennes positiva test skulle ha gett henne ett långvarigt spelförbud. Och skulle hon ha sökt sig till en schackklubb idag skulle hon löpa stor risk för att inte släppas in. Idag har många schackklubbar både alkoholpolicy och narkotikafria spelzoner – för ungdomarnas skull, inte för prestationen.

MEN ÄR DET så långsökt att använda droger för att förbättra sin prestation i schack? 2017 publicerades en tysk-svensk studie där ett 40-tal schackspelare fick metylfenidat, modafinil, koffein eller placebo för att studera hur deras prestationer påverkades.

De tre substanserna är centralstimulerande, något som ofta används inom sjukvården för att behandla ADHD.

– Vår studie visade att man bättrade sin prestationsförmåga, att det fanns en positiv kognitiv effekt, säger **Patrik Gränsmark**, som då forskade vid Institutet för social forskning SOFI vid Stockholms universitet.

– Vi fick inte tillstånd att genomföra en sådan studie i Sverige av etiska skäl, men det tyska teamet fick det, säger Patrik Gränsmark.

De som fick modafinil fick 8 till 15 procent fler vinster och de som fick metylfenidat såg en ökning på 6 till 13 procent.

Även koffeinet ledde till fler vinster, något som överraskade Patrik Gränsmark, även om effekten inte var lika stor.

Användningen av centralstimulanter förknippades alltså med fler vinster, men de förlorade också fler partier på grund av tidsbrist. I artikeln drar forskarna slutsatsen att substanserna inte förbättrar beslutsfattande på tid, men att de kan öka en vilja att spendera mer tid på ett beslut.

Patrik Gränsmark spelar själv schack och tycker att studiens resultat går att överföra till verkligheten, men bara på kort sikt.

– Drogerna har en uppiggande effekt, man blir vaken och alert, men också mer nervös och skakig. Men allt det här handlar om vad som sker på kort sikt. När man bli beroende så får man kraftigt nedsatt kognitiv förmåga och då måste man ha droger för att komma till normalnivå, säger Patrik Gränsmark.

– Och på lång sikt kan ingen undgå beroendeproblematiken.

I BETH HARMONS sista parti får hon äntligen revansch på **Vasily Borgov**, den oövervinnliga ryssen. I det svagt upplysta rummet får vi följa med hur hon än en gång går igenom schackspelets otaliga möjligheter. Som fastlåst i en hallucination ser hon möjligheterna spelas upp framför sina ögon tills hon hittar det rätta draget.

Och den här gången gör hon det utan Xanzolam. Frågan är om hon inte skulle ha vunnit Vasily Borgov långt tidigare utan den gröna tabletten. ◀



Är LARO:s *framtid* bio- teknologisk?

En injektion i månaden istället för dagliga tabletter. Så ser behandlingen ut för ett fåtal LARO-patienter i Sverige idag. Under pandemiåret har så kallade depotinjektioner blivit vanligare. Men behandlingen är dyr och passar inte alla. Hur ser LARO:s bioteknologiska framtid ut? **TEXT** JULIUS VON WRIGHT

TOBIAS ADOLFSSON GICK fyra månader i LARO med tabletter, men när han fick höra om depotinjektionerna bad han om att få byta. Idag får han en injektion i månaden.

– Jag hade tabletter först, men det känns som att man inte slipper ifrån det där missbrukssättet. Och så blev jag sjuk, tabletterna ska räcka ett dygn, men de gör inte det, så man mår dåligt på morgonen när man vaknar, säger han.

I Sverige finns ett godkänt långtidsverkande läkemedel med buprenorfin som kan användas inom **LARO**. Läkemedlet som injiceras löses långsamt upp under en längre tid. Idag finns läkemedlet i både vecko- och månadsdos.

LARO är förkortning för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, en behandling som kombinerar läkemedelsbehandling och psykosocialt stöd.

