

## 10 Riskbruk av alkohol, dolt beroende, tidig upptäckt och möjliga insatser

*Annika Nordström, med. dr och socionom, Landstinget Västerbotten*

*Sven Andréasson, docent och överläkare, Beroendecentrum Stockholm*

### **Sammanfattning**

Cirka 700 000 personer i Sverige beräknas ha ett riskbruk av alkohol och ytterligare cirka 300 000 personer ett alkoholberoende. Samtidigt har endast cirka 75 000 personer kontakt med missbruks- eller beroendevård och de är i huvudsak personer där beroendet också åtföljs av sociala problem och mer komplexa vårdbehov. Detta talar för att samhället bättre bör anpassa och utveckla behandlingsinsatserna för problemens omfattning och målgruppens behov.

Merparten av problem och kostnader uppkommer i den grupp som inte har ett beroende och denna s.k. preventionsparadox är ett starkt argument för att bredda basen i behandlingen av alkoholproblem. Screening och kort rådgivning har visat sig vara en synnerligen kostnadseffektiv åtgärd men de möjligheter som finns utnyttjas inte i önskvärd utsträckning. Den nationella satsning som gjorts inom hälso- och sjukvården har inneburit ökad kunskap och ett ökat antal samtal om alkohol men det behövs en komplettering genom politiska mål- och styrdokument.

Beträffande narkotika uppskattas de regelbundna narkotikaanvändarna till cirka 77 000, men antalet problematiska narkotikaanvändare till cirka 29 500 personer. Detta betyder att det finns en stor grupp personer vars regelbundna narkotikabruk inte uppmärksammas. Screening och kort rådgivning behöver utvecklas även för narkotikaproblem. Särskilt för de personer som för första gången blir gripna eller identifierade med anledning av sitt narkotikabruk finns en stor preventionspotential.

## 10.1 Inledning

Vikten av att uppmärksamma personer med hög alkoholkonsumtion tidigt och därmed kanske bidra till att stävja en eventuellt begynnande negativ utveckling, är oomtvistligt. Vinster finns att göra på flera plan, både för den enskilde, för personer i dennes omgivning och även samhällsekonomiskt. I en beräkning har samhällets direkta kostnader beräknats till knappt 30 mdr för 2003, varav endast 3 procent avsåg förebyggande insatser (Socialstyrelsen, 2010).

Under det senaste decenniet har betydelsen av tidiga insatser tillsammans med metoder och förutsättningar för att genomföra dessa betonats i flera sammanhang. I SBU rapporten om behandling av alkohol- och narkotikaproblem (2001) är till exempel en av slutsatserna att ”kortvariga, förebyggande insatser mot alkoholkonsumtion, som görs inom sjukvården, har säkerställda effekter på minskad alkoholförbrukning upp till två år.” Samtidigt konstaterades att de förordade ”miniinterventionerna” inte gjordes i den utsträckning det var motiverat. I avsikt att öka insatserna startade 2004 Riskbruksprojektet med ett övergripande syfte om att samtal om alkoholvanor skulle bli vanligare och naturliga inom hälso- och sjukvården ([www.fhi.se/riskbruksprojektet](http://www.fhi.se/riskbruksprojektet)). I februari 2006 antog riksdagen de nationella handlingsplanerna mot narkotika och alkoholskador för perioden 2006–2010. Det förebyggande arbetet inkluderar att utveckla metoder för screening och rådgivning inom ANDT-området, inkl. läkemedel (Regeringen, 2010) Att tidigt uppmärksamma riskabla alkohol- och drogvanor, tillsammans med tidiga interventioner är också något som understryks i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2007). Riktlinjerna riktar sig både till kommun och landsting och implementering pågår via SKL inom ramen för projektet ”Kunskap till praktik” ([www.skl.se/kunskaptillpraktik](http://www.skl.se/kunskaptillpraktik)). Vidare är alkoholvanor ett av de levnadsvaneområden som tas upp i Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder som lanseras under 2011. Det finns således flera pågående och kommande aktiviteter som drar i samma riktning, mot att tidigt intervensera i förebyggande syfte.

## 10.2 Nationella strategier

Sedan 1970-talet har det utvecklats en omfattande policyforskning inom alkoholområdet. Under årens lopp har ett antal tongivande kunskapsöversikter publicerats av internationella forskargrupper, sponsrade av världshälsoorganisationen, WHO: 1975 kom *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*, med Kettil Bruun som redaktör; 1995 kom *Alcohol Policy and the Public Good*, med Griffith Edwards som redaktör och 2003 kom *Alcohol: No Ordinary Commodity — Research and public policy*, med Thomas Babor som redaktör, reviderad 2010 (Babor, 2010). I dessa översikter har det dels samlats forskning om sambanden mellan alkoholkonsumtion och olika typer av sociala och medicinska problem, dels forskning om vilka åtgärder som kan begränsa dessa problem.

Denna forskning har bidragit till att påverka alkoholpolitiska beslut i många länder och organisationer. För svensk del har utvecklingen inom EU och WHO varit av störst intresse. Sverige har i båda fallen spelat en aktiv roll för att få fram aktiva ställningstaganden till stöd för en restriktiv politik. Det var också under det svenska ordförandeskapet 2001 som EU initierade sitt alkoholpolitiska arbete, som 2006 mynnade ut i ett strategidokumentet från kommissionen, vars syfte är att stödja medlemsstaterna att reducera alkoholrelaterade problem. Detta som en följd av att den negativa påverkan på folkhälsan av skadlig eller riskabel alkoholkonsumtion uppmärksammats. I samband med strategiplanens utformning beräknades 58 miljoner (15 procent) av den vuxna befolkningen dricka på en riskfylld eller skadlig nivå och ytterligare 23 miljoner (5 procent av männen och 1 procent av kvinnorna) uppfylla kriterier för ett beroende. Alkohol beskrivs som ett stort samhälls- och folkhälsoproblem i EU med beräkningar om att 2 procent av förtida dödsfall bland kvinnor och 12 procent av förtida dödsfall bland män orsakas av alkohol. Med siffror från WHO:s *Global Burden of Disease Study* beräknades alkoholen år 2006 svara för 7 procent av all ohälsa och tidig död inom EU. Skillnader mellan länder inom EU är dock påtagliga både med avseende på dryckesmönster, på alkoholrelaterade sjukdomar och dödsfall.

I EU:s strategidokument prioriteras fem områden; skydd för barn och unga och det ofödda barnet; minska alkoholrelaterade trafikolyckor; minska alkoholskador bland vuxna och minska alkoholproblem i arbetslivet; förbättra informationen om skadlig alkoholkonsumtion och utveckla en evidensdatabas. Den EU-strategi

som antogs 2006 uppfattades av många i Sverige som kraftigt urvattnad mot bakgrund av det ursprungliga förslaget från tjänstemännen inom DG Sanco. Likväl måste det ses som ett principiellt viktigt steg att EU nu identifierar alkohol som en socialpolitisk fråga och en folkhälsofråga. Vid det andra svenska ordförandeskapet under 2009, beslutades att det alkoholpolitiska arbetet inom EU ska fullföljas även efter att kommissionen levererat sin utvärdering av den alkoholpolitiska strategin. Beträffande tidiga interventioner sägs i den uppföljning av strategiplanen som gjorts att *"The use of screening and brief advice in primary health care to prevent and reduce hazardous and harmful alcohol use is gaining ground although there is still way to go before brief advice on lower-risk drinking is administered systematically in health care across the EU"* ([www.europa.eu](http://www.europa.eu))

Betydligt mer långtgående än EU:s alkoholstrategi är den globala alkoholstrategi som WHO antagit 2010. Även här har Sverige sedan flera år, tillsammans med andra nordiska länder och en rad andra länder, arbetat hårt för att få denna strategi till stånd. I ett globalt perspektiv beräknas alkohol utgöra den tredje ledande riskfaktorn för sjukdom och förtida död, och orsaka 3,8 procent av alla dödsfall samt sammantaget stå för 4,5 procent av den globala sjukdomsburden mätt i DALY (Disability-Adjusted Life Years) ([www.who.int/substanceabuse](http://www.who.int/substanceabuse)). Av intresse är att samtliga EU:s medlemsländer ställt sig bakom det förslag som nu föreligger. Strategin bygger i hög grad på de slutsatser som den internationella alkoholforskningen presenterat. Här finns förutom de områden som ingår i EU-strategin ett antal inslag som berör alkoholens ekonomiska och fysiska tillgänglighet. Bland annat lyfts prisets betydelse för konsumtion och skador, liksom vikten av att reglera marknadsföringen (WHO, 2007). WHO betonar också hälso- och sjukvårdens ansvar för screening och kort rådgivning och tillsammans med socialtjänsten ansvaret för vård och behandling. I en rapport från USA skriven av en grupp ledande forskningsexperter står att läsa; *"If policymakers and researchers could focus on only one issue in the coming five years, the most critical is the need to more fully blend addiction treatment with primary care and other medical service."* (McCarty, 2009).

Beträffande narkotika finns en övergripande "EU Drugs Action Plan" som avser åren 2005–2012, med utvärdering efter de första fyra åren. I denna utvärdering från 2009 anges att trots en produktionsökning av heroin i världen och en ökad införsel av kokain till EU

kunde narkotikans skadeverkningar hållas på en relativt oförändrad nivå. Antalet personer inom EU som använt narkotika någon gång under sin livstid beräknades till 70 miljoner för cannabis, minst 12 miljoner för kokain, 9,5 miljoner för ecstasy, 11 miljoner för amfetamin och därtill minst en halv miljon som erhöll substitutionsbehandling för opiater. Andelen personer inom EU som testat narkotika ligger på en lägre nivå än t.ex. i USA.

Den aktuella aktivitetsplanen inom EU beträffande droger avser åren 2009–2012 (EU, 2008). Denna är uppdelad i fem delar och präglas delvis av att narkotikahandeln är olaglig. I korthet handlar det om ökad koordination och samverkan mellan länder både på policynivå och polisiärt, om internationellt samarbete för att minska tillgången, om att öka den allmänna medvetenheten rörande narkotika för ett bredare engagemang i befolkningen, om ökad kunskap genom forskning samt om att öka effektiviteten i preventiva åtgärder och individriktad behandling.

### 10.3 Vilka åtgärder är effektiva?

Kunskapsläget om vilka åtgärder som mest effektivt kan reducera alkoholproblem är väl sammanfattat i *Alcohol: No Ordinary Commodity*, som finns i svensk översättning: *Alkohol – ingen vanlig handelsvara*. I den reviderade upplagan 2010, nämns sju prioriterade policyområden:

- Alkoholbeskattning.
- Begränsa alkoholens fysiska tillgänglighet. Hit hör monopol på detaljhandel, åldergränser; reglering av försäljnings- och serveringstillstånd, liksom öppethållande.
- Förändra dryckesmiljön, främst genom effektivare tillsyn på serveringsställen.
- Åtgärder mot rattfylleri, främst genom låga promillegränser och slumpmässiga nykterhetskontroller.
- Information och opinionsbildning. Här klargörs att vetenskapligt stöd för effekter av information och opinionsbildning, exempelvis genom skolundervisning eller genom mediakampanjer, som ensamma åtgärder saknas.
- Reglera marknadsföringen av alkohol.

- Genomför screening och kort rådgivning inom hälso- och sjukvård och öka tillgången på behandling.

I en svensk kunskapsöversikt från 2002, *Den svenska supen i det nya Europa – nya villkor för alkoholprevention* (Andréasson (red) 2002) presenterades likartade slutsatser. Betydelsen av nationell alkoholpolitik betonas. Samtidigt konstateras att EU-medlemskapet 1995 i flera avseenden begränsade möjligheterna att föra en självständig alkoholpolitik inom EU, vilket lett till ett ökat intresse för lokalt förebyggande arbete. Detta dominerades dock fortfarande av strategier som forskningen i stor utsträckning visat vara ineffektiva.

I sin utvärdering av den nationella handlingsplanen för att begränsa alkoholskador skriver Statens folkhälsoinstitut i december 2009 att alkoholutvecklingen under de senaste åren gått i en mer gynnsam riktning, efter den initialt mycket kraftiga ökningen av alkoholkonsumtionen och av de alkoholrelaterade skadorna efter EU-medlemskapet. Det lokala förebyggande arbetet bedrivs i ökande utsträckning med ledning av vetenskapligt understödd metodik. En nationell infrastruktur för förebyggande insatser har utvecklats, med nationell ledning från regeringskansliet och myndigheterna och med regionalt stöd till det lokala arbetet från länsamordnare placerade på länsstyrelserna. I sina slutsatser pekar institutet dock på ett antal områden som kräver fortsatta insatser. Bland dessa kan nämnas:

*Nationell alkoholpolitik.* EU-medlemskapet har inte möjliggjort all nationell alkoholpolitik, tvärtom kan flertalet alkoholpolitiska instrument fortfarande användas. Mot bakgrund av ökad köpkraft finns det exempelvis anledning att överväga skattehöjningar på alkohol; särskilt bör sådana genomföras för alkohol. Vidare bör marknadsföringen av alkohol begränsas, särskilt bör sponsring av idrottsföreningar från alkoholbranschen förbjudas.

*Regionala metodcentra.* Regionala metodcentra för alkohol- och narkotikaförebyggande arbete bör organiseras av Statens folkhälsoinstitut i samverkan mellan landsting, regionförbund, länsstyrelser och universitet och eventuellt andra berörda parter. Dessa bör dels svara för allmänt kompetensstöd för den egna regionen, dels svara för nationell kompetensutveckling inom utvalda områden.

*Breddad bas för vård och behandling.* Det pågående arbetet inom riskbruksprojektet bör fullföljas. Basen i behandlingssystemet behöver breddas. En prioriterad uppgift är att utveckla behandlingsmetoder för alkohol- och narkotikaproblem för den allmänna

hälso- och sjukvården, i första hand primärvården och företags-  
hälsovården.

## 10.4 Begrepp och definitioner

Det finns inom alkohol- och narkotikaområdet en flora begrepp och definitioner som rör de aktuella tillstånden, liksom prevention och behandling av dessa. Detta sammanhänger med områdets tvärdisciplinära karaktär och mångåriga historia. I detta avsnitt görs ett försök att klargöra de begrepp som är av betydelse i detta sammanhang.

### 10.4.1 Konsumtion

Att hög alkoholkonsumtion ökar risken för problem är okontroversiellt. Däremot är det inte lätt att ange var gränsen mellan hög- och normalkonsumtion går. I flertalet länder har man valt att ange gränser över vilka det finns risk för skador. Konsumtion som överstiger dessa gränser benämns ofta som högkonsumtion eller storkonsumtion. Ett alternativt begrepp, som blivit mer populärt och som anknyter till risken för skador, är riskbruksbegreppet. Med riskbruk menas alkoholkonsumtion som ökar risken för sociala eller medicinska problem, men där beroende inte föreligger. Riskbruk kan antingen bestå i att en stor volym alkohol konsumeras under en viss tidsperiod, exempelvis en vecka, eller till följd av större intag vid enstaka tillfällen. En ofta använd risknivå i Sverige är 14 standardglas i veckan för män och 9 standardglas i veckan för kvinnor. Större intag vid enstaka tillfällen är definitionsmässigt att se som riskbruk. Här sätts gränsen vid konsumtion av 5 standardglas eller fler vid ett och samma tillfälle för män och 4 standardglas eller fler för kvinnor. Med standardglas menas t.ex. ett litet glas vin (12–15 cl), 33 cl starköl eller 4 cl starksprit. Även om styrkan i alkoholdryckerna kan variera är alkoholinnehållet i dessa glas cirka 12 gram alkohol. (Statens folkhälsoinstitut 2005)

Det finns i dag två diagnostiska system, DSM-IV respektive ICD-10 för att klassificera problem relaterade till alkohol. Dessa är i stor utsträckning likartade, men skiljer sig på några punkter. En

sådan är att man i DSM talar om missbruk, medan man i ICD talar om skadligt bruk.

#### 10.4.2 Missbruk enligt DSM-IV

Ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande vilket tar sig uttryck i minst ett av följande kriterier under en och samma tolv månadersperiod:

1. Upprepat substansbruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller hemmet (till exempel substansrelaterad upprepad arbetsfrånvaro eller dåliga arbetspresentationer, substansrelaterad frånvaro, avstängning eller reglering från skolan, substansrelaterad vanskötsel av barn eller hushåll).
2. Upprepat substansbruk i situationer där det medför betydande risk för fysisk skada (till exempel substanspåverkan i samband med bilkörning, arbete med maskiner).
3. Upprepade substansrelaterade problem med rättvisan (till exempel att vid upprepade tillfällen bli arresterad för substansrelaterat störande beteende).
4. Fortsatt substansbruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmännisklig natur orsakade eller förstärkta av substans effekterna (till exempel slagsmål, gräl med partnern om följderna av berusning) användande trots upprepade eller ihållande sociala eller interpersonella problem som orsakas eller förvärras av användning av substansen.

#### 10.4.3 Skadligt bruk enligt ICD-10

Bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk (som hepatit vid intravenöst missbruk av psykoaktiva substanser) eller psykisk (som depressionsperioder sekundärt till hög alkoholkonsumtion).



#### 10.4.4 Beroende enligt DSM-IV

Ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst tre av följande kriterier under loppet av en och samma tolv månadersperiod:

1. Tolerans, definierat som endera av följande: a) ett behov av påtagligt ökad mängd av substansen för att uppnå rus eller annan önskad effekt. b) påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av substansen.
2. Abstinens, vilket visar sig i något av följande: a) abstinenssymptom som är karaktäristiska för substansen. b) samma substans (eller liknande substans) intas i syfte att lindra eller undvika abstinenssymptom.
3. Substansen används ofta i större mängd eller under längre period än vad som avsågs.
4. Det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera substansbruket.
5. Mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen (till exempel att besöka flera olika läkare för att få recept), nyttja substansen (till exempel kedjeröka) eller hämta sig från substansbrukets effekter.
6. Viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsmässiga aktiviteter överges eller minskas på grund av substansbruket.
7. Bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats eller förvärrats av substansen (till exempel fortsatt bruk av kokain trots vetskap om kokainbetingad depression, fortsatt drickande trots vetskap om magsår som förvärrats av alkoholen).

#### 10.4.5 Beroende enligt ICD-10

Alkoholberoendesyndrom enligt ICD-10 föreligger om minst tre av följande föreligger:

1. Stark längtan efter alkohol.
2. Svårighet att kontrollera intaget.

3. Prioritering av alkoholanvändning högre än andra aktiviteter och förpliktelser.
4. Ökad tolerans.
5. Fortsatt användning trots skadliga effekter.
6. Abstinens vid avbrutet intag.

Det pågår sedan några år en översyn av såväl ICD som DSM. Dessa berör inte minst beroendområdet. Även om beslut inte tagits ännu är det mycket som talar för att missbruksbegreppet (abuse) kommer att utmönstras från DSM. Internationellt har starka invändningar rests mot begreppet sedan länge. Exempelvis tar man aktivt avstånd från begreppet i den utredning som låg till grund för EU:s alkoholstrategi (Anderson & Baumberg, 2006, s. 19). Även alkoholism är ett begrepp som är på väg att utmönstras, dels då det saknar klar definition, dels då det är starkt värdeladdat.

#### 10.4.6 Olika begrepp för förebyggande insatser

När det gäller förebyggande insatser finns det flera konkurrerande begrepp. Inom medicinen talar man om primär, sekundär och tertiär prevention, där primär prevention avser insatser för att förhindra att problem över huvud taget uppstår, sekundär prevention innebär insatser i ett tidigt skede av problemutveckling och tertiär prevention innebär behandling för att förebygga de skador som tillståndet kan medföra. Inom socialtjänsten använder man i stället begreppen förebyggande, tidiga, och behandlande insatser. Inom beteendevetenskapen använder man begreppen universell, selektiv och indikativ prevention.

### 10.5 Skyldigheter enligt lagar och bestämmelser

Både kommun och landsting har lagreglerade uppdrag att agera förebyggande. I Socialtjänstlagen 3 kap. 7 § formuleras kommunens övergripande skyldighet att ”arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel och för att genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar och hjälpmöjligheter” (SoL 2001:453). Vidare ska social-

tjänsten ”genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningar för goda levnadsförhållanden” (3 kap. 1 §) och i särskilda bestämmelser rörande barn och unga står att socialnämnden ”skall aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och ungdom av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, beroendeframkallande medel samt dopningsmedel” (5 kap. 1 §). I Hälso- och sjukvårdslagen 2 § c framgår att ”hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada” (HSL 1982:763).

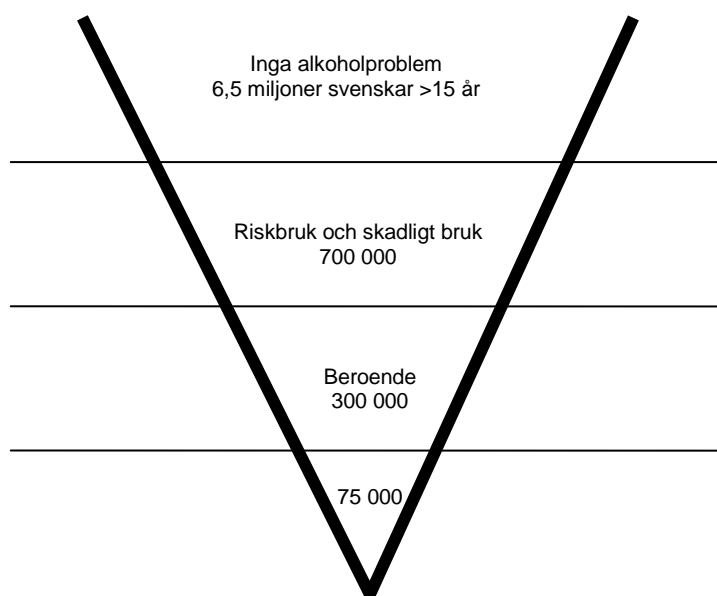
## 10.6 Alkoholproblem på olika nivåer

Alkoholproblemet i Sverige beskrivs ofta i form av en tratt (*figur 1*). Det stora flertalet medborgare har inga alkoholproblem och befinner sig längst upp i tratten. På nästa nivå finns personerna med riskbruk. Ungefär en miljon personer i Sverige, 19 procent av männen över 18 års ålder och 9 procent av kvinnorna, hade en konsumtion av alkohol som översteg gränserna för lågriskkonsumtion 2009 (Leifman & Ramstedt, 2009). Med detta menas att männen hade en veckokonsumtion som översteg 14 glas och kvinnorna 9 glas, alternativt att männen drack mer än fyra glas vid ett och samma tillfälle mer än en gång i månaden och kvinnorna mer än tre glas. Flertalet av dessa har dock inte alkoholproblem i form av beroende, men de löper förhöjd risk att utveckla detta tillstånd. Den höga konsumtionen ökar dessutom deras risk för andra hälsoproblem och skador.

Uppskattningsvis hälften av personerna med riskbruk har också ett missbruk eller skadligt bruk. Någon mer exakt siffra kan ej ges då någon nationell studie som beräknar antalet personer med skadligt bruk i Sverige inte genomförts. Internationella studier finner att denna grupp är något större än gruppen med beroende. Detta skulle tala för att gruppen med riskbruk och skadligt bruk skulle vara i storleksordningen 700 000 personer. På nivån under riskbruk och skadligt bruk kommer beroende. Någon nationell undersökning av förekomsten av alkoholberoende har heller inte genomförts i Sverige, men en studie från 12 kommuner uppskattar att cirka 5 procent av männen och cirka 3 procent av kvinnorna, eller sammantaget cirka 300 000 personer, hade ett alkoholberoende

enligt ICD-10 kriterier år 2007 (Statens folkhälsoinstitut, 2008). En europeisk översikt fann år 2004 att 5 procent av männen inom EU var alkoholberoende, medan 1 procent av kvinnorna var alkoholberoende (Anderson, 2006). Man noterar dock att jämförelser mellan länder (och även inom länder) är vanskliga då mätmetodiken varierar starkt.

**Figur 1** Problemtratten: fördelningen av alkoholproblem på olika nivåer i Sverige



### 10.7 Vilka nås av behandling?

Med ledning av skattningar från socialtjänst och sjukvård bedöms cirka 75 000 personer, varav 25–30 procent kvinnor, under det gångna året haft kontakt med missbrukarvård eller beroendevård i kommuner eller landsting. Även om en viss osäkerhet råder om dessa skattningar, torde dock storleksordningen vara korrekt. I stora drag kan konstateras att den specialiserade vården i huvudsak når personer där beroendet också åtföljs av sociala problem, exempelvis försörjningsproblem eller bostadsproblem. Det stora flertalet med alkoholberoende har dock inte denna typ av sociala

problem och nås följaktligen inte av socialtjänsten eller den specialiserade beroendevården. De nås inte heller av behandlingsinsatser från den övriga hälso- och sjukvården.

Internationellt ses liknande förhållanden. En aktuell studie från Storbritannien uppskattar att endast 1 av 18 alkoholberoende personer får behandling för sitt beroende (The NHS Confederation, 2010). I USA har samma observation gjorts i över 20 år. 1990 publicerade the Institute of Medicine rapporten *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*, där en bredare bas för behandling av alkoholberoende inom sjukvården efterlystes.

Detta är inte överraskande. Missbrukar- eller beroendevården har i hög grad haft sitt fokus på människor med sociala problem. I synnerhet har detta varit fallet i Sverige, där huvudansvaret för samhällets insatser för denna grupp lagts på socialtjänsten. Men samma mönster ses i andra industriländer; även om sjukvården haft ansvaret har insatserna i huvudsak nått socialt utsatta personer.

I Sverige har Jan Blomqvist i ett omfattande projekt studerat självläkning från alkoholproblem, dvs. förbättrade alkoholvanor utan formell behandling. Studien bekräftar att endast en mindre andel av alla personer som en gång haft alkoholproblem löst dessa genom behandling, i Blomqvists material endast 6,5 procent, där även de som sökt hjälp genom AA ingår (Blomqvist, et al, 2007, s. 77). Även bland dem som uppfyller de diagnostiska kriterierna för alkoholberoende, dvs. minst tre beroendekriterier enligt ICD-10, är det mindre än 20 procent som genomgått behandling. Det är bara i gruppen med mycket uttalade beroendetillstånd, med minst fem av sex beroendekriterier som flertalet fått hjälp genom behandlingsinsatser. Det är således först när alkoholproblemen blir mycket grava som behandlingssystemet når fram i någon större grad till sin målgrupp.

I en intervjustudie av 367 socialt stabila män som ansåg sig ha alkoholproblem så hade majoriteten (70 procent) aldrig tidigare fått behandling för sina alkoholvanor (Berglund, et al 2006). Alkoholvanorna bedömdes vara lika omfattande i gruppen som ej fått behandling jämfört med de personer som haft någon form av öppen eller slutenvård. Vidare visade denna studie att förvärvsarbete och låg grad av psykisk ohälsa minskade sannolikheten för att söka behandling.

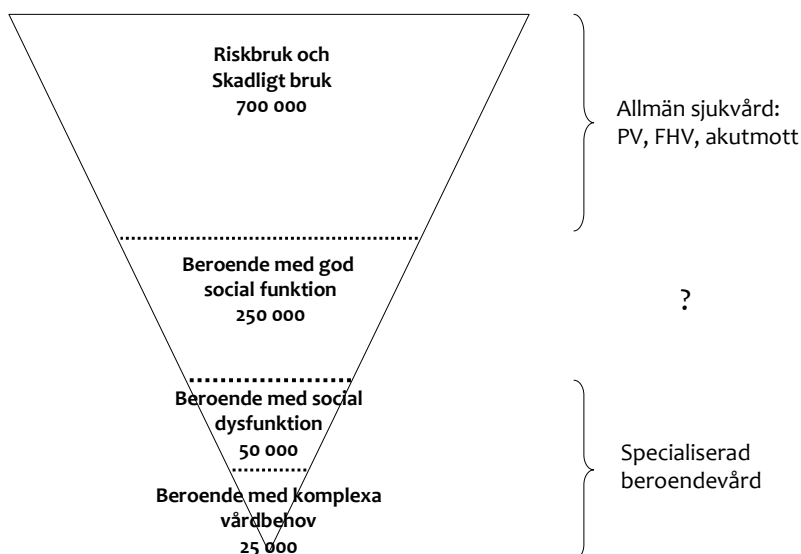
Amerikanska studier bekräftar dels de svenska resultaten att endast en mindre del av de alkoholberoende söker behandling, dels presenteras en del orsaker till varför det stora flertalet inte söker

behandling. I en studie från 1997, baserad på the 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey, med drygt 42 000 respondenter, finner Grant att de främsta orsakerna för att inte söka behandling bland alkoholberoende personer var bristande tilltro till effektiviteten i behandlingen och därtill upplevd stigmatisering (Grant, 1997). I en aktuell studie från från Californien, baserad på 2001–2002 års data från NESARC (the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), finner Grella och medarbetare att 14,7 procent av de 1 602 individerna med substansberoende hade fått hjälp under det gångna året: 8,5 procent hade upplevt ett hjälpbehov men inte fått hjälp, medan 76,8 procent varken känt något hjälpbehov eller fått någon hjälp (Grella et al, 2009).

### **10.8 Alkoholberoende bland socialt integrerade personer**

Frågan som dessa resultat väcker är hur missbrukar- eller beroendevården kan bli mer attraktiv för hela sin målgrupp. En annan trätt (*figur 2*) beskriver ansvarsfördelningen inom problemtratten. Två delar är relativt okomplicerade. Dels står det klart att de svåraste beroendetillstånden, med social dysfunktion (ex. försörjningsproblem, social isolering, bostadslöshet) och med komplexa vårdbehov (ex. psykiatriskt komplicerade tillstånd, neuropsykologiska störningar, kriminalitet) oftast kräver specialistinsatser. Dels att den stora gruppen med riskbruk och skadligt bruk bör skötas av icke-specialister inom den allmänna hälso- och sjukvården. I princip skulle denna grupp kunna identifieras och ges råd inom en rad andra myndigheter och organisationer som socialtjänst, försäkringskassa, polisen, m.fl., men ännu saknas erfarenhet eller evidens för något av dessa alternativ. Vad som däremot är oklart är vem som bör och kan ta ansvar för mellangruppen: de med alkoholberoende men med väsentligen intakt social situation.

Figur 2 Ansvarsfördelningen för olika grupper med alkoholproblem



I teorin kan även dessa insatser utgå från vilken plattform som helst som socialtjänst, psykiatri, primärvård eller frivilligorganisationer. Även här är evidensen emellertid begränsad. Två frågor behöver besvaras. Den första är vilket alternativ som ter sig mest attraktivt eller minst skrämmande för den beroende personen med intakt social situation. Den andra är vilka av dessa organisationer som besitter den nödvändiga kompetensen.

## 10.9 Missbruk och utanförskap

I Sverige talas det fortfarande allmänt om missbruk och missbrukare. Detta är begrepp som rymmer starka negativa värderingar. Historiskt och ännu i dag förknippas alkoholmissbruk med social marginalisering, allmänt armod, kriminalitet och psykiska avvikelser. Begreppet i sig markerar ett avståndstagande och bidrar till att alkoholproblem förblir dolda så länge som möjligt. Det finns många personer med alkoholberoende som kan tillstå att de har ett problem med alkohol, men inte att de är missbrukare och de vill

inte beblanda sig med missbrukare. Mot bakgrund av att missbruk så starkt förknippas med socialt utanförskap ter sig detta sig som en sund reaktion. Frånsett de språkliga aspekterna är det också en i sak korrekt reaktion. Flertalet alkoholberoende personer har mycket lite gemensamt med den grupp av socialt marginaliserade personer med vilka missbruksbegreppet är associerat. Deras drickande uppfyller moderna diagnoskriterier för alkoholberoende, men de har i många fall god kontroll över sina liv. Med kunskaper från modern socialpsykiatrisk forskning borde inte längre förutsättningarna för detta språkbruk finnas. Beroende av alkohol är vitt spritt i hela befolkningen. Förvisso finns riskfaktorer som ökar förekomsten i utsatta grupper, men de flesta som utvecklar beroende tillhör inte dessa utsatta grupper.

Frågan är varför det är nödvändigt att välja benämningar som den avsedda målgruppen uppfattar som stötande. I vissa kretsar är detta dock en trossats: man måste acceptera att man är alkoholist – som är ett annat negativt värdeladdat begrepp – eller missbrukare för att kunna tillfriskna. Behandlingsforskningen har dock vederlagt denna uppfattning. Med mindre stötande språkbruk är det fler som söker sig till behandling. Behandlingsresultat har inget samband med benägenheten att acceptera behandlaren etiketter på tillståndet. Senare års motivationsforskning ger ytterligare stöd åt detta synsätt. Ett av de centrala inslagen i motiverande samtalsmetodik är att inte tvinga på patienten/klienten etiketter som han eller hon inte accepterar. Det gäller i stället att se på situationen med den beroende personens ögon. Kravet på vissa etiketter är en del av ett konfrontativt förhållningssätt, som även det är en trossats i vissa kretsar. Den beroende uppfattas som starkt förnekande och för att bryta igenom detta förnekande krävs konfrontation. Återigen talar behandlingsforskningen emot detta synsätt. Förnekande är mindre en inneboende egenskap hos den beroende personen och mer en funktion av brister i kommunikation och bristande förtroende för myndigheter och behandlare. Konfrontation leder därför snarare till bristande följsamhet i behandlingen och på sikt sämre behandlingsresultat.

I Sverige har av tradition behandlingsansvaret för alkoholproblem hamnat inom socialtjänsten, sannolikt i brist på insikt om att flertalet människor med alkoholproblem inte har sociala problem. Detta har fått två konsekvenser. Dels att det stora flertalet människor drar sig mer än vad som annars hade varit fallet för att söka hjälp. Dels att erfarenheten av att behandla socialt integrerade och kompetenta



klienter är begränsad. Nu är detta problem inte begränsat till socialtjänsten, om än mer accentuerat där. Men fördomsfulla attityder mot människor med alkoholproblem är legio också inom hälso- och sjukvården, där man i stor utsträckning tagit till sig samma värderingar. Risken är därför stor att man också inom hälso- och sjukvården bemöter alla patienter med alkoholproblem med samma metoder.

## 10.10 Effektiv behandling

Senare års forskning har visat att flera effektiva behandlingsåtgärder finns för alkoholproblem. Mest kostnadseffektiva är screening och kort rådgivning av riskdrickande (Babor, et al 2007) även om dessa insatser inte bör rubriceras som behandling. Utöver specialistinsatser, där flera har gott vetenskapligt stöd (Berglund, et al 2003), finns också enkla behandlingsprogram som kan genomföras av personal utan specialistkompetens inom beroendområdet (Sobell, 1993; Andréasson, et al 2002).

Det finns en omfattande forskning om effekter av screening och kort rådgivning för alkoholproblem. Denna inkluderar förutom ett 50-tal randomiserade kontrollerade studier runt om i världen ett antal metaanalyser och litteraturöversikter. I SBU:s kunskapsöversikt 2001 konstaterades att få andra åtgärder inom medicinen är lika kostnadseffektiva med avseende på vunna levnadsår och minskad sjuklighet. Studier visar att av tio personer med riskbruk som uppmärksammas på samband mellan hälsan och alkoholvanorna, och som ges råd och motivation till att minska, kommer en att upphöra eller minska till en riskfri nivå, vilket är att betrakta som mycket verksamt (SBU 2001). Internationell policyforskning konstaterar att screening och kort rådgivning tillsammans med alkoholbeskattning och detaljhandelsmonopol utgör de mest effektiva strategierna för att reducera alkoholproblemen i en nation (Rehm, et al 2008; Babor, 2010).

I de nationella riktlinjerna för missbrukar- och beroendevården rekommenderar Socialstyrelsen att i första hand primärvården, företagshälsovården, akutmottagningarna och psykiatrin borde inarbeta screening och kort rådgivning i sin verksamhet. Detta förutsätter att resurser i form av personal och kompetensutveckling tillförs dessa verksamheter.

Huvudsakligen har forskningen inom detta område genomförts inom hälso- och sjukvården. Vad gäller socialt arbete finns det goda argument för att även här systematiskt efterfråga alkohol- och narkotikavanor bland personer som kommer i kontakt med socialtjänstens olika verksamheter. Dock konstaterades i översikten att det saknades kontrollerade effektstudier, kunskapssammansättningar eller metaanalyser vad gäller uppsökande/uppspårande och förebyggande arbete inom socialtjänsten. Riktlinjerna efterlyste studier om arbete med klienter som döms för ringa narkotikabrott till vård inom socialtjänsten, rattfyllerister som hänvisas till socialtjänsten, men även mera brett såsom screening av klienter som söker för ekonomiskt bistånd. I avsaknad av sådan forskning är evidensen för att rekommendera sådana insatser inom socialtjänsten i dagsläget svag.

### 10.11 Screening som metod

I Socialstyrelsens termbank definieras ordet screening som ”systematisk undersökning av en population för att identifiera individer som är omedvetna om att de har ohälsa eller är i riskzonen för att utveckla ohälsa”. Beträffande personer som kan tänkas ha en riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion är det visat att den ”kliniska blicken” inte är tillräcklig vilket medför att screening är nödvändig för ett effektivt arbete.

Hög alkoholkonsumtion kan identifieras med laboratorieprover, frågeformulär och intervjufrågor. Effektiviteten varierar beroende på hur omfattande konsumtionen är. Således är sensitiviteten för riskbruk, utan beroende, generellt låg, cirka 30–40 procent, för de laboratorieprover som är aktuella (vanligast är leverprover  $\gamma$ -GT, ASAT eller ALAT; även kolhydratfattigt transferrin CDT används). Sensitiviteten ökar med ökande konsumtion, och är vid beroende i genomsnitt 65 procent för leverprover, och något högre, cirka 70–80 procent för CDT. Specificiteten är genomgående låg, cirka 50 procent, med undantag för CDT, där specificiteten är hög, över 90 procent. Dessa förhållanden begränsar värdet av laboratorieprover för screening. Förhöjda värden kan ha många orsaker och en hög alkoholkonsumtion ger inte nödvändigtvis utslag i provsvar. Däremot kan biologiska värden vara av vikt i behandlingsarbete, inte minst som biofeedback.

Såväl sensitivitet som specificitet är däremot acceptabla, mellan 80 och 90 procent, för det vanligaste förekommande frågeformuläret AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), liksom för kortvarianter av detsamma. AUDIT är ett screeninginstrument bestående av tio frågor utvecklat av WHO, som är flitigt använt och som också rekommenderas i de nationella riktlinjerna för tidig identifikation (Babor et al., 1992, Saunders et al, 1993, Socialstyrelsen, 2007). De tre första frågorna, som belyser alkoholmönster och mängd, kan med fördel användas separat (Gual et al, 2002). Det förekommer också att endast berusningsfrågan, fråga tre, används som screeningfråga, med hänsyn till att den har en hög känslighet för förekomst av riskbruk. Det finns även ett annat vanligt förekommande frågeformulär med fyra frågor benämnt CAGE (Cut down, Annoyance, Guilt, Eye-opener) (Ewing, 1984). Det identifierar dock i högre utsträckning tyngre problematik.