Tobias Adolfsson ingår i ett projekt på sin mottagning och följs nu upp för biverkningar varje gång han går in för en påfyllning, men än så länge har han mått bra.

– Det tog ett par veckor innan hjärnan svängde om.

Nu känner jag mig normal och jag slipper tänka på tabletter det första jag gör på morgonen.

Tobias Adolfsson ser inte bara fysiologiska fördelar med depotinjektioner. För honom betyder det också mindre risk för att stöta ihop med gamla polare.

– Jag slipper att åka till mottagningen. Det är så mycket droger utanför, folk står och säljer medicinerna. Det blir jobbigt att gå och träffa folk där hela tiden. Jag hade nog inte kunnat hålla mig, att träffa de gamla polarna.

Tobias Adolfsson behöver påfyllnad en gång i månaden, men han kan ändå kallas in till mottagningen för urintester. Behovet att följa med sidomissbruk minskar inte på grund av den nya formen.

Det tar lång tid att bli återställd, säger Tobias Adolfsson.

Men du är på väg?

– Ja för fan.

PÅ LARO-MOTTAGNINGEN I Luleå får en handfull patienter den nya behandlingen. För de flesta har det gått bra, säger överläkare **Markus Boman**.

På den här mottagningen i Norrbotten så betyder behandlingen också nya möjligheter för patienter med långa resesträckor. De slipper ta sig till mottagningen allt för ofta och får livspusslet

att gå ihop. En del som reser och bor på olika orter kan känna sig obekväma med att bära på stora mängder tabletter.

– De är nöjda. De slipper tabletterna och kan fokusera på sitt arbete.

Men det finns även de som provat depotinjektioner och gått tillbaka till tabletter.

– De har känt obehag av injektionen och känt att tabletten kan vara en trygghet. När de har fått sprutan så kan de börja undra om de verkligen får medicinen.

Depotinjektionen är inte en universallösning. Det finns de som kämpar hårt för att hålla sig stabila och som behöver komma in till mottagningen oftare, säger Markus Boman.

SIMON LINDGUSS ÄR enhetschef för Substitutionsmottagning Östra i Göteborg. Under pandemin har mottagningen ökat sin användning av depotinjektioner för att gles ut besöken. Idag får ungefär 40 patienter depotinjektioner. Han ser mycket potential i den nya formen av läkemedel.

– Det ger helt nya möjligheter. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska läkemedlen intas övervakat de tre första månaderna. Med en månadsinjektion skulle det bli färre övervakade besök, säger Simon Lindguss.

”

Det tog ett par veckor innan hjärnan svängde om. Nu känner jag mig normal och jag slipper tänka på tabletter det första jag gör på morgonen.

Depotinjektioner sätter också större krav på mottagningarna, tror Simon Lindguss.

– Vi har kunnat lita på att patienter kommer på besök, men nu måste vi få dem att komma till oss för annat än medicinen. Det kan leda till en kvalitetsförbättring av behandlingen.

Behandlingen begränsas inte till en viss grupp, utan används brett säger Simon Lindguss. Men det anstränger ekonomin: depotinjektioner kostar tio gånger mer än dygnsdoserna.

– Det ekonomiska är det som begränsar användningen för oss. Det kräver att mottagningen får täckning för utgifterna, säger Simon Lindguss. ►



Markus Boman
är överläkare på
LARO-mottagningen
i Luleå.

FRAMTIDEN FÖR BEROENDEBEHANDLING är bioteknologisk. Det skriver **Daniel Wolfe** och **Roxanne Saucier** i en essä i *International Journal of Drug Policy*. Depotinjektioner och implantat är några av de metoder som håller på att utvecklas inom beroendebehandling.

Depotinjectioner har sina fördelar, skriver de. Patienter behöver inte gå igenom berg-och-dalbanan av dagliga doser och depotinjektioner tar bort det dagliga behovet av att motivera sig och hålla sig till sin behandling. Men det är också behandlingens nackdel, menar skribenterna. Behandlingen fråntar patienterna rätten att sluta när de vill. I USA har depotinjektioner fått stort stöd inom rättsväsendet, där personer dömda för narkotikabrott kan välja behandling med depotinjektion istället för fängelse.

Argumenten för behandlingen i USA är ofta andra än patientens välbefinnande. Även i svensk debatt lyfts läckaget från LARO som ett argument

att införa depotinjektioner i större skala.

Simon Lindguss i Göteborg tycker inte att det ska vara det enda argumentet för att bredda möjligheten till behandlingen.

– Vad det borde säljas in med är vad det gör för patienterna. I Sverige pratar man oftare om läckage från programmen än om vad behandlingen faktiskt gör för patienten. Att minska läckaget kan inte vara ett huvudsyfte för en behandling. Det viktigaste för vår del är att vi kan ge god och säker vård till dem som behöver det, säger Simon Lindguss.

DEPOTINJEKTIONER INOM LARO är ännu ovanligt i Sverige. De allra flesta mottagningar som *Alkohol & Narkotika* har varit i kontakt har bara enstaka patienter.

Tillbaka i Luleå anser Markus Boman att depotinjektionerna fyller en lucka inom LARO, för stabila patienter, men också får patienter som ska i fängelse för en kortare vistelse eller in på ett behandlingshem.

– Det finns en nisch för behandlingen. ◀

LÄS MER

➔ **BIOTECHNOLOGIES AND THE FUTURE OF OPIOID ADDICTION TREATMENTS** Wolfe, D. & Saucier, R. • *International Journal of Drug Policy* (Februari 2021)

” I Sverige pratar man oftare om läckage från programmen än om vad behandlingen faktiskt gör för patienten. Att minska läckaget kan inte vara ett huvudsyfte för en behandling.

ÄR UNGAS ALKOHOLKONSUMTION EN GLOBAL TREND?

Alkoholkonsumtionen har minskat bland ungdomar i hela västvärlden. Men en ny studie visar att trenden inte har varit så enhetlig som många kanske tror.

TEXT MARIA ZAITZEWSKY RUNDGREN / ILLUSTRATION KARIN ULIN

ATT UNGAS ALKOHOLKONSUMTION har minskat i hela västvärlden sedan 90-talet är fastslaget. Men förändringarna har skett i olika takt och olika mycket. Det visar en ny forskningsstudie från 2020 där man har kartlagt ungas drickande i 39 höginkomstländer. Så kan man kalla det minskade ungdomsdrickandet en global trend?

– Nej, det är ingen global trend utan isolerat till västvärlden, alltså Australien, USA och Västeuropa. I Afrika och Sydostasien har ungas drickande ökat, säger **Jonas Raninen**, alkoholforskare och utredare på CAN.

Enligt ESPAD, en undersökning om ungas alkoholvanor som genomförs vart fjärde år i alla europeiska länder, har drickandet minskat i samtliga länder mellan 2011 och 2015. Men den undersökning som gjordes 2019 visade att minskningen inte längre var lika tydlig i alla länder, utan bara i vissa, främst i norra Europa. I Syd- och Östeuropa har minskningen planat ut.

När började ungas drickande i Väst-europa minska?

– I början av 2000-talet. USA var

ganska tidigt ute och följdes därefter av norra Europa. I Sverige har andelen 15-åringar som dricker halverats sedan sent 90-tal och man dricker även mindre volymer. Vi kan se motsvarande trend i andra västeuropeiska länder och i USA, medan unga i Tjeckien dricker nästan lika mycket i dag som för 20 år sedan. Man kan säga att unga européers drickande har gått från att vara ganska likvärdig till att utvecklas åt olika håll. Spridningen mellan länder har ökat, konstaterar Jonas Raninen.

DET FINNS OLIKA teorier, som att dataspel och sociala medier får unga att sitta hemma mer och därmed dricka mindre. Men det ger Jonas Raninen inte mycket för.