En generell screening oavsett kontakthanledning ger upphov till ett antal frågeställningar. Faktorer som diskuterats har bland annat handlat om etik, om hur relationen till patienten påverkas, om tid tas från annat viktigare etc. (Hedberg et al, 2009, Wåhlin 2009 a, Sigurdsson et al 2004, Beich et al, 2007). Intervjufrågor varierar i effektivitet, beroende på i vilket sammanhang frågorna ställs, och med vilken grad av förtroende som har etablerats mellan patient/klient och frågeställare. Erfarenheten från omfattande forskning är att det lönar sig att fråga; människor är i större utsträckning beredda att besvara frågor om sin alkoholkonsumtion än man tror; förutsättningen är dock att de uppfattar att frågorna ställs i ett stödjande syfte.

I en aktuell förfrågan till landstingens kontaktpersoner för Riskbruksprojektet ges en samstämmig bild av att den screening som genomförs inom primärvården i dag är situationsanpassad och sker då betydelsen av alkoholvanorna kan kopplas ihop med orsaken till besöket. Detta innebär en betydande begränsning av den potential som finns för alkoholprevention inom primärvården. Endast en mindre del av de riskbrukande patienterna kommer med denna strategi bli uppmärksammade. Dock noteras samtidigt att alkoholfrågor, tillsammans med andra levnadsvanor, i vissa sammanhang ingår rutinemässigt och utgör en naturlig del i samtalen, ofta tillsammans med AUDIT-frågor eller någon form av "livsstilsformulär". Det rör sig t.ex. om hälsoundersökningar och livsstilmottagningar, "hjärtskolor", gruppbehandling av diabetes eller depression och

inte minst i samband med graviditet. Vid dessa besök förväntar sig också patienten att livssituation och levnadsvanor tas upp.

Huvudproblemet med muntliga frågor som screeningmetod är att de oftast inte ställs. Det är svårt att åstadkomma en rutin där frågor om alkoholvanor ställs systematiskt, t.ex. vid förutbestämda kontakthanledningar, och inte bara när behandlaren tycker det finns särskild anledning att ta upp frågan. Levnadsvanor bör också vara naturliga att ta upp med patienter som t.ex. har diffusa problem, en hög vårdkonsumtion, långvariga sjukskrivningar och i samband med rehabiliteringsutredningar. Vårdprogram och rutiner för när och på vilket sätt screening ska göras är viktiga för att arbetsmetoden ska fungera i praktiken över tid.

Patienterna själva är överlag positiva till att bli tillfrågade om sina levnadsvanor (Andréasson & Grafman, 2002). Enligt SKL:s Vårdbarometer ([www.vardbarometern.nu](http://www.vardbarometern.nu)) med ett underlag på drygt 44 000 telefonintervjuer, uppger 90 procent att de ställer positiva till att vården tar upp livsstilsfrågor, men endast 30 procent av dem som besökt vården hade fått sådana frågor (avser vården i dess helhet). En positiv uppgift var att av dem som fått livsstilsråd uppgav fyra av tio att de hade förändrat sin livsstil.

## 10.12 Brief intervention – kort rådgivning

Ett positivt utfall av screening bör alltid följas upp i ett samtal. Brief intervention, eller kort rådgivning, är en samtalsmetodik som visat sig både verksam och kostnadseffektiv vid riskbruk/ skadlig alkoholkonsumtion (Chisholm et al, 2004). Det område som särskilt studerats är primärvården (Kaner et al., 2007, Bertholet et al., 2005). Det finns sämre underlag att uttala sig om metodens effektivitet i andra vårdssammanhang som akutsjukvård, sjukhus, socialtjänst eller kriminalvård (Nilsen et al, 2008).

I korthet är brief intervention/kort rådgivning en patientcentrerad, icke konfrontativ metod för att motivera och stärka en persons förmåga till förändring. Med ett respektfullt och empatiskt förhållningssätt informeras patienten på kopplingen mellan alkoholvanor och aktuell kontakthanledning, tillfrågas om sina funderingar utifrån det och stötts till en förändring (Wåhlin, 2009 b). Behandlingsmålet är oftast en minskning av konsumtionen snarare än total avhållsamhet. En struktur i samtalet återfinns i FRAMES; Feed-back, Responsibility, Advice, Menue, Empathy, Self-efficacy.

För att genomföra dessa samtal förutsätts en grundläggande kunskap om alkohol och dess hälsoeffekter för att kunna svara på patientens frågor, men det behövs inte en specialistkompetens inom beroendeområdet (Andréasson et al 2002).

I normalfallet behöver en kort rådgivning inte ta lång tid. Några minuter kan vara tillräckligt i många fall, ibland handlar det om några samtal, men om en patient behöver mer stöd/behandling bör det finnas möjlighet till det. I detta sammanhang utgör Motiverande samtal (MI) med dess strategier för att utveckla ambivalens och stärka den egna motivationen, en fungerande samtalsmetod (Miller & Rollnick, 2002). På websidan [www.somra.se](http://www.somra.se) (Samtal OM Riskbruk av Alkohol) har Folkhälsoinstitutet gjort en lättåtkomlig och interaktiv sida som illustrerar och lär ut hur metodiken kan användas i samtalen rörande riskbruk. De motiverande samtalen kan också leda till att personen i fråga går vidare till annan behandling utifrån individuella behov.

### 10.13 Kostnad – nytta

Hälsoekonomisk forskning talar för att screening och kort rådgivning inom alkoholområdet är mycket kostnadseffektivt, kanske den enskilt mest kostnadseffektiva åtgärd som förekommer inom det förebyggande området. Det senare är slutsatsen från en stor studie som genomfördes inom the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), där 25 förebyggande åtgärder inom sjukvården studerades i en systematisk litteraturöversikt. Kostnaden per vunnet livskvalitetsjusterat levnadsår (QALY) beräknades för screening och kort rådgivning för alkoholproblem till \$1755, vilket är en mycket låg kostnad och bland de lägsta bland de studerade åtgärderna (Solberg et al., 2008).

En av studierna som ingick i denna översikt var en fyraårsuppföljning av en randomiserad studie av kort rådgivning inom primärvård i USA (Fleming et al., 2002). Man fann här att kostnaden för att genomföra det förebyggande programmet (sjukvårdens kostnader + patientkostnaderna) uppgick till \$205 per patient. Besparingarna i sjukvården per patient i interventionsgruppen uppgick till \$712. De totala besparingarna, då även kostnader för brott och trafikolyckor räknades med, uppgick till \$7 985 per patient. För sjukvårdens del resulterade en investering av \$10 000 i denna form av alkoholprevention i en reduktion av

framtida sjukvårdskostnader med \$43 000. Räknas övriga samhälls-ekonomiska effekter in blir besparingen betydligt större, en investering av \$10 000 i alkoholprevention ger en total samhälls-ekonomisk besparing på \$390 000.

I en annan studie av kostnaderna för screening och kort rådgivning i amerikansk primärvård beräknade Zarkin och medarbetare att driftkostnaden per patient som screenats och erbjudits rådgivning varierade mellan \$2.59 och \$3.43. Totalt skulle programmet kosta mellan \$40 045 och \$46 337 om året i ett sjukvårdsdistrikt med en befolkning på 100 000 vuxna individer. (Zarkin et al., 2003). Man fann här att de stora kostnaderna uppstår i programmets initieringsfas; det handlar då främst om utbildning och materialproduktion.

I en Australiensisk studie beräknas kostnaderna och hälsovinsterna för ett program för kort rådgivning i primärvård (Wutzke et al., 2001). Kostnader för marknadsföring, utbildning, support och läkartid för interventionen beräknades. Effekterna beräknades i form av vunna levnadsår till följd av förebyggda alkoholrelaterade dödsfall. Analysen byggde på internationella studier av kort rådgivning, där såväl kostnader som effekter beräknades och uttrycktes i australiensiska dollar. Tillämpade på det australiensiska Drink less programmet beräknade man kostnaden för screening och rådgivning till mellan Austr \$19.14 och Austr \$ 21.50. Marginalkostnaden per vunnet levnadsår var Austr \$1 873. Omfattande sensitivitetsanalys talade för att beräkningsmodellen var robust. Det uppnådda resultatet talar för att kort rådgivning för alkoholproblem står sig väl i konkurrensen med andra medicinska åtgärder.

I en holländsk primärvårdsstudie finner man något högre kostnader för screening och kort rådgivning. Här beräknas kostnaden per vunnen QALY till €5 400 (Tariq, et al. 2009), dvs. 2–3 gånger högre än i den amerikanska studien. Huvudsakligen beror den högre kostnaden på att effekten av interventionen inte var lika stor som i USA. Likväl drar författarna slutsatsen att interventionen är kostnadseffektiv.

Några svenska hälsoekonomiska beräkningar av screening och kort rådgivning har inte gjorts än, även om en sådan är under planering. Däremot har Lindholm gjort en teoretisk beräkning där han drar slutsatsen att alkoholrådgivning har en stor hälsoekonomisk potential. Om en procent av de individer som får rådgivning gör bestående förändringar i sitt drickande bedöms interventionen som förhållandevis kostnadsvis, med en kostnad/nytta kvot på €20 000

per vunnet levnadsår. Om tio procent gör förändringar leder interventionen till nettobesparingar inom sjukvården (Lindholm, 1998).

## 10.14 Riskbruksprojektet

Riskbruksprojektet ([www.fhi.se/riskbruksprojektet](http://www.fhi.se/riskbruksprojektet)) startade 2004 som ett regeringsuppdrag med en övergripande vision om att samtal om alkohol ska ha en naturlig och självklar plats i vardagssjukvården. Målsättningen har varit att samtal om alkoholfrågor ska ske frekvent och rutinmässigt och att personalen inom hälso- och sjukvården har goda kunskaper, positiva attityder och en tro på sin egen förmåga att kunna bistå patienter i förändringsarbete. Sedan 2006 har landstingen haft möjlighet att söka statliga stimulansmedel för riskbruksarbetet.

Fokus har huvudsakligen legat på primärvård och företagshälsovård, med en viss utvidgning gentemot psykiatri och somatisk vård. Vidare har en del riktat sig till de som studerar och arbetar inom universitet och högskolor.

För att nå målsättningen om en ökning av alkoholsamtal har projektet erbjudit och stöttat kunskaps- och metodutveckling inom området. Utbildningar har omfattat faktakunskap om alkohol, screening, bemötande och motiverande samtalsmetodik (MI). Genom en uppdelning i delprojekt utifrån professioner har utbildningsinsatser och metodutveckling kunnat skräddarsys för att passa respektive verksamhet. För en bred spridning har bland annat utbildning till utbildare för erbjudits, ex MI och Riskbruksverkstäder. Arbetet har bedrivits i samverkan med landstingen och företagshälsovårdens enheter och utbildningsaktiviteter och metodutveckling har anpassats utifrån lokala förutsättningar. Riktade utbildningar har på många håll i landet kompletterats/ersatts med gemensamma t.ex. för samtlig personal på en vårdcentral. Fördelen med sådan basutbildning för alla har bedömts vara att det bidrar till ett gemensamt förhållningssätt gentemot patienterna.

Riskbruksprojektet har fallit mycket väl ut. En utvärdering har genomförts med en baslinjeenkät 2005–2006 och en uppföljningsenkät 2008–2009 till de olika personalkategorierna inom arenorna primärvård, barnhälsovård, mödrahälsovård och företagshälsovård. Resultaten visar sammantaget att påtagliga förbättringar har skett i form av ökad aktivitet beträffande alkoholsamtal, ökad kunskap om rådgivning till patienter samt förbättrad upplevd förmåga att hjälpa

patienter att minska sin alkoholkonsumtion (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Attityder till att identifiera och erbjuda kort rådgivning till patienter med riskbruk var positiva redan vid baslinjemätningen och fortsatt så vid uppföljning.

Förutom verksamheternas egna prioriteringar och inställning till att arbeta förebyggande är huvudmännens inställning av vikt. Det hälsofrämjande arbetet måste vara synligt i politiska mål- och styrdokument och det måste finnas en organisation för att implementera nya riktlinjer och arbetssätt.

Det finns tydliga kopplingar mellan olika levnadsvanor och från 2009 ingår även ett tobaksuppdrag i projektet. Riskbruksprojektet avslutas i sin nuvarande form vid utgången av 2010. Ambitionen är att erfarenheter från projektet ska tas till vara i det kommande arbetet med implementering av Socialstyrelsens nya riktlinjer för förebyggande hälsovård.

### 10.15 Primärvård, MHV, BHV

Primärvården, och dess personal, har en strategisk position för sekundärpreventiva insatser. Varje år träffar cirka 40 procent av den vuxna befolkningen sin husläkare och under loppet av två-tre år har upp till 70–80 procent av befolkningen besökt sin läkare. Vissa vanligt förekommande kontakthanledningar är överrepresenterade bland personer med riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion som t.ex. mag- och tarmbesvär, hypertoni, depression/ångest, sömnproblem, diabetes, värkproblematik och olycksfall. I en studie inom primärvården i Västerbotten hade var tredje patient i det löpande patientflödet symtom på depression/ångest och/eller riskbruk av alkohol (Nordström & Bodlund, 2008). Att rutinmässigt ta upp alkoholvanorna vid dessa besök där alkohol kan ha betydelse för uppkomst, rehabilitering eller medicinering får ses som ett mål. I riskbruksprojektets utvärdering 2008/09 uppgav närmare 60 procent av allmän- och ST-läkarna att de alltid/ofta diskuterar alkoholfrågor med sina patienter. Andra levnadsvanor som rökning, fysisk aktivitet, övervikt och stress diskuteras dock fortfarande i högre utsträckning.

Distriktssköterskorna träffar också ett stort antal patienter i olika sammanhang. Hälsoundersökningar, uppföljning av diabetes och blodtryck, omläggning av sårskador är exempel på några av de tillfällen då alkoholvanor kan tas upp till diskussion. Distrikts-



sköterskorna var den grupp som under den treårsperiod som utvärderades inom riskbruksprojektet hade störst ökning av andel som alltid eller ofta diskuterar alkoholfrågor. Ökningen skedde från låga 28 procent till 51 procent.

Mödrahälsovården (MHV) i Sverige har en närmast hundra-procentig täckning av gravida och barnmorskorna har länge haft till uppgift att ta upp frågan om alkohol med dessa kvinnor. Samtalen har metodutvecklats inom ramen för riskbruksprojektet genom faktautbildning och en tydlig struktur, där samtalet utgår från alkoholvanor året innan graviditeten. En särskild ”Guide för samtal om alkohol” har tagits fram ([www.fhi.se/riskbruksprojektet](http://www.fhi.se/riskbruksprojektet)). De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård omfattar även en översyn och förstärkning av samarbetet med andra instanser vid behov.

Barnmorskor återfinns även vid ungdomsmottagningar. I samband med dessa kontakter med ungdomar finns goda möjligheter att ta upp alkohol- och drogvvanor. Många dricker som mest i yngre åldrar och det finns tydliga samband mellan alkohol och sexuell aktivitet. I en väntrumsstudie i Västerbotten hade två av tre unga kvinnor vid ungdomsmottagningarna, en riskabel alkoholkonsumtion enligt AUDIT, och det fanns ett tydligt samband mellan berusning och erfarenhet av könssjukdomar (VLL, 2007). Av dem med ett riskbruk uppgav var fjärde (26 procent) att de ville minska sin konsumtion.

Barnhälsovården (BHV) möter småbarnsföräldrar och arbetet sker ur barnens perspektiv. Även om det förekommer att AUDIT används inom BHV är det inte att identifiera riskbruk hos föräldrar som är det primära, utan att samtal om föräldrarnas alkoholvanor tas upp till diskussion ur barnets synvinkel. Ett material för föräldragrupper ”Tänk på i vilket sällskap du berusar dej” har tagit fram av Statens folkhälsoinstitut just för detta ändamål ([www.fhi.se/riskbruksprojektet](http://www.fhi.se/riskbruksprojektet)). Svårigheten kan vara att nå de föräldrar som behöver detta bäst. Familjecentraler, med MHV, BHV och socialtjänst samlade under samma tak har här en fördel.

Inom primärvården finns ytterligare ett antal yrkeskategorier som sjukgymnaster, dietister, kuratorer, psykologer m.fl. Samtliga dessa har självklart också stora möjligheter till tidiga interventioner. Tydliga strukturer och rutiner formulerade i vårdprogram kan underlätta det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Däremot uppfattas inte ersättningssystem enligt läkarförbundets vårdvalsenkät 2009 premiera ett förebyggande arbetssätt ([www.lakarforbundet.se](http://www.lakarforbundet.se)).

## 10.16 Företagshälsovård

Under senare år har arbetslivet blivit allt mer medvetet om att alkoholen har en negativ inverkan på såväl den enskildes hälsa, arbetsmiljön som produktionen. Möjligen har arbetslivet haft en alltför passiv strategi där fokus mer har varit att hantera och åtgärda redan befästa alkoholproblem och ett mindre fokus på att förhindra i ett tidigt stadium (Hermansson, 2005).

Mycket tyder på att det finns goda motiv, för både samhället, arbetstagare och arbetsgivare, att i arbetslivet implementera sekundärpreventiva alkoholmetoder som tidigt identifierar och åtgärdar riskkonsumtion av alkohol. För samhället kan tidiga insatser mot alkoholproblem på våra arbetsplatser ha en positiv inverkan på det allmänna hälsoläget liksom sjukvårdskonsumtionen i landet. För arbetsplatsen är motiven att en förhöjd och riskabel alkoholkonsumtion ökar risken för ohälsa bland medarbetare, olyckor och arbetsrelaterade skador och ökad risk för frånvaro samt negativ effekt på arbetsmiljön i stort. Sammantaget kan dessa risker leda till ökade kostnader för såväl samhället, arbetsgivaren som den enskilde.

Arbetsplatsen är en arena där merparten av den vuxna befolkningen är nåbar och kan där med fördel erbjudas sekundärpreventiva alkoholmetoder. Dessutom finns det paradoxalt ett visst stöd för att förvärvsarbete kan minska sannolikheten för att söka behandling inom den traditionella vården. Detta förstärker motivet att mer aktivt nyttja arbetsplatsen som en arena för att både upptäcka och åtgärda alkoholproblem i ett tidigt skede.

Studier genomförda på svenska arbetsplatser har visat att det är möjligt att i samband med livsstilsundersökningar erbjuda anställda just alkoholscreening med rådgivning och få anställda uppleva metoden som känslig om den genomförs av företagshälsovården (FHV).

Riskbruksmodellen, screening och kort rådgivning, inom FHV är inte särskilt komplicerad. Anställda erbjuds i samband med en livsstilsundersökning att kontrollera sina egna alkoholvanor med stöd av exempelvis frågeformuläret AUDIT och i vissa fall även i kombination med blodprov som CDT. Nästa steg i metoddelen är att erbjuda adekvat kort rådgivning åt dem som har en förhöjd och riskabel alkoholkonsumtion. Rådgivningen behöver inte alls vara särskilt omfattande. Viktigt är dock att den genomförs på ett icke konfronterande sätt. Den kliniska erfarenheten av modellen är

förutom att den är enkel att genomföra så leder den till att FHV och arbetslivet gemensamt upptäcker medarbetare med mer omfattande alkoholproblem (missbruk/beroende).

I samband med att det nationella Riskbruksprojektet initierades visade en kartläggning (2005) av FHV att både aktivitetsgrad och beredskap att arbeta med riskbruk var hygglig. Den senare uppföljningen (2008) visade att beredskapen ökat. Ett exempel är att 2005 rapporterade 34 procent av företagsläkarna och 45 procent av företagssköterskorna att de hade använt AUDIT-formuläret under det senaste året. År 2008 hade denna andel ökat till 72 procent hos företagsläkarna och 82 procent bland företagssköterskorna, och 92 procent av läkarna samt 91 procent av sköterskorna rapporterar att de är ganska eller mycket kunniga att hantera rådgivning till personer med riskdrickande. (Statens folkhälsoinstitut 2010)

Riskbruksmodellen enligt ovan kräver dock att arbetsplatsen är knuten till en FHV som har uppdraget att genomföra s.k. livsstilsundersökningar. Arbetsplatser med få anställda, vilket är merparten av de privata företagen, är inte alltid anslutna till någon FHV varför särskilda metoder bör utvecklas och prövas för denna målgrupp. Här kan exempelvis webbaserade lösningar, med såväl screening som rådgivning via nätet, prövas. En sådan lösning är även ett alternativ som bör utvärderas för de arbetsplatser som inte genomför livsstils- eller levnadsvaneundersökningar.