– De plattformar på sociala medier som vi har i dag fanns inte under de första tio åren av minskad alkoholkonsumtion. Ändå minskar drickandet. Även om en liten grupp pojkar spelar mycket dataspel, så gör flickor inte det i samma utsträckning. Ändå dricker de mindre. Och det finns inga bevis för att alkohol har ersatts av andra droger.

Dessutom är alkohol billigare i dag och tillgängligheten större. Och även om Sverige har en förhållandevis restriktiv alkoholpolitik så har Australien en mycket liberal sådan. Trots det har ungdomsdrickandet minskat ungefär lika mycket i båda länderna.

– Den troligaste hypotesen handlar



om förändringar i föräldraskapet. Föräldrakontrollen har ökat, det är enklare för föräldrar att hålla kontakt med sina barn via mobiltelefon, man engagerar sig mer och har ett vänskapligt och öppet samtalsklimat. Dessutom har föräldrars bjudvanor blivit striktare. Överlag har unga blivit skötsammare och har färre riskbeteenden, som rökning och skolkning.

Jonas Raninen menar att den här trenden är positiv, men att den också har en baksida. Unga bor hemma längre och är mer beroende av sina föräldrar. Vuxenlivet skjuts upp till långt efter 20. ◀

LÄS MER

➔ TRENDS IN ADOLESCENT DRINKING ACROSS 39 HIGH-INCOME COUNTRIES: EXPLORING THE TIMING AND MAGNITUDE OF DECLINE Vashishtha, R. m.fl. • European Journal of Public Health • 1–8 (2020)

”

Spridningen mellan länder har ökat.

Islandsmodellen har inte utvärderats *utanför Island*



INOM DET DROGFÖREBYGGANDE arbetet har Islandsmodellen blivit ett hushållsnamn, känd för sitt fokus på att uppmuntra fritidsaktiviteter bland barn och gemensamma överenskommelser bland föräldrar. Utvecklingen av alkoholvanor bland unga på Island har tillskrivits modellen: mellan 1995 och 2019 har andelen 16-åringar som uppger att de aldrig har druckit alkohol stigit från 21 till 63 procent.

Det har gett modellen internationell uppmärksamhet. Under flera år har organisationen Planet Youth spridit modellen till ett 30-tal länder.

Ina Koning är biträdande lektor vid Utrecht universitet och forskar på förebyggande metoder. Hon anser att spridningen av modellen har varit förhastad.

I ett debattinlägg i tidskriften *Drugs: Education, Prevention and Policy* argumenterar hon och



Ina Koning är biträdande lektor vid Utrecht universitet.

hennes kollegor för att det inte finns evidens för att implementeringen av modellen i ett annat land har gett effekter på alkoholkonsumtionen bland unga. När Ina Koning ombads att implementera Islandsmodellen i en nederländsk kommun kunde hon inte hitta evidensen.

– Jag började söka på hur användbar modellen är för andra länder, men det finns inte mycket.

Det var först 2020 som de publicerade en teoretisk bakgrund till modellen. Hur är det möjligt? säger Ina Koning och fortsätter

– Vi tycker att de inte är tillräckligt öppna med att modellen inte ännu är evidensbaserad.

DE VETENSKAPLIGA STUDIER som publicerats om modellen utanför Island är beskrivande och observerande, men inga utvärderingar. Vad Ina Koning efterlyser är tydlighet, även om hur modellen funkar på Island.



Islandsmodellen har ännu inte utvärderats utanför Island och en samling forskare vill se starkare evidens före den sprids mer. Effektutvärderingar tar tid, svarar Planet Youth. Har modellens spridning till ett 30-tal länder varit förhastad?

TEXT JULIUS VON WRIGHT

– Vi vet inte vilka mekanismer i modellen som har minskat användningen av substanser på Island. Kanske mekanismerna är irrelevanta i andra länder? Som en forskare är det här grunderna i ett interventionsprogram, så att man vet att de går att överföra och implementera i en ny kontext.

Forskarna **Alfgeir L. Kristjansson**, **Inga Dora Sigfusdottir** och **Jon Sigfusson**, direktör för Planet Youth säger att det är svårt att utvärdera en »holistisk modell« som Islandsmodellen. Modellen är inte en intervention utan ett förhållningssätt, skriver de i en replik på kritik som European Society for Prevention Research riktade mot modellen i början av 2020 (en text som även Ina Koning stod bakom).

– Jag argumenterar för att den visst kan utvärderas, definitivt. Man behöver inte randomiserade kontrollerade studier för att göra det, det finns

” Kanske mekanis- merna är irre- levanta i andra länder?”

andra sätt, säger Ina Koning.

Hon är nu involverad i utvärderingen av en kommun som infört interventioner inspirerade av Islandsmodellen. De utvärderar kommunen och jämför med en kontrollkommun.

– Den studien har pågått i tre år nu och fortsätter. De första resultaten ser lovande ut.

Ina Koning anser att Planet Youth borde pausa implementeringen av modellen i flera länder och vänta på utvärderingar.

– Jag tror att modellen kan vara väldigt effektiv, men ibland går saker och ting för snabbt. Det kan ha hänt i det här fallet.

– **VI VET INTE** exakt hur modellen funkar i andra länder, den behöver beforskas mer. Men det finns stöd, inte minst från Island, och skyddsfaktorerna i modellen finns det mycket forskning om, säger **Håkan Leifman**, ►

” Vi vet inte exakt hur modellen funkar i andra länder, den behöver beforskas mer. Men det finns stöd, inte minst från Island.



Håkan Leifman
är Planet Youths
regionala direktör
för Norden.

Planet Youths regionala direktör för Norden.

Han säger att modellen inte är en intervention, på så sätt att det går att säga precis vad man ska göra. Islandsmodellen är ett systemtänk, där man tittar på olika områden. Det är både dess styrka och svaghet.

– Svagheten med en »environmental approach» är att den blir svårare att beskriva, man måste ta in viktiga faktorer i de länder man befinner sig i. Vi behöver förstå de lokala sammanhangen.

Håkan Leifman tar Chile som exempel, där en fråga om utgångsförbud skulle vara omöjlig. Men baserat på gallupar i kommunerna som implementerar Islandsmodellen har man kommit överens om rekommendationer när barnen ska vara hemma på kvällarna.

Modellen har spridits till ett 30-tal länder, borde ni ha väntat på fler effektutvärderingar?

– Det är möjligt att det har gått för fort. Men

det är inte möjligt att först göra en eller två utvärderingar. Det skulle ta åtta, tio år, och under den tiden skulle modellen ha skruvats på. Så tycker jag det alltid är: man testar en modell på några ställen och sen går man vidare till andra kontexter.

Allt förebyggande arbete i hela världen skulle stanna upp om alla väntade på enstaka effektutvärderingar menar Håkan Leifman. Han vill rikta blicken mot de sex kommuner som genomför modellen i Chile. De första utvärderingarna kommer att komma därifrån, genomförda av externa forskare på universitetet i Santiago, säger han.

– Modellen blir lättare att sprida med mer evidens, men det kommer alltid att finnas kritik. Även om den har utvärderats i Santiago och i delstater i USA, så kommer det att finnas andra kulturella kontexter. ◀

Red anm. Håkan Leifman är tidigare direktör för CAN och ansvarig utgivare för Alkohol & Narkotika.