## 10.17 Psykiatrisk vård

Personer med psykisk sjukdom löper dubbelt så stor risk att utveckla ett skadligt bruk eller beroende som befolkningen i stort (Regier et al, 1990, Grant et al 2004). Liknande samband finns även för missbruk eller beroende av narkotika.

Alkohol eller droger kan användas som ett medel för att hantera svåra livssituationer, för att kunna sova, för att stå ut med psykiska symtom, för att våga vara bland folk och liknande situationer. Ängest, depression och andra tillstånd kan också utlösas och förstärkas av droganvändning eller hög alkoholkonsumtion. I denna diskussion om vad som är hönan och ägget, orsak eller verkan, kan en del personer hamna mellan stolarna och i värsta fall inte få den adekvata vård de är berättigade till. Resonemang om vad som är det primära problemet är kontraproduktivt utan när alkohol/drog- och

psykiatrisk problematik förkommer jämsides ska också tillstånden behandlas jämsides.

Beträffande riskbruk pekar studier på att cirka var fjärde patient som söker psykiatrisk öppenvård har ett samtidigt riskbruk av alkohol. (VLL, 2006) Andelen är högre i de yngre åldersgrupperna, särskilt bland kvinnor, där drygt varannan kvinna har riskabla/skadliga alkoholvanor. Unga kvinnor är samtidigt en grupp som söker psykiatrisk vård oftare än andra. Omvänt sågs att drygt hälften av de med riskbruk i en primärvårdspopulation bejakade symtom på samtidig ångest och/eller depression (VLL 2005). Det är dock inte alltid som riskabla alkoholvanor uppmärksammas inom den psykiatriska vården, även om det finns positiva resultat av kort rådgivning. I en studie från Lund och Uppsala randomiserades patienter inom den psykiatriska öppenvården, som hade ett riskbruk enligt AUDIT, till två grupper. I den grupp som fick feedback med råd och ett samtal i motiverande anda hade nästan hälften reducerat sin konsumtion till låg risk efter sex månader, jämfört med cirka 30 procent av kontrollgruppen (Eberhard et al., 2009). Vidare kunde Hulse och medarbetare visa att patienter med samsjuklighet som fått ett motiverande samtal alternativt information, i en femårsuppföljning hade ett minskat vårdbehov mätt i antal vård dagar och antal vårdtillfällen jämfört med en kontrollgrupp (Hulse & Tait, 2003). Korta interventioner har således god effekt men det kan konstateras att möjligheten inte utnyttjas i den utsträckning som det är befogat.

Personer med mångfacetterade problem kan vara i behov av stöd från flera aktörer och samverkan och enkla kontaktvägar är viktiga. I Socialstyrelsens riktlinjer betonas att om man inom socialtjänsten misstänker att en person med missbruks- eller beroendeproblematik också har en samtidig psykisk störning, eller somatisk sjukdom, så ska kontakt omedelbart tas med sjukvården för bedömning. Samarbete och samverkan mellan psykiatri, primärvård och socialtjänst måste vara smidiga för att underlätta för patienten/klienten att få samordnat och adekvat stöd.

Den psykiatriska vården har inte varit en prioriterad arena för riskbruksprojektet men det finns lokala initiativ tagna. Även här finns ett behov av kunskap, metodik och rutiner för att öka uppmärksamheten på eventuell alkohol- eller drogproblematik. Det samma gäller också i hög utsträckning för barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet.

## 10.18 Akutsjukvården

Alkohol och särskilt berusningsdrickande kan ge upphov till olika former av traumatiska skador, vilka leder till behov av akutsjukvård. Fallolyckor, trafikolyckor, skador till följd av våld, alkoholförgiftning, överdoser, självmordsförsök är några tillstånd som kommer till akuten. I en genomgång av amerikanska studier fann forskarna att närmare var tredje patient (31 procent) som behandlats inom akutsjukvården och hälften (50 procent) av de med svåra skador i behov av intensiv- eller sjukhusvård, screenade positivt för alkoholproblem (D'Onofrio & Degutis, 2002). I jämförelse med primärvården hade patienterna inom akutsjukvården upp till tre gånger oftare erfarenhet av ett tyngre missbruk och fler negativa konsekvenser (Cherpitel, 1999). En alkoholanamnes och kort rådgivning i samband med att en person söker vård vid en akutmottagning har visat på positiva resultat (Monti et al., 1999).

Övriga sjukhuskliniker har också möjlighet att utifrån patientens symtom eller sjukdomsbild ta upp alkoholvanorna med patienterna. Ortopedi, kardiologi, infektion, kvinnokliniken och STI-mottagningen utkristalliserade sig som mottagningar med högre andel patienter med riskbruk i en enkätstudie i väntrummen vid sjukhusen i Västerbotten (VLL, 2008). Det visar sammantaget på hälso- och sjukvårdens goda möjligheter till tidig intervention.

## 10.19 Dags att tänka utanför boxen

Det finns nu flera skäl att börja tänka utanför boxen inom beroendeområdet. Som framgår av tidigare avsnitt når det befintliga vård- och behandlingsutbudet inte fram till stora delar av sin målgrupp. Dels är denna dåligt känd bland såväl behandlare som beslutsfattare inom området. Dels används behandlingsmetoder som för många inte är tilltalande. En stor andel av de beroende finns i åldergruppen 18–30 år. För denna åldersgrupp är beroendevården särskilt illa rustad. Behandlingsutbudet är i hög grad anpassat till den klassiske alkoholisten i 50-årsåldern, vilket naturligtvis är en viktig förklaring till att så få andra söker sig dit.

Det är bland annat dags att göra marknadsundersökningar. Vi vet helt enkelt inte vilka preferenser personer med olika grad av alkoholberoende har. Vill de träffa en behandlare? Eller en coach? Föredrar de att prata med någon på en telefonhjälpplinke? Eller

något annat alternativ: behandling via Internet, antingen anonymt eller genom personlig kommunikation, självhjälpslitteratur, kurser, föreläsningar, m.m. I många fall är anhöriga och andra närstående mer angelägna än den beroende själv; här kan behandling ofta inledas genom dessa närstående.

Även om forskningen inom detta område är i sin linda är flera av dessa alternativ studerade. Självhjälp kommer man långt med exempelvis. I själva verket talar forskningen för att personer med låg eller måttlig grad av alkoholberoende har större nytta av självhjälpsmanualer än av terapeutledd behandling. Detta är känt sedan länge; fem studier från 1980- och 1990-talet belägger detta (Miller & Taylor 1980, Miller et al. 1981, Sanchez-Craig et al. 1989, Harris & Miller 1990, Sanchez-Craig et al. 1991). Om vi beaktar detta förhållande och till det lägger en stor andel unga vuxna med alkoholberoende som nästan alla har tillgång till Internet, blir slutsatsen att alkoholbehandling i betydande grad bör flytta ut från kontoret till nätet. En del sådana försök har också gjorts på senare år i Sverige. Mest känt är *Alkoholhjälpen* ([www.alkoholhjalpen.se](http://www.alkoholhjalpen.se)) som är uppbyggd på kognitivt beteendeterapeutiska principer och har ett motivationellt förhållningssätt. Under 2008 besöktes sidan av sammanlagt cirka 30 000. Påföljande år, 2009, steg antalet besök till cirka 85 000 personer på årsbasis. Hittills under 2010 har sidan cirka 500 besök per dag. På sidan är det delen "Hjälp dig själv" som har varit populärast. Därefter kommer informationsfilmerna "Motivera dig", följt av avsnitten till anhöriga och sist de som riktas till kompisar. Detta kan förklaras av att marknadsföringen av sidan främst varit riktad till personer som vill ändra sin egen konsumtion. Forumet där användarna kan diskutera med andra och med FHI:s kontaktperson, är en fristående del av alkoholhjälpen som blivit alltmer populärt. Under 2009 var nästan hälften av alkoholhjälpens besök även besök på etta forum. Alkoholhjälpen är i skrivande stund under vetenskaplig utvärdering. Ett liknande webbprogram i Holland har utvärderats med goda resultat (Riper et al, 2008).

Självhjälpsprogram på nätet, liksom andra insatser som ligger utanför den traditionella behandlingsorganisationen, står och faller med marknadsföring. Det är väl känt att målgruppen är mycket intresserad av information (vilket i sig motsäger att tillståndet präglas av förnekelse). Utvärderingen av *Alkoholprofilen* ([www.alkoholprofilen.se](http://www.alkoholprofilen.se)) ett självtestprogram som lanserades av Alkoholkommittén och som nu drivs av Systembolaget, visade att den grupp som mer än andra gick in och testade sina alkoholvanor

var högkonsumenter i åldersgruppen 18–25 år. Man kunde också notera att besöksstatistiken på *Alkoholprofilen* i hög grad varierade med marknadsföring.

Marknadsföringen påverkar även tillströmningen till *Alkohollinjen* (020-48 88 84) som öppnade januari 2007, och som drivs av SLL/KS. Data för 2009 visar på 3 315 samtal, varav majoriteten (59 procent) ringde på grund av eget behov av stöd. Av dessa var 42 procent kvinnor. Var tredje telefonsamtal var från en anhörig, företrädesvis kvinnor. Sammantaget inkom närmare 6 000 samtal men begränsade öppettider och personalbrist medförde att alla inte kunde besvaras. Att problematiken var påtaglig bland de klienter som ringde återspeglas i höga AUDIT-poäng. Medelvärde för männen var 23 och för kvinnor 22 poäng.

Detta kan kännas främmande för den traditionella beroendevården som saknar erfarenhet av att marknadsföra sig. En effekt är att påfallande många inte vet vart man ska vända sig om man har alkoholproblem, eller är oroliga för anhöriga som dricker. Med marknadsföring kan också insatser göras för att påverka de folkliga attityder som fortfarande är förhärskande och som hindrar många att söka hjälp. Framtidens medborgare förväntas också att i större utsträckning använda Internet för hälsofrågor och egenvård, vilket inte minst återspeglas i det pågående projektet om e-hälsa som drivs av Center för eHälsa i samverkan ([www.cehis.se](http://www.cehis.se)).

Anhöriga är i sig en resurs. Även här finns det god forskning, som starkt talar för att behandlingsinsatserna bör vidgas från ett individperspektiv till ett systemperspektiv, där närstående spelar en central roll. Flertalet behandlingsinriktningar kan kombineras med insatser för närstående. När så sker förbättras behandlingsresultaten med cirka 20 procent; dvs. 20 procent fler nyktra dagar, eller 20 procent minskad alkoholkonsumtion. Detta är ungefär den behandlingseffekt som uppnås med moderna läkemedel mot alkoholberoende. Ett intressant exempel på anhörigprogram är CRAFT, ett program som bygger på CRA-metodik, anpassat till anhöriga. Programmet vänder sig till anhöriga till personer som själva inte vill gå i behandling. Efter i genomsnitt fem behandlingssessioner har dock majoriteten av problemdrickarna påbörjat behandling (Meyers et al., 1998).

## 10.20 Kort behandling bäst

Om vi håller oss till de mer konventionella behandlingsformerna, där människor med alkoholproblem möter en behandlare, finns några kontraintuitiva besked. För personer med måttligt uttalade beroendetillstånd är kortvariga behandlingsinsatser bäst och långvariga behandlingar är kontraproduktiva. Detta sammanhänger med att det här handlar om en stor grupp människor som har en kortare problemhistoria, mindre alkoholskador och mer resurser än de kronikergrupper som behandlingsorganisationen i allmänhet vänder sig till. Detta är personer som inte känner igen sig i behandlarnas eller 12-stegsgruppernas beskrivningar – och som allt som oftast uppfattas som ”förnekande”. Många av dem – men inte alls alla – kan återgå till ett socialt drickande, vilket beror på att deras beroende är begränsat, även om det uppfyller minst tre beroendekriterier enligt ICD eller DSM. Inom AA skulle man ofta säga att de inte är ”riktiga” alkoholister. Deras beroende orsakar dem dock betydande problem. Även om många av dem så småningom mognar ut från beroendet så sker det till ett högt mänskligt pris: försämrade studieresultat, missade karriärchanser, havererade äktenskap – många förlorade livschanser.

Detta kan också uttryckas samhällsekonomiskt. Merparten av kostnaderna – för såväl sjukvård som för samhället i stort – uppkommer bland den stora majoriteten problemdrickare som inte har de svåraste beroendetillstånden. Detta är innebörden av den s.k. preventionsparadoxen, ett begrepp som myntades av Kreitman 1986. Kreitman fann att merparten av alkoholskadorna återfanns inom den större gruppen högkonsumenter med måttligt uttalade alkoholproblem, även om risken på individnivå var högre för den mindre gruppen med de största problemen (Kreitman 1986). Kreitmans resultat har sedan bekräftats i ett flertal studier. I en Schweizisk studie från 2001, klargör dock Gmel och medarbetare att paradoxen i stor utsträckning förklaras av berusningsdrickande. Det vill säga det är en stor grupp personer som har ett berusningsmönster, som står för merparten av de alkoholrelaterade skadorna (Gmel et al., 2001). Också Poikolainen och medarbetare finner i en finsk studie 2007 att betydligt fler dödsfall och vårdtillfällen på sjukhus med alkoholdiagnos inträffar i den större gruppen med mer begränsade alkoholproblem än i den lilla gruppen med de mest uttalade problemen (Poikolainen et al., 2007).



Preventionsparadoxen är ett starkt argument för att bredda basen i behandlingen av alkoholproblem.

### 10.21 Bas i primärvård och företagshälsovård

Det mesta talar för att denna breddade bas bäst placeras inom hälso- och sjukvården. Inte för att personalen inom socialtjänsten inte skulle kunna lära sig de korta behandlingsprogrammen, men traditionen och miljön talar starkt emot att målgruppen skulle vilja söka sig dit. Men som noterats ovan, finns det även inom den specialiserade beroendevården ett antal institutionella hinder för att effektivt kunna ta sig an denna grupp. Ett antal förhållanden talar i stället för att primärvården och företagshälsovården är de bästa instanserna.

För det första rör det sig om ett mycket vanligt hälsoproblem. Om vi för stunden bortser från gruppen med skadligt bruk så utgör bara de alkoholberoende cirka 300 000 personer. Av dessa kräver cirka 50–100 000 specialistinsatser, men drygt 200 000 gör det inte, dvs. cirka 3 procent av den vuxna befolkningen. De är alltså till antalet jämförbara med andra stora folksjukdomar som depression, astma, diabetes, som den första linjens sjukvård självklart ser som sitt ansvarsområde.

För det andra behöver insatser för beroendeproblem normaliseras. Dessa är vanliga problem och i hög grad en konsekvens av det moderna samhällets funktionssätt. Tillgängligheten till alkohol och andra droger har ökat kraftigt under de senaste generationerna, men attityderna till de som får problem återspeglar fortfarande 1800-talsvärderingar. Vanliga hälsoproblem bör mötas med vanliga åtgärder, dvs. ordinärt, empatiskt bemötande från den allmänna hälso- och sjukvården.

För det tredje finns det behandlingsinsatser för alkoholberoende som inte kräver specialistkompetens. Dit hör de motivationsinriktade programmen. Dessa är korta, 2–4 samtal, med uppföljning. Dessa kan läras ut genom korta utbildningar på 2–3 dagar. Dock är det viktigt att dessa följs upp med handledning. En ännu enklare variant är en form av hälsokontroll för alkoholproblem – *The Drinker's Check Up*, som består av ett enda samtal, kombinerat med ett antal tester. *The Drinker's Check Up* är utvärderad med goda resultat, men föga använd (Miller et al., 1988).

Därtill kan man inom primär- och företagshälsovård genomföra farmakologisk behandling. Två nya läkemedel tillkom under 1990-talet, naltrexon (Naltrexon) och akamprosot (Campral). Båda preparaten leder, i jämförelse med placebo, till en minskning av drickandet med 15–20 procent på gruppnivå, med stora individuella variationer. För många patienter är behandlingseffekten mycket påtaglig. Mot bakgrund av att biverkningsriskerna är begränsade för båda preparaten är det därför rimligt att alla patienter med alkoholberoende erbjuds dessa läkemedel. Användningen är dock fortfarande mycket begränsad. Detta beror delvis på att man initialt ställde som krav att de skulle kombineras med psykoterapi. I många fall innebär detta att medlen inte användes, eftersom psykoterapi på många håll inte är lätt tillgänglig. Senare forskning har dock visat att väl genomförd medicinsk behandling, med provtagning och läkarbesök, har samma effekt som specialistbehandling med KBT-inriktning (COMBINE, 2006).

I avvaktan på att evidensbaserade psykosociala behandlingsprogram görs mer tillgängliga bör därför läkare i primärvård och företagshälsovård inte avhålla sig från att använda dessa läkemedel. Dock bör man tillämpa några basala regler. Uppgiften är att hjälpa patienten att under en tid klara övergången från alkoholberoende till att leva utan alkohol. Under denna tid bör patienten regelbundet besöka en mottagning för att ta prover och träffa en sjuksköterska. De samtal som sjuksköterskan har behöver inte vara långa, men de bör gärna baseras på principerna för motiverande samtal. Det är en stor fördel om patientens partner kan delta vid dessa samtal. För de patienter där dessa insatser inte visar sig tillräckliga bör det finnas möjlighet att hänvisa dem till den specialiserade beroendevården. Utöver behandling med Naltrexone och Campral kvarstår fortfarande behandling med Antabus (Disulfiram) som ett alternativ. Antabus har för många fallit i vanrykte, då flera kontrollerade studier inte kunnat påvisa några positiva behandlingseffekter. I kombination med andra psykosociala åtgärder kan dock Antabus förbättra behandlingsresultaten.

## 10.22 Samordning prevention – behandling

Det finns starka skäl att samordna de förebyggande och behandlande insatserna inom detta område. I verkligheten finns det ingen skarp gräns mellan riskbruk, skadligt bruk och beroende. Det finns

stora fördelar med att förlägga behandling för beroende till primärvård och företagshälsovård. Om man här systematiskt bedriver screening för alkoholproblem kommer man inte bara att upptäcka personer med riskbruk, man kommer oundvikligen också att upptäcka patienter med beroende. Det är då naturligtvis en fördel att kunna erbjuda behandling inom samma mottagning. Risken när man remitterar patienter till specialistvård är stor att man förlorar en del av dem på vägen. För den beroende är det mindre hotfullt att diskutera alkoholproblem med läkare, sjuksköterskor och kuratorer inom den allmänna hälso- och sjukvården än att göra detta inom den specialiserade missbrukar- eller beroendevården. Man har inom primärvård och företagshälsovård också bättre förutsättningar att väva in individens alkoholproblem i en bredare kontext av hälsa, familj och samhälle än man har i specialistvården. Å andra sidan är det uppenbart svårare att bygga upp samma behandlingskompetens inom primärvård och företagshälsovård för handläggning av de något mer komplicerade beroendetillstånden, och för en del patienter är det naturligt att söka sig dit man uppfattar att kompetensen är störst. Detta förhållande är inte unikt för alkoholproblem, det återfinns mer eller mindre inom alla specialistområden inom medicinen. Mest närliggande är kanske erfarenheterna från depressionsbehandling. Denna sköts nu till övervägande del av icke-specialister, men de mest komplicerade fallen remitteras till psykiatri. Samma ordning borde kunna gälla för beroendeområdet.

För den stora gruppen med lätta eller måttligt uttalade beroendetillstånd finns det få alternativ till hälso- och sjukvården, förutom olika former av självhjälsprogram. Till skillnad från de svåra beroendetillstånden finns här inte sociala problem av den omfattning att de motiverar kontakt med socialtjänsten.

## 10.23 Alkohol i trafiken

I trafiksäkerhetsarbetet arbetar man långsiktigt mot en nollvision av antalet dödade i trafiken. Ett led i detta arbete är att genomföra ett stort antal utandningsprov för att stävja rattfylleriet. Statistik från åren 1997–2006 visar på en relativt konstant andel på 15 procent av alkoholpåverkade motorfordonsförare inblandade i dödsolyckor (Vägverket 2008). Rattfylleri är i sig ett riskabelt alkoholbruk och projektet Nationell samverkan mot alkohol och

droger i trafiken enligt Skelleftemodellen syftar till att minska återfall i rattfylleri genom att i direkt anslutning till polisens ingripande erbjuda kontakt med kommunens socialtjänst eller med vårdcentral/beroendevård. I den utvärdering som gjorts framgår att cirka 20 procent av de tillfrågade accepterade erbjudandet om kontakt (variation mellan länen 11–51 procent) och 41 procent av dessa genomgick efterföljande samtalsbehandling (vägverket, 2009). Rutinerna kring drograttfylleri för narkotika- och tablettpåverkade bedöms dock kunna förbättras för att få genomslag i landet.

## 10.24 LOB och TNE

Motivation till förändring varierar över tid och yttre faktorer kan starkt bidra. En möjlighet till tidig intervention finns i anslutning till att någon omhändertas av polis enligt lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB, 1976:511). Polisen ska informera socialtjänsten om omhändertagandet och ärendet ska därefter förhandsbedömas inom socialtjänsten för beslut om att inleda utredning eller ej. Tillämpningen av LOB liksom rutinerna rörande hur dessa ärenden handläggs inom kommunerna varierar emellertid. I den mån det finns tillgång till särskild tillnyktringsverksamhet (TNE) inom kommunen kan den omhändertagne föras dit, vilket kan underlätta efterföljande vård- och behandlingskontakter. Tillgången på tillnyktringsplatser i landet är dock starkt begränsat.

## 10.25 Barn och ungdomar

Man beräknar att vart femte barn lever i familj där minst en vuxen har ett riskbruk av alkohol. I siffror rör det sig om cirka 385 000 barn (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Avseende allvarligare problematik har Socialstyrelsen angett att 1,2 procent av barnen i Sverige har en förälder som vårdats i slutenvård med en alkohol- och/eller narkotikadiagnos. Med hänsyn till att slutenvård ändå är relativt ovanlig för majoriteten av dem med ett beroende, finns här ett mörkertal. Att tidigt uppmärksamma de barn som växer upp i familjer där det finns en uttalad alkohol- eller drogproblematik är av vikt då dessa, förutom den otrygghet och utsatthet det innebär, i sin tur också löper en ökad risk för att utveckla egen psykiatrisk, eller beroendeproblematik. Beträffande *riskbruk* hos vårdnadshavare

utgör även det en riskfaktor för negativa hälsoeffekter hos barnen, särskilt om det finns samtidiga mindre gynnsamma förhållanden i familjen (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Det ska också samtidigt noteras att vuxna som lever med barn i allmänhet dricker mindre alkohol än de utan barn, med undantag för ensamstående föräldrar, som har riskabla alkoholvanor i lika hög utsträckning som andra.

Alla försök att minska vuxnas, inkluderande föräldrars, riskbruk genom att t.ex. uppmärksamma alkoholvanor inom vården, utgör indirekt stöd till barnen. Aktiviteter som riktar sig mer specifikt gentemot föräldrar finns inom mödra- och barnhälsovården och är tidigare beskrivna i rapporten. Förskola och skola möter, förutom barnen/eleverna, också föräldrarna och kan i sina kontakter, eventuellt i kombination med signaler från barnen, uppmärksamma om alkohol- eller drogproblematik förekommer i familjen. För att personal ska agera korrekt till stöd för barnet behövs bland annat tydliga och kända rutiner för kontakter med socialtjänst och anmälan om barn som far illa.

I de skolundersökningar som årligen genomförs framgår att andelen elever som betecknas som alkoholkonsumenter vid senaste mätningen var den lägsta både i årskurs 9 och i gymnasiet år 2 sedan undersökningarna startade 1971 för niondeklassare och 2004 för gymnasiet (CAN, 2009). Motsvarande andel som inte alls dricker alkohol var 2009 som högst med knappt 40 procent av niondeklassarna och en knapp femtedel av gymnasieeleverna. Berusningsdrickande är förenat med risker i många hänseenden men glädjande nog hade andelen som varit berusade före 13 års ålder också minskat. Störst var minskningen bland pojkarna i gymnasiet, från 20 procent toppåret 2005 till elva procent 2009. Andelen som intensivkonsumerar en gång i månaden eller oftare var drygt 20 procent för både flickor och pojkar i åk 9. För gymnasiet svarade knappt hälften av flickorna och drygt hälften av pojkarna att de intensivkonsumerade någon gång i månaden eller oftare. Beträffande narkotika uppgav nio procent bland pojkarna och sju procent bland flickorna i åk 9 att de någon gång prövat narkotika. I gymnasiet är det en större andel, 17 procent av pojkarna och 15 procent av flickorna som hade använt narkotika. Andelen för gymnasiet har legat på ungefär samma nivå under hela mätperioden, även om man kan ana en svag ökning i den senaste undersökningen (CAN, 2009).

Statens folkhälsoinstitut har ett pågående regeringsuppdrag att intensifiera arbetet med att aktivt sprida metoder som i grund- och

gymnasieskolan kan förebygga och reducera elevers bruk av alkohol, narkotika, dopningspreparat och tobak. Arbetet, som är en förlängning och utvidgning av tidigare uppdrag Skolan förebygger, sker i samarbete med Skolverket, Socialstyrelsen, Rikspolisstyrelsen, Brottsförebyggande rådet och andra aktörer och genomförs i samråd med SKL. Uppdraget benämnt *Skolan förebygger 2*, sträcker sig i nuvarande form till utgången av 2010 med avsikt att verksamma arbetsmetoder därefter ska vara integrerade i ordinarie verksamhet. Ett huvudspår är att utveckla ett gott skolklimat och god lärandemiljö ([www.fhi.se](http://www.fhi.se)). Elever som skolkar bör uppmärksammas inte minst med avseende på alkoholkonsumtionen. I CAN:s studie syns en tydlig samvariation mellan hög alkoholkonsumtion och skolk ett par gånger i månaden eller oftare (CAN, 2009).

Elevhälsan har en särskild möjlighet att i samtal med varje elev arbeta med levnadsvanor i en hälsofrämjande anda. Enligt skollagen ska elever erbjudas minst tre hälsobesök i grundskolan och minst ett besök i gymnasiet hos skolhälsovården. Förutom att hitta oupptäckta funktionssvårigheter, sjukdomar och andra hälso-problem, kan och bör också tobak, alkohol- och droganvändning uppmärksammas. Det är vanligt att i detta sammanhang utgå från elevhälsoenkäter och arbete pågår inom Statens folkhälsoinstitut med syfte att ta fram en gemensam nationell elevhälsoenkät.

Möjligheten att avkräva elever urinprov vid misstanke om droganvändning är föremål för diskussion. Skolinspektionen menar att det inte finns något lagstöd för att genomföra påtvingade urinprovstagningar i den kommunala grund- eller gymnasieskolan men säger att om det finns signaler eller misstanke om att en elev missbrukar narkotika ska föräldrar informeras och skolan ska skyndsamt utreda elevens behov av stöd i samarbete med expertis inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst ([www.skolinspektionen.se](http://www.skolinspektionen.se)). Polisen har dock möjlighet att kräva urinprov i samband med misstänkt narkotikabrott, vilket också används som en möjlighet att fånga upp ungdomar tidigt. I Stockholm har t.ex. MUMIN blivit en reguljär verksamhet som i korthet innebär att ungdomar erbjuds vård vid Maria ungdom för sitt missbruk, i direkt anslutning till polisens ingripande. Liknande verksamheter finns också på andra håll i landet.

Förutom arbete inom skolmiljön finns möjligheter att inom kommunernas fritidsverksamhet uppmärksamma ungdomar med riskabla alkohol- eller drogvänor. De ungdomar som inte återfinns i någon av dessa verksamheter kan vara svårare att nå. Socialtjänstens

uppsökande fältverksamhet har här en viktig uppgift, liksom socialtjänstens försörjningsstöd.

Hälso- och sjukvården har inte någon självklar kontaktyta med barn och ungdomar i skolåldern. Men vid ungdomsmottagningar möter barnmorskorna flickor/unga kvinnor som söker för preventivmedel, graviditetstester och könssjukdomar. Detta är ett utmärkt tillfälle att ta upp alkoholvanorna till diskussion. Sambandet mellan alkoholkonsumtion och sexuella problem, främst i form av oskyddat sex var enligt CAN:s elevundersökning (2009) den vanligaste negativa konsekvensen bland flickor både i högstadiet och i gymnasiet. Bland pojkarna var det i stället brottsrelaterade problem i form av att ha bråkat eller slagits som var vanligast. Pojkar/unga män kan också vända sig till ungdomsmottagningar men gör det i mindre utsträckning. Med ett ökat utbud i form av särskilda mottagningar/ungdomshälsor ökar möjligheten att fånga upp pojkar/unga män i behov av stöd.

## 10.26 Dolda narkotikaproblem

Som framgått tidigare är kunskaperna om det dolda alkoholberoendet fortfarande begränsade. Beträffande narkotika är okunskapen ännu större. Här kompliceras diskussionen i ännu högre grad av språkbruk och definitioner. I juridisk mening är allt narkotikabruk ett missbruk, men i medicinsk mening uppfyller de flesta som använder narkotika inte kriterierna för skadligt bruk eller beroende. Detta innebär att det stora flertalet narkotikabrukare inte har något behandlingsbehov. Däremot innebär narkotikabruk per definition ett riskbruk, om inte annat finns en risk för juridiska konsekvenser, men därtill för en rad medicinska konsekvenser. Det finns därför ett behov av kort intervention.

Hur omfattande är då detta riskbruk av narkotika, och hur många har utvecklat ett beroende av narkotika? Bilden är fortfarande fragmentarisk. I ett försök att förbättra kunskapsläget har Statens folkhälsoinstitut nyligen genomfört ett omfattande projekt, Prevalensprojektet, för att kartlägga förekomsten av narkotikabruk i Sverige. Olika metoder har kombinerats. Basstudien var en stor postal enkätundersökning som gick ut till ett slumpurval av 58 000 personer i den allmänna befolkningen. Den viktade svarsfrekvensen var 52 procent. En bortfallsundersökning fann inte någon överrepresentation av narkotikabrukare i bortfallet – även om man ska

vara medveten om att bortfallsundersökningar begränsas till den del av bortfallet som man lyckas få kontakt med. Forskningen talar för att personerna med de tyngsta narkotikaproblemen endast i liten utsträckning deltar i undersökningar av detta slag.

### **10.27 Regelbundet narkotikabruk inte liktydigt med problematiskt bruk**

Basstudien visade att omkring 23 procent av männen och 12 procent av kvinnorna i befolkningen hade använt narkotika någon gång i sitt liv. Detta betyder att cirka 600 000 män och 300 000 kvinnor i åldrarna 15 till 64 år har använt narkotika någon gång. Av alla dessa är det dock en mycket liten del som fortsätter att använda narkotika regelbundet. 2 procent av männen och 0,9 procent av kvinnorna uppgav att de hade använt någon typ av narkotika de senaste 30 dagarna, vilket är det kriterium som använts för att klassificera bruket som regelbundet. Detta motsvarar ungefär 53 000 män respektive 24 000 kvinnor, eller sammanlagt 77 000 personer. I en annan del av Prevalensprojektet genomfördes en registerstudie där antalet problematiska brukare uppskattas till 29 500 personer. Detta betyder att omkring 40 procent av de personer som använder narkotika regelbundet har ett problematiskt bruk.

Trots att dessa beräkningar är behäftade med stor osäkerhet står det ändå klart att det finns en stor grupp personer vars regelbundna narkotikabruk inte leder till att de hamnar i sjukvården eller kriminalvården. I basstudien framgår att bland de regelbundna brukarna hade endast 22 procent av männen och 14 procent av kvinnorna någon gång haft kontakt med sjukvården på grund av sitt narkotikabruk. Vidare att 24 procent av männen och 9 procent av kvinnorna hade någon gång haft kontakt med polisen med anledning av sitt narkotikabruk.

Många personer med ett regelbundet narkotikabruk bekräftar alltså detta när de får frågan i en postal enkätundersökning. Detta är värt att påpeka då det finns en allmän uppfattning att regelbundna narkotikaanvändare antingen inte går att nå med enkätundersökningar eller att de förnekar bruk när de får frågan. Detta hindrar naturligtvis inte att det här ändå kan röra sig om en underskattning.

Narkotikabruk var vanligare i psykosocialt utsatta grupper. Sambanden går ofta, men inte alltid, i förväntad riktning, med



ökande narkotikabruk vid ökande psykosocial problematik. Således ses mer narkotikabruk bland arbetslösa personer eller personer med ekonomiska problem, bland bostadslösa, bland personer med svaga sociala nätverk och med psykisk ohälsa. Däremot ses inga klara samband mellan utbildningsnivå och narkotikabruk, eller mellan inkomster och narkotikabruk. Narkotikabruk var vanligare i storstadsområden än i övriga landet.

### 10.28 Epidemiologisk paradox

Sammantaget framstår det narkotikabruk som framkommer i denna undersökning som diffust utspritt i befolkningen. Andelarna som använder narkotika är högre bland utsatta personer, men de flesta brukarna tillhör inte utsatta grupper. (Rödner et al. 2007) Det förefaller alltså finnas något av en epidemiologisk paradox även inom narkotikaområdet. Den epidemiologiska paradoxen har stor betydelse för policy så tillvida att man kan inte begränsa behandlings- eller preventionsinsatser till den lilla gruppen med det mest uttalat riskabla beteendet. Även den större gruppen med måttligt förhöjd risk måste beaktas. Som framgår är data för denna diskussion inom narkotikaområdet betydligt mer osäkra än inom andra områden. Dock finns tillräckligt underlag för att kunna dra slutsatsen att det finns en stor grupp personer som använder narkotika regelbundet som inte motsvarar schablonbilden av socialt marginaliserade gatunarkomaner. Många av dem har aldrig haft någon kontakt med vare sig hälso- och sjukvård, socialtjänst eller rättsväsende.

### 10.29 Screening för narkotikabruk

Hur ska då dessa dolda grupper av narkotikabrukare, såväl riskbrukare som narkotikaberoende, nås? Och vilka insatser bör erbjudas de som nås? För riskbrukarna bör i första hand screening och kort rådgivning erbjudas. Screening innebär att systematiskt fråga alla i en definierad population om narkotikavanor. Detta kan förefalla utopiskt mot bakgrunden av svårigheterna att genomföra screening för alkoholproblem i Sverige. Dock finns det positiva exempel. Från Kanada rapporteras ett sådant, där man tog med narkotikafrågor i ett datorstött livsstilstest för primärvården (Skinner et al., 1985). Inga negativa reaktioner från patienter rapporterades.

Detta inspirerade STAD-projektet i Stockholm att pröva något liknande. Skinners livsstilstest översattes till svenska 1996 och har sedan dess använts brett på många vårdcentraler i Sverige. I samarbete med Apoteksbolaget lades det också in på apotekens kunddatorer. Någon utvärdering av dessa initiativ har ej kommit till stånd, även om data har insamlats på flera håll. Dock noterades vid en granskning av apotekets databas 2002 att på ett år hade flera tusen personer beskrivit att de använt narkotika. Ingen av dessa rapporterade kritiska synpunkter trots att programmet gav möjlighet till detta. Inom STAD-projektet prövades också att utbilda personal inom primärvården i narkotikafrågor, med målsättning att få till stånd screening och kort rådgivning. Projektet ledde till att fler frågor ställdes om narkotika. Däremot förmedlades inte så mycket rådgivning. I stället ökade hänvisningarna till de lokala beroendemottagningarna.

Efter dessa försök har frågeformuläret DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test) tillkommit, som i preliminära utvärderingar visat sig fungera bra som screeninginstrument. DUDIT är i princip likartat AUDIT och kan alltså användas i brett i olika vårdssammanhang som vårdcentraler, socialkontor, häkten etc.

Sannolikt är att det är möjligt att ställa frågor om narkotika inom primärvården, åtminstone om detta görs på ett respektfullt sätt. Vägen dit är dock mänskligt att döma lång, med tanke på erfarenheterna från alkoholområdet, där alkohol ändå är en betydligt mer känd substans. Det är möjligt att det går att ställa frågor om narkotika även inom andra organisationer eller myndigheter, men detta är ännu mindre studerat.

### 10.30 Motivationsinsatser för dem som upptäcks

Annorlunda förhåller det sig med de narkotikabrukare som blir kända, exempelvis de som grips av polisen för innehav eller försäljning, eller de som identifieras genom drogtester i trafiken eller i arbetslivet. Som framgår ovan utgör dessa personer en liten andel av alla brukare, detta hindrar inte att frågan om vilka åtgärder som är effektiva bör ställas. Goda erfarenheter finns av att hänvisa dessa personer till ett rådgivande samtal. Särskilt för de personer som för första gången blir gripna eller identifierade med anledning av sitt narkotikabruk finns en stor preventionspotential. De liknar här de högkonsumenter av alkohol som hamnar på en akutmottagning till

följd av en alkoholrelaterad skada, där forskning visar att de är mer benägna i denna situation att ta till sig rådgivning beträffande sitt drickande.

Den första uppgiften för de behandlare som tar emot dessa personer är att bedöma graden av beroende och motivation till förändring. Många av dessa personer har varken beroende eller skadligt bruk med tillämpning av ICD- eller DSM-kriterier. Många saknar i vanliga fall motivation till förändring, men det faktum att deras narkotikabruk medfört konsekvenser av juridiskt eller arbetsrättsligt slag skapar en motivationell öppning. Rimligast här är ett samtal där personen ifråga inbjuds att reflektera över sitt narkotikabruk, dess upplevda fördelar och nackdelar, kombinerat med saklig information om effekter och risker med narkotikabruk. Ska ett sådant samtal vara meningsfullt måste en förtroendefull kontakt etableras mellan samtalsparterna.

### 10.31 Att göra narkotikabehandling attraktiv

Liksom fallet är med många personer med alkoholberoende vill många personer som utvecklat narkotikaberoende bli fria från detta. Men i likhet med de alkoholberoende drar sig många, troligen fler än inom alkoholområdet, för att söka kontakt med de behandlingsalternativ som finns. Hur många socialt integrerade personer som har ett narkotikaberoende är inte känt. Sannolikt varierar detta med drog. Fler klarar att leva med ett cannabisberoende än med ett heroinberoende. Övriga droger faller någonstans däremellan. De problematiska narkotikabrukare som identifieras i olika vårdregister är till övervägande del amfetamin- eller heroinberoende. Men även bland dessa undviker många i det längsta kontakt med vården. Utmaningen är här densamma som för de alkoholberoende: det gäller att göra vården och behandlingen attraktiv för sin målgrupp. Även här finns ett behov av att pröva okonventionella grepp: internet, självhjälp, telefonhjälpelinjer. Kanske mer av problemlösning och coaching, mindre av "behandling".