LÄS MER

- **IMPLEMENTATION OF THE ICELANDIC PREVENTION MODEL: A CRITICAL DISCUSSION OF ITS WORLDWIDE TRANSFERABILITY** *Koning, I., De Kock, C., van der Kreeft, P., Percy, A., Sanchez, Z. & Burkhardt, G. · Drugs: Education, Prevention and Policy (på webben 2020/12/23)*
- **THE ICELANDIC MODEL; IS THE HYPE JUSTIFIED?** *European Society for Prevention Research · EUSPR (2020)*
- **REPLIK FRÅN PLANET YOUTH PÅ EUSPR:S STÄLLNINGSTAGANDE** *Publicerat på www.euspr.org (2020)*

1 år för 300 kr



TECKNA DIN PRENUMERATION PÅ WWW.ALKHOLOCHNARKOTIKA.SE
FÖR FLERA BESTÄLLNINGAR, MEJLA JULIUS.VON.WRIGHT@CAN.SE FÖR ERBJUDANDE



VARFÖR ÄR TRAMADOL SÅ VANLIGT BLAND UNGA?

Opioiden Tramadol har sedan 2010 blivit en vanligt förekommande drog bland unga som söker sig till ungdomsmottagningar. Vad gör opioiden så populär?

TEXT MARIA ZAITZEWSKY RUNDGREN / ILLUSTRATION KARIN ULIN

DET SMÄRTSTILLANDE, NARKOTIKAKLASSADE läkemedlet Tramadol kom till Sverige kring millennieskiftet.

Det var enligt dåtidens expertis inte beroendeframkallande och hade, som bonus, en antidepressiv effekt. Runt 2010 började läkemedlet missbrukas av unga och seglade snabbt upp som den mest utbredda drogen efter cannabis i Malmö. Till en början kunde man få Tramadol utskrivet på recept, men med åren har förskrivningen minskat på grund av biverkningar och risk för beroende. Samtidigt har missbruket bland unga ökat. En studie som genomfördes i Malmö 2014–2018 med 388 deltagare visade att tre av fyra

som missbrukar Tramadol är pojkar, vilket liknar den allmänna könsfördelningen inom beroendevården.

Vad är det som är så lockande med Tramadol?

– Tramadol är en atypisk opioid, på så vis att man inte blir trött utan tvärtom aktiv. Den påverkar samma signalämnen som antidepressiva läkemedel. En normaldos mot smärta ligger på 50 mg. Men en person som missbrukar kan ta 500–1000 mg, vilket innebär förgiftning, säger **Martin Olsson**, överläkare och specialist i psykiatri vid Beroendecentrum Stockholm.

En allvarlig risk vid överdosering är epileptiska anfall, vilket ofta får de som drabbas att vilja sluta. Men det finns personer som har en snabb läkemedelsomsättning, vilket innebär en högre tolerans. Dessa upplever en god effekt av Tramadol och fastnar därmed lättare i ett missbruk.

Globalt är Tramadolmissbruk ett utbrett problem. I England ses den som en partydrog, eftersom den är uppiggande. I flera afrikanska länder, framför allt i Nordafrika och vid Afrikas horn, är den så vanlig att man talar om en opioidkris.

ENLIGT MARTIN OLSSON kommer en stor del av Tramadolen i Sverige via smuggelrutter från bland annat Iran

och Indien. 2019 beslagtogs tullen en miljon Tramadoltabletter i Sverige, de flesta av dem i postflödet. Det är också relativt enkelt att köpa läkemedlet på nätet. Men att köpa illegal, insmugglad Tramadol kan ha ett högt pris.

– Illegal Tramadol kan innehålla andra substanser, exempelvis amfetamin, vilket gör den mycket farligare än receptbelagd Tramadol. Dödsfall har inträffat.

I början kunde läkemedlet vara ett billigt sätt att bli drogpåverkad, med ett pris på ungefär 50 kronor per tablett, men idag är priset bortåt 200 kronor.

Hur många söker sig till ungdomsmottagningarna?