## Referenser

- Anderson P & Baumberg B. Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies, UK. June 2006.
- Andréasson S, Grafman K. Alkoholprevention i primärvården. Patienterna positiva till att frågor om alkohol och livsstil tas upp. *Läkartidningen* 2002; 43 (99): 4252–4255.
- Andréasson S., Hansagi H. & Österlund B. Short-term treatment for alcohol problems: four vs. one session. A randomised, controlled trial. *Alcohol*, 2002; 28: 57–62.
- Andréasson S. (red). Den svenska supen i det nya Europa. Statens folkhälsoinstitut, 2002.
- Babor TF, de la Fuente JR, Saunders JB, Grant M. AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization, 1992.
- Babor, T.F., and Higgins-Biddle, J.C. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abus.* 2007; 28 (3):7–30.
- Babor T (Ed). Alcohol – no ordinary commodity, 2nd edition. Oxford University Press, 2010.
- Beich A, Gannik D, Saelan H, Thorsen T. Screening and brief intervention targeting risky drinkers in Danish general practice – a pragmatic controlled trial. *Alcohol and Alcoholism*, 2007; 42:593–603.
- Berglund M., Thelander S., Jonsson E. (Eds). Treatment of alcohol and drug problems – an evidence based review. Wiley, Weinheim, 2003.
- Berglund, K., Fahlke, C., Berggren, U., Eriksson, M. and Balldin, J. Individuals with excessive alcohol intake recruited by advertisement: demographic and clinical characteristics. *Alcohol Alcohol.* 2006; 41, 200–204.
- Bergman H, Källmén H. Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet; Sänkt gränsvärde fördubblade andelen kvinnor med riskabla alkoholvanor. *Läkartidningen* 2000; 97(17): 2078-84.

- Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Flemming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and metaanalysis. *Arch Intern Med.* 2005;165:986-95.
- Blomqvist J, Cunningham J, Wallander L, Collin L. Att förbättra sina alkoholvanor – om olika mönster för förändring och om vad vården betyder. En rapport från projektet ”Lösningar på alkoholproblem” FoU-rapport 2007:6 SoRAD-rapport nr 42.
- British Medical Association, Alcohol: Guidelines on sensible drinking. London 1995.
- CAN. Skolelevers drogvanor 2009. Rapport 118. [www.can.se](http://www.can.se)
- Cherpitel, C.J. Drinking patterns and problems: A comparison of primary care with the emergency room. *Substance Abuse.* 1999; 20:85–95.
- Chisholm D, Rehm J, van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost - effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol,* 2004; 65: 782–793.
- COMBINE Study Research Group. *JAMA* 2006 May 3;295(17):2003-17.
- D’Onofrio, G., and Degutis, L.C. Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Academic Emergency Medicine.* 2002; 9:627–638.
- EU Drugs Action Plan for 2009–2012, Official Journal of the European Union, 2008/C, 326/09-25.
- EU – First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy. 2009  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_progress.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_progress.pdf)
- Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *Jama,* 1984; 252 (14): 1905–7.
- Eberhard S, Nordström G, Höglund P, Öjehagen A. Secondary prevention of hazardous alcohol consumption in psychiatric out-patients: a randomised controlled study. *Soc Psychiat Epidemiol* 2009; Dec; 44(12):1013-21.
- Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers:

- long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* 2002 Jan;26(1):36–43.
- Gmel G, Klingemann S, Müller R, Brenner D. Revising the preventive paradox: the Swiss case. *Addiction.* 2001 Feb;96(2):273-84
- Grant B.F. Barriers to Alcoholism Treatment: Reasons for Not Seeking Treatment in a General Population Sample. *J. Stud. Alcohol* 1997; 58: 365–371.
- Grant et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 2004; 61, 807- 816 -368.
- Grella CE, Karno MP, Warda US, Moore AA, Niv N. Perceptions of need and help received for substance dependence in a national probability survey. *Psychiatr Serv.* 2009; Aug; 60(8):1068-74.
- Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. AUDIT-3 and AUDIT-4: Effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol & Alcoholism.* 2002; Vol 37, pp 591–596.
- Harris KB, Miller WR. Behavioral self-control training for problem drinkers: Components of efficacy. *Psychol Addict Behav* 1990;4:82–90.
- Hermansson U. Riskbruk av alkohol i arbetslivet. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning 2005.(www.can.se)
- Hulse GK & Tait RJ. Five-year outcomes of a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Addiction*; 2005; 98 (8): 1061–1068.
- Kaner EF., Dickinson HO, Beyer FR., Campbell F., Schlesinger C., Heather N et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(2): CD004148.doi:10.1002/14651858.CD004148.pub3.
- Kreitman N. Alcohol consumption and the preventive paradox. *Br J Addict.* 1986 Jun;81(3):353-63.
- Leifman H & Ramstedt M Svenska folkets alkoholvanor under senare år med fokus på 2004–2009 Preliminär version 2009-11-13.  
[http://www.stad.org/upload/Rapporterprocent20mm/STAD\\_SoRAD\\_rapport.pdf](http://www.stad.org/upload/Rapporterprocent20mm/STAD_SoRAD_rapport.pdf)

- Lindholm L. Alcohol advice in primary health care--is it a wise use of resources? *Health Policy*. 1998 Jul;45(1):47–56.
- McCarty D., Mc Connell K.J., Schmidt L.A. Policies for the treatment of alcohol and drug use disorders: a research agenda for 2010–2015. Robert Wood Johnson Foundation, 2009. [http://www.saprp.org/research\\_agenda.cfm](http://www.saprp.org/research_agenda.cfm)
- Meyer A & Finney JW. Brief Interventions for Alcohol Problems. Factors That Facilitate Implementation. Vol. 28, No. 1, 2004/2005, 44–50.
- Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS. Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *J Subst Abuse*. 1998;10(3):291–308.
- Miller WR, Taylor CA. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addict Behav* 1980;5:13–24.
- Miller WR, Gribskov CJ, Mortell RL. Effectiveness of a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact. *Int J Addict* 1981;16:1247-54.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 251–268.
- Miller W, Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing, Preparing people for Change*. Guilford Press. New York (svensk översättning: *Motiverande samtal – Att hjälpa människor till förändring*).
- Monti, Peter M.; Colby, Suzanne M.; Barnett, Nancy P.; Spirito, Anthony; Rohsenow, Damaris J.; Myers, Mark; Woolard, Robert; Lewander, William. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999; Vol 67(6), 989–994.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol Alert* 1992; No.16 PH 315.
- Nilsen P, Kaner E, Babor TF. Brief Intervention, Three Decades On – An Overview of Research Findings and Strategies for

- More Widespread Implementation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; Vol 25: 453–468.
- The NHS Confederation, Too much of the hard stuff: what alcohol costs the NHS. Briefing, January 2010, issue 193. <http://www.nhsconfed.org>
- Nordström A & Bodlund O. Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nord J Psychiatry*. 2008; 62, 250–255.
- Poikolainen K, Paljärvi T, Mäkelä P. Alcohol and the preventive paradox: serious harms and drinking patterns. *Addiction*. 2007 Apr;102(4):571-8. Epub 2007 Feb 6.
- Regeringens åtgärdsprogram för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2010. Regeringskansliet. [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental health with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *J Am Med Assoc*. 1990; 264: 2511–2518.
- Riper H, Kramer J, Smit F, Conijn B, Schippers G, Cuijpers P. Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. *Addiction*. 2008 Feb;103(2):218-27.
- Sanchez-Craig M, Leigh G, Spivak K, Lei H. Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking. *Br J Addict* 1989;84: 395–404.
- Sanchez-Craig M, Spivak K, Davila R. Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: replication and report of therapist effects. *Br J Addict* 1991;86: 867-76.
- Saunders J, Aasland O, Babor T, De La Fuente J, Grant M. Development of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*. 1993; 88: 791–804.
- Saunders JB, Lee NK. Hazardous alcohol use: its delineation as a subthreshold disorder, and approaches to its diagnosis and management. *Compr Psychiatry*. 2000; 41(2 suppl): 95–103.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2001) Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Nr 156/1+2.



- Sigurdsson JA, Getz L, Hetlevik I. Checklistor och screening – ett hot mot konsultationen. *Läkartidningen*. 2004;101:1412-15.
- Skinner HA, Allen BA, McIntosh MC, Palmer WH. Lifestyle assessment: applying microcomputers in family practice. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985 Jan 19;290(6463):212-4.
- Sobell L., Sobell M. Problem drinkers – Guided Self Change Treatment. The Guilford Press, 1993.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. 2007. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (svensk version, uppdateras årligen).
- Socialstyrelsen. Kostnader för alkohol och narkotika. Beräkning av samhällets direkta kostnader 2003. Stockholm 2010.
- Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med* 2008 Feb;34(2):143–152.
- Andréasson S. (red). Den svenska supen i det nya Europa. Statens folkhälsoinstitut, 2002.
- Statens folkhälsoinstitut. Alkohol och hälsa – en kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. 2005. [www.fhi.se](http://www.fhi.se). Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- Statens folkhälsoinstitut. Effekter av lokalt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner. Östersund. R 2008:22.
- Statens folkhälsoinstitut. Nationella folkhälsoenkäten, 2009. <http://www.fhi.se/sv/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Levnadsvanor/Alkoholvanor/>
- Statens folkhälsoinstitut. Alkoholfrågor i vardaglig hälso- och sjukvård. Riskbruksprojektet – bakgrund, strategi och resultat. Östersund. R 2010:05.
- Rehm J, Gnam W.H., Popva S., Patra J., Sarnocinska-Hart A. Avoidable Cost of Alcohol Abuse in Canada in 2002. Centre for Addiction and Mental Health, Canada, 2008.
- Rödner, S., Hansson, M. & Olsson, B. Socialt integrerade narkotikaanvändare, myt eller verklighet? En studie av unga vuxnas narkotikaanvändande i Stockholmsområdet/. (SoRAD Rapportserie nr 47). 2007. Stockholm: Stockholms universitet, SoRAD.

- Tariq L, van den Berg M, Hoogenveen RT, van Baal PH. Cost-effectiveness of an opportunistic screening programme and brief intervention for excessive alcohol use in primary care. *PLoS One*. 2009 May 27;4(5):e5696.
- The NHS Confederation, Too much of the hard stuff: what alcohol costs the NHS. Briefing, January 2010, issue 193. <http://www.nhsconfed.org>
- Utvärdering av projektet Nationell samverkan mot alkohol och droger i trafiken enligt Skelleftemodellen. 2009; VTI rapport 637.
- Vägverket 2008. Alkoholrelaterad olycksstatistik. En beskrivning av vedertagen data. PM från Vägverket, daterad 2008-02-04.
- Västerbottens läns landsting 2005. Alkoholvanor bland patienter inom primärvården – relaterat till ångest och depression. [www.vll.se](http://www.vll.se)
- Västerbottens läns landsting 2006. Alkoholvanor bland patienter inom psykiatriska öppenvården. [www.vll.se](http://www.vll.se)
- Västerbottens läns landsting 2007. Alkoholvanor, droger och upplevd hälsa bland ungdomar inom länets ungdomsmottagningar/ungdomshälsa. [www.vll.se](http://www.vll.se)
- Västerbottens läns landsting 2008. Alkoholvanor, tobaksbruk och psykisk ohälsa inom somatisk öppenvård [www.vll.se](http://www.vll.se)
- World Health Organization (WHO). WHO expert committee on problems related to alcohol consumption. WHO Technical Report Series, 944. Second report. Geneva 2007.
- Wåhlin S. Implementering av frågeformulär om levnadsvanor. *Allmän Medicin*. 2009; 4, 27–30.
- Wåhlin S. Att samtala om alkohol. *Läkartidningen*. 2009;37, vol 106, 2289–2292.
- Zarkin GA, Bray JW, Davis KL, Babor TF, Higgins-Biddle JC. The costs of screening and brief intervention for risky alcohol use. *J Stud Alcohol*. 2003 Nov; 64 (6):849-57.

# 11 Läkemedelsbehandling av beroendetillstånd

*Mats Berglund, professor emeritus, Lunds universitet*  
*Johan Franck, professor, Karolinska institutet*

## Sammanfattning

Läkemedelsbehandling av beroendetillstånd är väletablerat. Evidensläget har dokumenterats i en SBU-rapport 2001 med uppföljningar av Läkemedelsverket 2007 och av Socialstyrelsen 2009. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård presenterades 2007. Läkemedel godkända mot alkoholberoende är disulfiram, akamprosat och naltrexon och mot heroinberoende metadon och buprenorfin.

I artikeln har särskilda frågor rörande läkemedelsbehandling av olika beroendetillstånd belysts med systematiska genomgångar av litteraturen, bland annat rörande utvecklingen av nya läkemedel för behandling olika beroendetillstånd, organisering av behandling med agonister samt konsekvenser vid utskrivning från agonistprogram. Frågeställningar av särskild relevans för den framtida svenska missbruks- och beroendevården diskuteras mot bakgrund av nationell och internationell forskning.

## 11.1 Agenda

1. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. SBU-rapport, 2001.
2. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen, 2007.
3. Föreskrifter och allmänna råd: Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Socialstyrelsen, 2009.
4. Läkemedelsbehandling av alkoholberoende – rekommendationer. Läkemedelsverket, 2007.
5. Uppdatering av agonistbehandling, systematiska översikter.
6. Uppdatering av agonistbehandling, studier av fängelsepopulationer.
7. Organisation av agonistbehandling.
8. Uppdatering av behandling för amfetaminnarkomani.
9. Redovisning av nya svenska studier (ej inkluderade i SBU-genomgången).
10. Redovisning av svenska och norska studier som studerar effekter av utskrivning från agonistprogram.
11. Integrerad modell för olika läkemedelsbehandlingar inom alkohol- och narkotikaområdet.
12. Konklusioner.

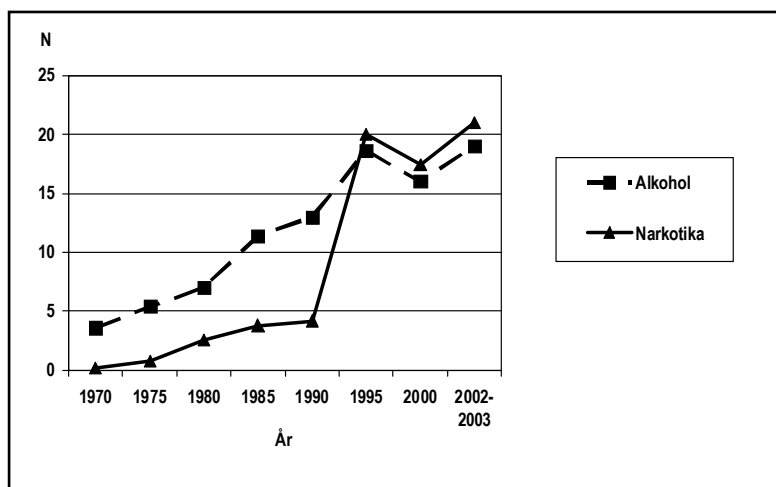
Johan Franck har skrivit avsnittet om ”Uppdatering av behandling för amfetaminnarkomani” och Mats Berglund övriga avsnitt.

## 11.2 Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. SBU-rapport, 2001

För att avgöra om ett läkemedel har effekt eller ej vid olika typer av beroendetillstånd (liksom vid andra sjukdomstillstånd) krävs i allmänhet studier, där patienterna slumpvis fördelas till en grupp som erhåller den behandling som skall utvärderas eller till en kontrollgrupp. Kontrollgruppen kan erhålla placebo (inte aktiv substans), om detta är möjligt, eller en annan behandlingsmetod (som t.ex. behandling som vanligt). Både patienterna, behandlarna och utvärderarna skall vara "blindade", dvs. ej känna till vem som får vilken behandling. Denna typ av studie benämns randomized controlled trial, RCT. Metoden har dominerat forskningen om effektiva behandlingsmetoder under de senaste decennierna.

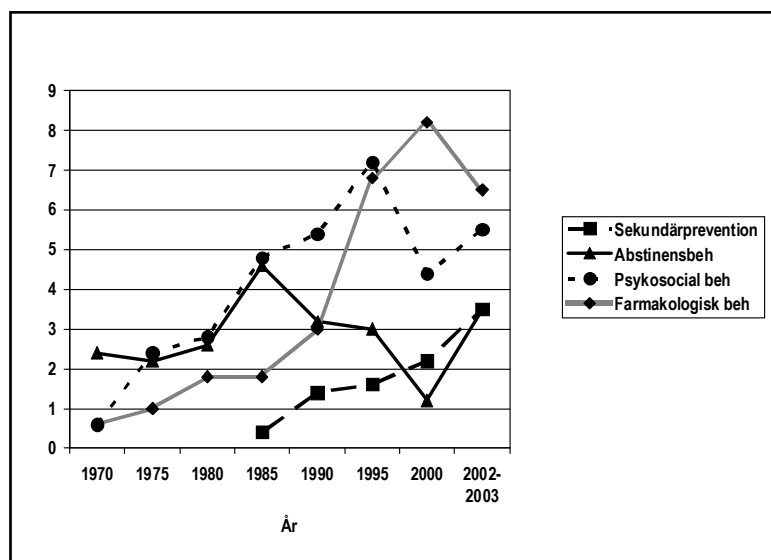
I figur 1 redovisas antalet RCT-studier inom alkohol- och narkotikaområdena under åren fram till SBU-rapporten publicerades. Fram till 1990 dominerade RCT-studier inom alkoholområdet, men i mitten av 1990-talet ökade antalet RCT-studier inom narkotikaområdet. Orsaken var framför allt att USA kraftigt ökade anslagen till narkotikaforskning. Under vårt arbete med SBU-rapporten publicerades ungefär hälften av alla RCT-studier inom narkotikaområdet som ingick i SBU-rapporten. Kunskaper om behandling av narkotikaberoende är ett av de snabbast växande områdena inom behandlingsforskningen.

Figur 1 Antal RCT-studier



I figur 2 redovisas frekvensen av RCT-studier inom olika typer av behandling inom alkoholområdet. Studier av abstinensbehandling var vanliga fram till 1985. Mellan 1975–1995 var psykosociala behandlingsstudier vanligast. Från och med 1995 dominerades forskningsområdet av farmakologiska behandlingsstudier.

Figur 2 Frekvensen av RCT-studier



I arbetet med SBU-rapporten analyserades alla RCT-studier enligt ett systematiskt schema, där effekter och kvalitet bedömdes. Resultaten beskrevs separat för de olika metoderna både för läkemedelsbehandling och för psykosocial behandling. Dessutom analyserades korta interventioner vid riskkonsumtion, graviditet, långtidsförlopp och hälsoekonomiska faktorer.

I SBU:s sammanfattning presenteras slutsatserna om de olika behandlingarnas effektivitet. I den här rapporten redovisas kort en beskrivning av beroendesjukdomarnas förlopp och karakteristika och därefter effekter av läkemedelsbehandling.

### 11.2.1 Förlopp och diagnos

”Beroende av alkohol och narkotika är ofta ett kroniskt tillstånd, även om det är vanligt med långa perioder av nykterhet. Den beroende kan ofta också ha flera, såväl kroppsliga som psykiska, sjukdomar. Behandlingen måste därför inriktas på både beroendetillståndet och samtidiga sjukdomar och kan behöva upprepas för att förhindra återfall och för att minska skadorna. Denna målsättning liknar den som gäller för behandling av kroniska kroppsjukdomar, som exempelvis för diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.”

”Med beroende menas att alkohol eller narkotika har fått en mycket större betydelse i individens liv <sup>n</sup> tidigare och lett till en betydande funktionsnedsättning eller lidande. De internationellt vedertagna kriterierna på beroende är bl.a. att individen förlorat kontrollen över intaget, att abstinensbesvär uppstår och att allt högre doser behövs för att uppnå ett rus. De flesta studier som granskats i denna rapport har tillämpat den amerikanska klassificeringen för diagnos av beroende, det så kallade DSM-systemet (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) som, enligt den senaste versionen DSM-IV, innehåller följande 7 kriterier av vilka 3 ska vara uppfyllda under ett års tid för att ett *beroende* kan anses föreligga:

1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt.
2. Abstinensbesvär när bruket upphör.
3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget.
5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.”