– Det är färre Tramadolmissbrukare som söker sig till ungdomsmottagningarna i Malmö nu. En anledning kan vara att många som börjat med Tramadol ofta lider av psykisk ohälsa. Men i stället för att söka vård, självmedicinerar man med läkemedlet. Demografin kan också spela roll. I Malmö har många Tramadolmissbrukare föräldrar som är födda utanför Norden. Det skulle kunna vara så att man inte känner till ungdomsmottagningar i samma utsträckning som exempelvis unga på Södermalm i Stockholm. När jag en sommar vikarierade på MiniMaria sökte ingen för Tramadolmissbruk, säger Martin Olsson. ◀

”
Den påverkar samma signalämnen som antidepressiva läkemedel.

Glöm inte de enklare fallen av samsjuklighet

I november ska en statlig utredning ge förslag på hur insatser vid samsjuklighet kan samordnas. Fokus hamnar lätt på dem med svåra psykiska sjukdomar och beroende, medan den stora gruppen med lindriga sjukdomar sällan nämns. Även de behöver samordnade behandlingar, skriver **Agneta Öjehagen**.

DET ÄR VÄL känt att samsjuklighet mellan beroende och andra psykiatriska tillstånd medför ökad risk för försämring och negativa sociala konsekvenser. På 1970-talet konstaterade man i USA att det hos personer med svåra psykiska sjukdomar, oftast psykos, var vanligt med beroende-diagnoser, och att behandlingsinsatser för båda tillstånden behövde samordnas. Genom att bilda särskilda team kunde man bättre möta patienternas behov.

I Sverige blev samma patientgrupp uppmärksammat och behoven av samordning tydliga bland annat i samband med psykiatrireformen 1995, då projekt om samverkan kring »svårt psykiskt störda missbrukare« utvärderades. Den påtagliga risken för försämring hos den här gruppen gör att vården, men också politiker och medier, fokuserar på personer med svåra psykiska sjukdomar.

Men det finns andra och större grupper med samsjuklighet.

ALLA KARTLÄGGNINGAR som gjorts internationellt visar att samsjuklighet är vanligt också vid tillstånd som ångest och depression, och lindrigt beroende. Kanske personen söker vård på vårdcentralen för trötthet eller oro, som kan vara kopplat både till en

psykiatrisk diagnos och ett beroende. Den här gruppen är betydligt större än den med svårare psykiska sjukdomar, men nämns sällan när det gäller behov av samordnad behandling. Det är mindre vanligt att personer söker vård för sitt beroende, men om så sker bör eventuella psykiska problem bedömas. Om vården inte uppmärksammar och behandlar en depression med lindrigt beroende kan både depressionen och beroendet förvärras, och även leda till sociala konsekvenser, som problem i arbetet och i relationen till närstående.

DET FINNS INGEN klar vägledning för hur behandlingarna för beroende respektive psykisk sjukdom skall samordnas. Den tydligaste rekommendationen är att behandlingarna skall ges *samtidigt* och inte den ena före den andra, vilket ofta sker, ibland med kravet att beroendeproblemet skall behandlas först. Behandlingarna bör ges *integrerat*, det vill säga samtidigt av samma behandlare, eller samordnad mellan olika behandlare i samma verksamhet. En genomgång av sju studier av alkoholberoende och samtidig depression talar för att de psykosociala behandlingarna också kan ges *parallellt*, oberoende av varandra och av olika behandlare. Det förutsätter att behandlingarna är förankrade och kända av dem som behandlar och att förloppet kan stämmas av.

De studier som utvärderat olika kombinationer av behandlingar betonar vikten av att göra en diagnostisk bedömning, att följa behandlingsförloppen, att göra uppföljningar, och att kunna ha längre behandlingstider än de nu vanliga på cirka tre månader.

Det är varken realistiskt eller nödvändigt att bilda särskilda team för alla med samsjuklighet. Det är den samtidiga tillämpningen av metoderna som är utmaningen. Kanske ligger utmaningen främst på det organisatoriska planet.

/ AGNETA ÖJEHAGEN PROFESSOR EMERITA VID INSTITUTIONEN FÖR KLINISKA VETENSKAPER, LUNDS UNIVERSITET





”Hans namn känner jag väl till och det tror jag personal på alla apotek i Malmö gör.