### 11.2.2 Läkemedelsbehandling av alkoholberoende

”Det finns ett stort antal läkemedel som alltsedan 1950-talet har använts i behandling av alkoholberoende. De tidigare läkemedlen var mindre specifikt inriktade på alkoholberoende jämfört med de som utvecklats under de senaste decennierna. Totalt identifierades 104 publicerade och 16 ej publicerade randomiserade, kontrollerade studier som utvärderat olika läkemedels effekter på alkoholberoende. Praktiskt taget alla läkemedel som under olika tidsperioder använts mot alkoholberoende återfinns i dessa utvärderingar.

De preparat som är godkända av Läkemedelsverket för behandling mot alkoholberoende (acamprosats – Campral och naltrexon – Revia) har väldokumenterade effekter. Acamprosats ökar andelen helnyktra, medan naltrexon minskar alkoholmissbruk när läkemedlet kombineras med effektiva psykosociala insatser som kognitiv beteendeterapi. Även Antabus (disulfiram), som utlöser illamående och obehag vid alkoholkonsumtion, har dokumenterad effekt i form av minskat alkoholintag, men endast när intaget av detta läkemedel sker under övervakning.” – ”För andra läkemedel finns inga effekter på alkoholberoende fastlagda i vetenskapliga studier.”

### 11.2.3 Läkemedelsbehandling av heroinberoende

”Ett stort antal (70) randomiserade, kontrollerade studier har utvärderat olika typer av läkemedel mot heroinberoende. I de fyra studier, som utvärderat effekterna av behandling med metadon i förhållande till en obehandlad kontrollgrupp, finner man klart positiva effekter; minskat heroinmissbruk och god följsamhet med behandlingen. Doseringen av metadon är viktig. Studierna visar att doser över 50–60 mg brukar behövas för att uppnå goda behandlingsresultat.

Ett alternativ till metadon är buprenorfin, som dock jämförts med placebo i endast en studie. Den visar en positiv effekt av buprenorfin vid heroinberoende. I de jämförelser som gjorts uppvisas likvärda effekter av behandling med metadon och buprenorfin. – Effekterna har mätts i minskat missbruk och kvarstannande i behandlingsprogram. Buprenorfin har allmänt tillskrivits vissa fördelar, som lägre missbruk och minskad risk för överdosering, vilka dock inte är tillräckligt dokumenterade i de studier som granskats.



Ytterligare ett behandlingsalternativ är naltrexon som blockerar effekten av heroin, dvs missbrukaren får ingen ruseffekt av heroin. I motsats till vad som ofta hävdats visar den aktuella sammanställningen en positiv effekt av naltrexon på heroinmissbruk. Naltrexon är dock inte godkänt i Sverige för användning mot heroinberoende.”

#### **11.2.4 Läkemedelsbehandling av kokainberoende**

”Totalt 40 studier har värderat effekten av läkemedel mot kokainberoende. Ingen effekt har dokumenterats i dessa studier”.

#### **11.2.5 Läkemedelsbehandling av amfetamin- och cannabisberoende**

”Det finns inte heller någon studie som kan demonstrera att något läkemedel är effektivt mot beroende av amfetamin eller cannabis.”

### **11.3 Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen, 2007**

Socialstyrelsen förklarar syftet med de nationella riktlinjerna vara ”att utveckla och förbättra missbruks- och beroendevården. Med nationella riktlinjer som är förankrade hos huvudmännen och andra aktörer ökar möjligheten till en förutsägbar tillsyn. Det innebär att tillsynen över verksamheterna kan bedrivas med stöd av kunskap om vilka metoder och tekniker som är mest effektiva.

För att riktlinjerna ska accepteras krävs att de rekommenderade metoderna grundas på evidensbaserad kunskap. Om en behandlingseffekt inte anses vara helt bevisad, men det ändå finns klara indicier för dess effekt, kan man i stället nöja sig med att ge svagare rekommendationer. Under alla omständigheter ska riktlinjerna grunda sig på ett gediget kunskapsunderlag som tas fram av särskilt utsedda experter.

Ett huvuddokument i detta sammanhang är kunskapsöversikten från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Vidare har Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) publicerat en kunskapsöversikt om behandling av alkoholproblem. Till viss del

har därför arbetet inneburit en komplettering av detta kunskapsunderlag som ska täcka både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser inom området.”

Rapporten från CUS (ordförande Mats Berglund) gjorde ingen systematisk genomgång av behandling med läkemedel och kommer inte att beröras ytterligare i den här rapporten.

I de nationella riktlinjerna lämnas 53 rekommendationer. Här kommer vi bara att redovisa de rekommendationer som gäller läkemedelsbehandling.

### 11.3.1 Läkemedelsbehandling av alkoholmissbruk och -beroende

”Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Behandling med akamprosat (Campral®) och naltrexon (Revia®) har effekt, särskilt om dessa kombineras med medicinsk rådgivning, stöd och noggranna medicinska uppföljningar (evidensgrad 1).
- Behandling av personer med alkoholmissbruk eller -beroende kan med fördel bedrivas som en kombination av läkemedelsbehandling och samtidig psykosocial stödinsats eller psykosocial behandling (evidensgrad 1).
- Disulfiram (Antabus®) har visat sig ha effekt när intaget sker under överinseende av en annan person, företrädesvis en behandlare (evidensgrad 1). Behandling med disulfiram förutsätter kontroll av leverfunktionen.
- Behandling av alkoholmissbruk och -beroende med antipsykotiska mediciner (neuroleptika), antidepressiva och annan medicin mot ångest har ingen effekt, men kan ha effekt på det psykiatriska tillståndet.
- Behandling av alkoholmissbruk och -beroende med örönakupunktur har enligt expertunderlaget ingen evidens.
- Behandling med implantat av disulfiram (Antabus®) har enligt expertunderlaget ingen bevisad effekt.
- Behandling med neuroleptika mot återfall saknar evidens.”

Rekommendationerna är i överensstämmelse med SBU:s slutsatser.

### 11.3.2 Behandling av missbruk och beroende av centralstimulantia

”Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Läkemedelsbehandling med disulfiram (Antabus®) (evidens grad 2–3) har gynnsam effekt vid kokainberoende.”

Behandlingsstudierna med disulfiram publicerades efter SBU-rapportens publicering. Inget stöd fanns för andra läkemedel vid narkotikaberoende.

### 11.4 Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende – Föreskrifter och allmänna råd. Socialstyrelsen, 2009

I det nationella riktlinjearbetet har Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbruk och -beroende uteslutits. Socialstyrelsen publicerade under våren 2004 en kunskapsöversikt och därefter föreskrifter som började gälla 2005 och som reviderats senast 2009. I kunskapsöversikten diskuteras tre olika typer av läkemedel.

”Dokumentationen är mest omfattande för metadon. Detta medel ger goda effekter för kvarstannande i behandling, minskat missbruk och förbättrad social funktion. Medlet har även en dokumenterad effekt när det gäller att minska dödligheten.

För buprenorfin (Subutex®) finns en mindre omfattande men samstämmig dokumentation med avseende på samma effektmått. Medlet erbjuder en attraktiv farmakologisk profil, eftersom dess partiella agonist-egenskaper begränsar risken för överdos och för att utveckla ett beroende.

Dokumentationen för naltrexon är splittrad, och även om positiva effekter beskrivits på kort sikt verkar få individer genomföra behandlingen. Medlet kan sannolikt få betydelse för patienter i en tidig fas av beroendet, eller för socialt stabila patienter där det finns hög grad av socialt tryck för att kvarstanna i behandlingen.

Behandlingsstrukturen för läkemedelsassisterad behandling är viktig. För både Metadon- och Subutexbehandling finns omfattande och mycket positiva erfarenheter av integrerade kombinationer av läkemedel och psykosocial behandling.”

Rekommendationerna är väl i överensstämmelse med slutsatserna i SBU-rapporten.

## 11.5 Läkemedelsbehandling av alkoholberoende – Behandlingsrekommendationer. Läkemedelsverket, 2007

En systematisk översikt av randomiserade kontrollerade studier av läkemedel, som var godkända på indikationen alkoholberoende (disulfiram, akamprosat och naltrexon), genomfördes. Endast studier som var publicerade efter SBU-utredningens genomgång av litteraturen inkluderades. Två studier inkluderas med disulfiram, sju studier med akamprosat och 16 studier med naltrexon. I korthet:

- Disulfiram, akamprosat och naltrexon har alla en plats i terapin (Rekommendationsgrad A).
- Alla preparaten kan användas vid behandling av alkoholberoende generellt inom hälso- och sjukvården i kombination med ett omhändertagande som innefattar medicinska råd och stöd (Rekommendationsgrad A).
- Såväl akamprosat som naltrexon har god säkerhetsprofil, saknar beroendepotential och har begränsade biverkningar (Rekommendationsgrad A).”

### 11.5.1 Motivering

”Säkra epidemiologiska data från Sverige avseende alkoholberoende saknas, men cirka 5 procent (punktprevalens) av Sveriges vuxna befolkning beräknas ha beroende enligt diagnostiska kriterier för alkoholberoende.”

”Det grundläggande förhållningssättet inom hälso- och sjukvården är den patientcentrerade konsultationen. Om alkoholrelaterade hälsoproblem framkommer vid konsultationen kan motiverande samtal leda till minskad alkoholkonsumtion och minskade symtom. Vid konstaterat alkoholberoende kan farmakologisk behandling vara motiverad. Tillgång till specialistkompetens inom psykiatri och beroendevården är en styrka, men behandlingen kan även genomföras som en del av en varaktig patient-/läkarrelation inom primärvården.”

”När naltrexon och akamprosat introducerades betonades vikten av samtidig psykosocial behandling. Flera aktuella studier har dock visat att korta interventioner eller kognitiv beteendeterapi som tillägg till akamprosat inte förbättrar prognosen jämfört med

akamprosatbehandling kombinerat med läkarkonsultation. Det är också visat att man får liknande effekt om naltrexonbehandling kompletteras med medicinska råd och stöd som när behandlingen kombineras med ett kognitivt baserat behandlingsprogram.

Sammanfattningsvis talar dokumentationen för att det vid okomplicerat alkoholberoende räcker om behandlingen med akamprosat eller naltrexon kompletteras med läkarkonsultationer, som innefattar råd och stöd för att kliniskt relevant behandlingseffekt ska uppnås”.

”Disulfiram, akamprosat och naltrexon har alla en plats i terapin av alkoholberoende. Uppföljning av behandlingsresultatet skall göras regelbundet. Vid utebliven effekt två till tre månader efter behandlingsstart bör läkemedelsbehandlingen omprövas och byte till annat preparat övervägas. Behandlingen vid god effekt bör pågå minst sex till tolv månader. Det saknas kontrollerade studier med längre behandlingstid. Beroendet kan vara ett livslångt tillstånd varför det kan bli aktuellt med nya behandlingsperioder.”

### 11.5.2 Beskrivning av läkemedel för alkoholberoende

#### Disulfiram

##### *Effekt:*

Disulfiram, som började användas allmänt på 1950-talet, verkar genom blockering av enzymet acetaldehyd-dehydrogenas, vilket orsakar ansamling av acetaldehyd i samband med alkoholintag. Acetaldehyd ger upphov till disulfiram/alkoholreaktion: kraftig ansiktsrodnad, känsla av andnöd, hjärtklappning, pulserande huvudvärk, illamående och uppkastningar. Reaktionen kan uppträda redan inom 5–10 minuter hos patient i underhållsbehandling med disulfiram. De kliniska symtomen i samband med alkoholintag kan uppträda upp till 14 dagar efter seponering av disulfiram.

##### *Säkerhet:*

Vanligaste biverkningarna är ospecifika symtom som dåsighet, huvudvärk och gastrointestinala symtom, vilka ofta kan relateras till grundsjukdomen. Andra vanliga biverkningar är mani och depressivitet.

Försiktighet bör iaktas vid nedsatt leverfunktion. Disulfiram kan i sällsynta fall ge upphov till hepatocellulär leverskada, vanligen med symtom som vid akut hepatit. Disulfiram ska då omedelbart sättas ut.

Kontraindikationer är hjärtsjukdomar, manifesta psykoser, organisk hjärnskada och aktuell leversjukdom.

## **Naltrexon**

### *Effekt:*

Naltrexon är en specifik opioidantagonist. Verkningsmekanismen vid alkoholmissbruk är inte fullständigt klarlagd, men det antas att det endogena opioidsystemet spelar en roll. Risken för att en liten dos alkohol ska utlösa en alkoholperiod minskar under naltrexonbehandling. Detta kan ha samband med hämning av alkoholinducerad eufori. Naltrexon verkar även ha effekt på alkoholbegäret (craving).

### *Säkerhet:*

Naltrexon skall ej ges till patienter med akut hepatit, gravt nedsatt leverfunktion eller nedsatt njurfunktion. Naltrexon ska inte ges till opioidberoende patienter under pågående opioidmissbruk, med anledning av risk för akut abstinenssyndrom. Naltrexon ska inte användas tillsammans med opioidinnehållande läkemedel.

Exempel på vanliga biverkningar; huvudvärk, trötthet, aptitlöshet, törst, frossa och bröstsmärtor, nervositet, ångest, nedstämdhet, sömnsvårigheter, hudutslag, led- och muskelvärk, försenad ejakulation och minskad potens.

## **Akamprosat**

### *Effekt:*

Prekliniska studier har visat att akamprosot utövar en specifik effekt vid alkoholberoende. Akamprosot motverkar hyperexcitation av NMDA-receptorkomplexet. Akamprosot återställer balansen mellan

den hämmande transmittorn GABA och den exciterande transmittorn glutamat.

*Säkerhet:*

Akamprosats ska inte ges till patienter med nedsatt njurfunktion.

En mycket vanlig biverkan som drabbar mer än en av tio patienter är diarré. Andra vanliga biverkningar är buksmärtor, illamående och kräkningar, minskad libido, impotens och frigiditet samt klåda.

Behandlingen med akamprosats bör inledas så snart som möjligt efter upphörd alkoholkonsumtion. Den bör fortsätta även om patienten får återfall.”

### 11.5.3 Användande av läkemedel för alkoholberoende

Förskrivningen av läkemedel mot alkoholberoende är liten i jämförelse med förskrivning av antidepressiv mediciner, trots att tillstånden är ungefär lika vanliga (Johnson och medarbetare, 2005; Mark och medarbetare, 2008). Detta är en internationell företeelse och förskrivningsmönstret är likartat i Sverige och övriga europeiska länder jämfört med USA. I figur 3 presenteras publicerade data från Sverige 2000–2003. Några större förändringar i förskrivningsmönstret har inte skett under senare år.

I figuren presenteras antalet dygnsdoser per 1 000 invånare för selektiva serotoninupptagshämmare (SSRI), andra generationens antipsykotika, samt alla mediciner för alkoholberoende sammanslagna. Antabus förskrivs ungefär lika ofta som acamprosats och naltrexon tillsammans. Antalet dygnsdoser för läkemedel mot alkoholberoende var 300, för antipsykotiska läkemedel 530 och för SSRI-preparat 20 000. Under perioden låg förskrivningen för läkemedel mot alkoholberoende konstant, medan antipsykotiska läkemedel ökade 20 procent och SSRI-preparat 30 procent.

## 11.6 Uppdatering av agonistbehandling, systematiska översikter

En uppdatering av litteraturen av underhållsbehandling med metadon och buprenorfin genomfördes i två databaser; Cochrane Controlled Trials Register och PubMed. Vi fann två Cochrane översikter daterade 2008 (buprenorfin jämfört med metadon och placebo) och 2009 (metadon jämfört med inte opioidbehandlade kontroller).

Mattick och medarbetare (2009) jämförde förloppet för patienter med metadonbehandling med förloppet hos icke opioidbehandlade kontroller. Elva studier uppfyllde inklusionskriterierna. Alla var randomiserade kliniska studier, två var dubbel-blinda. Totalt ingick 1 969 deltagare. Metadon var statistiskt sett mer effektivt än inte farmakologiska behandlingar att bevara patienter i behandling och i att minska heroinanvändande. Förloppet var baserat på självrapporter och analyser av urin och hår (sex RCT, RR = 0,66; 95 procent CI: 0,56–0,78). Kriminalitet och dödlighet var inte signifikant minskade i metadongruppen.

Forskarna konkluderar att metadon är en effektiv behandling av heroinnarkomani med hög retention i behandling och reducering av heroinanvändandet jämfört med kontroller.

Mattick och medarbetare (2008) studerade behandlingen med buprenorfin jämfört med metadon och placebo. 24 studier uppfyllde inklusionskriterierna. Totalt ingick 4 497 patienter. Alla var randomiserade kliniska studier och 18 dubbel-blinda. Buprenorfin var signifikant bättre än placebo vad gällde retention i låga doser (RR = 1,50; 95 procent CI: 1,19–1,88), i medelhöga doser (RR = 1,74; 95 procent CI: 1,06–2,87) och i höga doser (RR = 1,74; 95 procent CI: 1,02–2,96). Buprenorfin i medelhöga och höga doser (men ej låga doser) minskade heroinanvändandet.

Buprenorfin som ges i flexibel dosering var mindre effektiv än metadon vad gäller retention i behandling (RR = 1,74; 95 procent CI: 1,02–2,96).

Författarna konkluderar att behandling med buprenorfin är effektivt vid heroinnarkomani. Den är mindre effektiv än metadon i adekvata doser.

Uppdatering av litteraturen visar att både metadon och buprenorfin är effektiva och dessa konklusioner är desamma som i SBU-rapporten 2001. Nyare studier visar att metadon i adekvata doser är något effektivare än buprenorfin.



## 11.7 Uppdatering av agonistbehandling, studier av fängelsepopulationer

Under de senaste åren har behandling med agonister vid heroin-narkomani använts för olika fängelsepopulationer. En separat uppföljning av randomiserade kontrollerade studier av agonistbehandling i fängelsemiljö genomfördes därför. En sökning i PubMed gav åtta artiklar från fyra olika studier.

### 11.7.1 Baltimore 1

Kinlock och medarbetare (2002) rapporterade om resultaten efter ett år av agonistbehandling som inleddes i fängelset och fortsatte efter frigivningen. Behandlingen genomfördes med LAAM, ett läkemedel med ungefär samma effekt som metadon, som inte längre används pga. hjärtkomplikationer. Behandlingen inleddes tre månader före frigivningen. 92 procent av klienterna önskade delta. 58 randomiserades till agonistbehandling. 38 av dessa påbörjade behandlingen och 28 fullföljde behandlingen i fängelset. 22 påbörjade behandling efter frigivningen och 11 fortsatte behandlingen under minst sex månader. Forskarna menade att resultaten av agonistbehandling som inleddes i fängelse hade gett lovande resultat.

Kinlock och medarbetare (2005) presenterade senare data från samma studie. I denna artikel rapporteras att 19/20 (95 procent) av klienterna som påbörjade agonistbehandling i fängelset fortsatte behandlingen efter frigivningen jämfört med 3/31 (10 procent) av kontrollerna och 1/13 (8 procent) av de som avböjde deltagande. Hälften av de som fortsatte med behandling efter frigivandet fortsatte minst sex månader. Forskarna konkluderar att resultaten är mycket lovande.

### 11.7.2 Sydney

Dolan och medarbetare (2003) studerade om metadonunderhållsbehandling reducerade heroinanvändande, sprutdelning och HIV och hepatit C frekvens jämfört med väntelistekontroller i ett fängelseklientel. 382 (64 procent) av heroinberoende klienter accepterade att delta. 191 klienter randomiserades till metadon-

program och 191 till väntelista. 129 i metadonprogrammet och 124 kontroller följdes upp efter fem månader. Heroinanvändande var signifikant lägre i metadongruppen liksom injektioner och sprutdelning. Det förelåg inga skillnader vad gällde HIV och hepatit C.

Författarna konkluderar att det bör övervägas att införa metadonprogram i fängelsesystemet.

Dolan och medarbetare (2005) följde upp samma population efter fyra år. Det förelåg inga dödsfall under metadonbehandling, medan 17 dödsfall inträffade utanför behandling. Återfall i brott var lägst under metadonbehandling över åtta månader (HR 0.3 (95 procent CI, 0,2–0,5;  $P < 0,001$ )). Ökad risk för hepatit C serokonversion förelåg vid metadonbehandling under fem månader.

Författarna konkluderar att fängelsebaserade metadonprogram bör vara en integrerad del av det totala metadonutbudet.

### 11.7.3 Baltimore 2

Kinlock och medarbetare (2007) genomförde ytterligare en studie. Fångar med heroinberoende var randomiserade till tre grupper: enbart rådgivning ( $n=70$ ), rådgivning samt remiss till metadonprogram vid frigivningen ( $n=70$ ) samt rådgivning och metadonprogram under fängelseperioden ( $n=71$ ) som fortsatte vid frigivningen. 200 av klienterna kunde följas upp. Antal individer som påbörjade/fortsatte behandling efter frigivningen var 8 procent, 50 procent respektive 69 procent. Dessa skillnader var signifikanta. Positivt prov för opioider efter en månad var 63 procent, 41 procent och 28 procent.

Författarna konkluderar att den aktuella interventionen fyller en viktig funktion för stöd till fångar med heroinberoende.

Gordon och medarbetare (2008) genomförde en 6-månadersuppföljning av samma population. Förloppet var signifikant bättre för de som erhöll metadon i fängelset jämfört med de andra två grupperna både vad gäller deltagande i behandlingsprogram och negativa urinprover.

Kinlock och medarbetare (2009) genomförde en 12-månadersuppföljning av samma grupp. De tidigare resultaten kunde konfirmeras. Gruppen som erhöll metadon i fängelset hade ett medelvärde på 166 dagar i behandling under det första året jämfört med 91 dagar respektive 23 dagar i de två andra grupperna.

#### 11.7.4 Michigan

Magura och medarbetare (2009) jämförde buprenorfin och metadon i en fängelsepopulation. 116 individer randomiserades till endera av preparaten. Det förelåg inga skillnader i användandet under fängelse-tiden. 48 procent av klienterna som erhållit buprenorfin önskade få remiss till särskilt buprenorfinprogram. Motsvarande siffra för metadon var 14 procent. Antalet klienter som ville fortsätta med behandling efter frigivningen var 93 procent mot 44 procent.

Författarna konkluderar att buprenorfin efter frigivandet var mer acceptabelt för klienterna än metadon.

Sammanfattningsvis visar tre randomiserade studier övertygande att agonistbehandling har en viktig funktion att fylla i rehabiliteringen av heroinberoende klienter i fängelsesystemen i USA och Australien. Det är inte självklart att dessa resultat kan föras över till svenska förhållanden. Frekvensen missbruk kan t.ex. variera mellan fängelser i Sverige och i andra länder. En studie visar att klienterna upplever buprenorfin mer positivt än metadon. Ytterligare studier behövs dock innan säkrare slutsatser kan dras.

### 11.8 Organisation av agonistbehandling

I Sverige är organisation och föreskrifter för behandling med metadon och buprenorfin integrerad och organiserad inom specialistsjukvården för beroendetillstånd eller, om sådan inte finns, inom psykiatrin. Andra typer av organisering är möjliga och flera randomiserade studier har gjorts för att studera effekter av dessa.

#### 11.8.1 Primärvård jämfört med traditionellt metadonprogram

Fiellin och medarbetare (2001) jämförde effekterna av metadon-  
underhållsbehandling i primärvården och traditionellt metadon-  
program. Heroinnarkomaner med ettårsbehandling utan tecken på  
sidomissbruk randomiserades till primärvårdsbehandling på sex  
månader (n=22 ) eller sedvanlig behandling (n=24). Inga skillnader  
förelåg vad gällde sidomissbruk. 73 procent i primärvårdsgruppen  
jämfört med 13 procent i kontrollgruppen ansåg att vården var  
utmärkt, vilket var signifikant på 1-promillenivån. Forskarna kon-  
kluderade att uppföljande behandling i primärvården var både

praktiskt möjlig och effektiv för patienter som erhåller metadon-  
underhållsbehandling.

King och medarbetare (2002, 2006) studerade effekten av metadonunderhållsprogram vid en allmänläkarmottagning jämfört med vid ett metadonunderhållsprogram efter 6 respektive 12 månader. Patienter som fungerat mycket stabilt i ett sedvanligt metadonunderhållsprogram randomiserades till allmänläkarmottagningen och två kontrollgrupper vid ett traditionellt metadonunderhållsprogram. 72 av 92 patienter fullföljde programmet under ett år. Förloppen var alla positiva med 1 procent positiva urinprover och mycket låg frekvens blandmissbruk. Tillfredsställelsen med behandlingen var god i alla behandlingsgrupper. Forskarna sammanfattar resultaten så att ett metadonunderhållsprogram kan implementeras framgångsrikt vid en allmänläkarmottagning.

Gibson och medarbetare (2003) studerade effekterna av avgiftning och fortsatt behandling av heroinnarkomaner i primärvård jämfört med specialistklinik. Avgiftning genomfördes med buprenorfin under fem dagar och fortsatt behandling med metadon /buprenorfin, naltrexon eller rådgivning efter val av patienten. 115 patienter som sökte behandling för heroinberoende randomiserades till avgiftning och fortsatt behandling i primärvård eller vid specialistklinik. 71 procent fullföljde avgiftningen i primärvården jämfört med 78 procent i specialistvården. 50 procent genomgick fortsatt behandling i primärvården jämfört med 61 procent i specialistvården. Dessa skillnader är inte statistiskt säkerställda. Författarna konkluderar att avgiftning med buprenorfin i primärvård och specialistklinik har likartad effekt och kostnadseffektivitet. Behandling med buprenorfin kan påbörjas i primärvården av utbildade distriktsläkare.

Två av dessa studier visar att metadonbehandling hos stabilt inställda patienter kan överföras till primärvården. Den tredje studien visar att det är både möjligt och effektivt att genomföra avgiftning och inleda fortsatt behandling av patienter med heroinberoende inom primärvården jämfört med specialistmottagningen. Primärvården kan således fylla en viktig framtida funktion för behandling med agonister.

## 11.9 Läkemedelsbehandling för amfetaminnarkomani

Amfetaminpreparat som missbrukas förekommer som tablett och kapslar, samt i form av gulaktiga kristaller (eller pulver). Alla former av amfetamin kan intas genom sniffning eller genom injicering i venerna. Pulver kan intas oralt, t.ex. löst i vätska, eller inlindat i ett litet papperspaket som sväljs (kallas ibland att "bomba"). Amfetamin förekommer som antingen d/l-amfetamin (= racemiskt amfetamin) eller d-amfetamin (medicinsk rent amfetamin). D-amfetamin (även kallat dex- eller dextro-amfetamin) är den verksamma isomeren medan L-formen i stort sett saknar effekt. D-amfetamin tillhandahålls som läkemedel efter licens från Läkemedelsverket (Metamina®) för ADHD och narkolepsi. Förekomst av d/l-amfetamin i urinprov talar för missbruk av illegalt amfetamin (illegal tillverkning), medan enbart förekomst av d-formen tyder på missbruk av amfetamin som försålts som läkemedel (men som kan vara köpt på illegalt sätt).

### 11.9.1 Psykiskt eller fysiskt beroende?

I jämförelse med alkohol och opiater ger centralstimulantia inte lika påtagliga kroppsliga abstinensbesvär. De dominerande symtomen är sömnstörning, oro, ångest och nedstämdhet. I det avseendet kan man säga att centralstimulantia främst ger upphov till ett "psykiskt" beroende. Språkligt sett kan det dock leda tanken fel, så att "psykiskt" beroende framstår som mindre uttalat eller allvarligt, jämfört med "fysiskt" beroende, när det i själva verket kan vara fråga om ett mycket allvarligt tillstånd med starkt drogsug, och hög risk för desorganiserat beteende och återfall i missbruk. Förutom att minska risken för återfall (och fortsatt användning av preparat som kan ge psykiska och fysiska skadeverkningar) är ett viktigt syfte med behandling att minska risken för smittspridning via injektionsredskap.

### 11.9.2 Abstinensstillstånd i samband med amfetaminmissbruk

Amfetaminabstinensen är uttryck för hypoaktivitet (underfunktion) i det centrala nervsystemet. Trötthet, kraftlöshet, långsamma rörelser, nedstämdhet och koncentrationssvårigheter är vanligt, liksom sömnstörning, där ett inledande onormalt stort sömnbehov följs av

utdragen insomni. Det finns inte någon evidensbaserad läkemedelsbehandling mot abstinenssymtom efter amfetaminmissbruk, men sedvanliga principer för symtomlindrande behandling av oro, sömnstörning och depression gäller, med beaktande av risken med sådana lugnande läkemedel som kan vara beroendeframkallande.

### 11.9.3 Läkemedel vid centralstimulantiberoende

Det finns inte något specifikt läkemedel för behandling av centralstimulantiberoende. Många patienter med missbruk och beroende har utvecklingsrelaterade kognitiva funktionshinder (t.ex. ADHD), som i vissa fall kan behandlas med metylfenidat (Concerta®, Equazym®, Ritalin®) eller andra centralstimulerande läkemedel, även medicinskt rent amfetamin (dexamfetamin; Metamina®) (se nedan ang. rekommendation från Läkemedelsverket 2009). Detta är ett område under utveckling och som fordrar ett högspecialiserat omhändertagande.

Ett stort antal läkemedel har prövats som återfallsförebyggande behandling mot amfetamin- (och metamfetamin-) missbruk utan att ha visat någon effekt. Exempel på sådana läkemedel är partiella dopaminagonister (aripiprazol), serotonerga preparat (SSRI, ondansetron), mirtazapin (partiell monoamin-agonist/antagonist som främst används mot depression; har viss serotonerg effekt) och olika dopamin- och glutamat-modulerande GABA-agonister (gabapentin, baklofen) samt epilepsiläkemedlet topiramet. Den centralstimulerande substansen modafinil har exempelvis i öppna och singel-blindade prövningar visat en viss effekt på abstinenssymptom efter amfetamin, men i en placebokontrollerad prövning med 80 deltagare kunde ingen effekt påvisas mot amfetaminmissbruket (Shearer et al., 2009). Rökavvänjningsmedlet bupropion, som även har antidepressiva egenskaper, ökar dopamin-koncentrationen i synapser genom att blockera återupptaget av dopamin. Bupropion har jämförts med placebo i två randomiserade prövningar (300 mg dagligen under 12 veckor, i kombination med psykosociala åtgärder) (Elkashef et al., 2008; Shoptaw et al., 2008). I båda fallen saknade bupropion effekt på den primära utfallsvariabeln (amfetaminmissbruk), men i båda prövningarna visade subgruppsanalyser att bupropion minskade intaget av (met)-amfetamin hos patienter med "lätt" eller "måttligt" bruk. För att säkerställa denna eventuella effekt av bupropion fordras fler

studier. Även om flera antidepressiva läkemedel (amlodipin, desipramin, fluoxetin, imipramin) utvärderats i kontrollerade prövningar utan påvisbar effekt på återfall i amfetaminmissbruk, är det viktigt att påpeka att antidepressiva läkemedel kan ha god effekt mot depression även hos patienter med amfetaminberoende.

Opioidantagonisten naltrexon är i Sverige registrerad för behandling av alkoholberoende (Naltrexon®). Naltrexon har i placebo-kontrollerade prövningar visat sig minska amfetamininducerat drogsug (merbegär) hos patienter med amfetaminberoende som erhöll en liten testdos amfetamin (Jayaram-Lindstrom et al., 2008a). I en svensk randomiserad prövning med 80 patienter under 12 veckor sågs en signifikant minskning av andelen urinprover som var positiva för amfetamin i gruppen som behandlades med naltrexon, jämfört med placebo (Jayaram-Lindstrom et al., 2008b). Andelen patienter som var helt amfetaminfria under prövningen var signifikant högre i naltrexongruppen jämfört med placebogruppen. Verkningsmekanismen är inte känd i detalj, men antas vara kopplad till blockad av kroppsegna opioider, som frisätts i samband med intag av amfetamin.

Metylfenidat är ett centralstimulerande läkemedel som är registrerat i Sverige för behandling av ADHD hos barn, men som även används för vuxna. I en finsk 20-veckors randomiserad prövning av långverkande metylfenidat (54 mg dagl), aripiprazol (15 mg dagl; antipsykotiskt läkemedel), samt placebo för patienter med intravenöst amfetaminmissbruk och höggradigt beroende, visade en interimanalys (preliminära beräkningar) att metylfenidat signifikant minskade amfetaminmissbruket jämfört med aripiprazol och placebo. Primärt utfallsmått var andelen amfetaminpositiva urinprover (Tiihonen et al., 2007). Det pågår för närvarande flera kliniska prövningar av såväl metylfenidat som dex-amfetamin. Det finns preliminära data som talar för att behandling med centralstimulerande läkemedel kan öka kvarstannande och eventuellt även minska missbruket, men säkra data från placebokontrollerade randomiserade prövningar saknas fortfarande.

### 11.9.4 Behandling av ADHD hos personer med missbruk och beroende

Läkemedelsverket har nyligen (2009) meddelat rekommendationer för läkemedelsbehandling av ADHD hos barn och vuxna (i första hand avseende personer utan missbruksproblem, men rekommendationerna innehåller även kommentarer om missbruk).

#### Läkemedelsverkets rekommendationer för läkemedelsbehandling av ADHD

Läkemedelsbehandling av ADHD ska ses som en del i ett behandlingsprogram, då stödåtgärder visat sig vara otillräckliga.

- Individuellt anpassade behandlingsmål ska beskrivas innan läkemedelsbehandlingen påbörjas.
- Innan läkemedelsbehandling inleds bör
  - förutsättningarna för god följsamhet till behandlingen och behovet av stöd eller hjälpmedel beaktas
  - patient, och i förekommande fall, anhöriga och andra viktiga närstående, utbildas och informeras om läkemedelsbehandlingen
  - skattning avseende tillståndets svårighetsgrad genomföras.
- Korttidsbehandling
  - För behandling av okomplicerad ADHD finns mest erfarenhet av metylfenidat, som får betraktas som förstahandspreparat.
  - Atomoxetin kan övervägas som förstahandspreparat under vissa omständigheter, såsom vid missbruk/risk för missbruk eller annan felaktig användning i familjen alternativt i närmiljön, svåra tics eller allvarlig sömnstörning.
- Långtidsbehandling
  - Endast en mindre del av patienterna fullföljer behandlingen i långtidsstudier. Effekt- och säkerhetsdata är därför mindre övertygande.
- Läkemedelsbehandlingens effekt och säkerhet bör regelbundet utvärderas.

Läkemedelsverket konstaterar att det saknas vetenskaplig evidens för behandling av ADHD hos personer med substansberoende (t.ex. alkohol, amfetamin eller heroin), men att detta förekommer i viss utsträckning i Sverige baserat på beprövad erfarenhet. Det pågår forskning i många länder om värdet av behandling med centralstimulantia för personer med ADHD som även har utvecklat beroende av narkotika eller alkohol. Metaanalyser av studier på barn och ungdomar med ADHD som behandlats med centralstimulantia visar att dessa preparat inte ökar risken för senare missbruk (ett viktigt konstaterande i sammanhanget) (Faraone & Wilen, 2007). För vuxna personer med ADHD och missbruk finns ett antal placebokontrollerade prövningar, som visat att metylfenidat inte minskar ADHD-symtomen jämfört med placebo.



Läkemedelsverket har i sin behandlingsrekommendation konstaterat att missbruket inte ökade i dessa studier, vilket tidigare har varit en farhåga. Dessa kliniska prövningar av metylfenidat har (av försiktighetsskäl) genomförts med doser, som är betydligt lägre än de som förekommer i verkliga behandlingsprogram för patienter med ADHD och missbruksproblem. Kliniska prövningar pågår därför med högre doser, bl.a. i Sverige. Läkemedelsverket rekommenderar till vidare att läkemedelsbehandling av ADHD för personer med missbruksproblem bör skötas av läkare med särskild erfarenhet av denna patientgrupp. Metylfenidat kan missbrukas, men för en amfetaminmissbrukare är det ett mindre attraktivt preparat jämfört med d- eller d/l-amfetamin (metylfenidat ger inte samma grad av psykisk upprymdhet och belöningskänsla). Spridningseffekterna (langning) måste alltid beaktas men det gäller även många andra psykiatriska läkemedel (sömnmedel mm). Den beprövade erfarenheten av läkemedelsbehandling av ADHD för personer med missbruk/beroende upplevs av många behandlare som positiv, med i vissa fall dramatisk reduktion av patientens missbruk. I situationer där återfall förekommer måste en samlad bedömning göras av värdet av fortsatt läkemedelsbehandling på samma sätt som vid t.ex. underhållsbehandling med opioidagonister.

### 11.9.5 Amfetaminutlösta psykoser

Med psykos avses ett sjukdomstillstånd med störd verklighetsuppfattning, som innefattar vanföreställningar eller hallucinationer – eller en kombination av sådana symptom. Den mest kända psykosjukdomen är schizofreni, vars exakta orsak inte är klarlagd, men flera välkända substanser kan orsaka psykoser. Akuta amfetaminpsykosor är ofta svåra att särskilja från icke-drogutlösta psykoser, och det kan därför vara viktigt att undersöka om en psykotisk patient har tagit droger. Behandling av amfetaminutlöst psykos sker enligt samma principer som vid andra psykotiska tillstånd genom att erbjuda patienten en lugn miljö och förhindra självskadebeteende och utagerande beteende som kan skada andra. Tvångsåtgärder som innebär fasthållande (t.ex. bältesläggning) kan innebära förhöjd risk för plötslig död (på grund av hjärtstillestånd), även om forskningsläget inte är entydigt på denna punkt. Användning av antipsykotiska läkemedel bör ske med viss försiktighet på grund av risk för blodtrycksfall. Sederande (lugnande) läkemedel

som t.ex. bensodiazepiner kan i vissa fall vara att föredra. Varje akut situation är unik och måste bedömas för sig. Vid extrem aggressivitet med starkt utagerande beteende kan en kombination av ovanstående åtgärder behövas. När det gäller evidensläget för läkemedelsbehandling av amfetaminutlöst psykos finns endast en publicerad randomiserad prövning, med olanzapin och haldol (Shoptaw, Kao & Ling, 2008). Denna visade att medicineringen signifikant minskar psykotiska symptom, och att olanzapin gav mindre biverkningar (främst extrapyramidala symtom) än jämförelsepreparatet haloperidol. Det finns i Sverige en omfattande klinisk erfarenhet av att behandla amfetaminspsykos med såväl anti-psykotiska preparat och bensodiazepiner, där de förra oftast används i situationer med uttalat desorganiserat beteende och aggressivitet.

### **11.10 Redovisning av nya svenska studier av läkemedel som är godkända för behandling av beroendetilstånd (ej inkluderade i SBU-genomgången)**

#### **11.10.1 Buprenorfin jämfört med placebo**

Kakko och medarbetare (2003) studerade effekten av buprenorfin jämfört med placebo för underhållsbehandling av heroinberoende. 40 heroinnarkomaner, som inte uppfyllde de dåvarande kriterierna för metadonbehandling i Sverige, erhöll slumpmässigt buprenorfin eller placebo. Alla erhöll också kognitiv beteendeterapi i grupp. Urinprov togs tre gånger per vecka.

Retentionen i behandling efter 12 månader var 75 procent i buprenorfingruppen och 0 i placebogruppen. 75 procent av urinproverna var negativa. Författarna konkluderar att kombinationen buprenorfin och intensiv kognitiv beteendeterapi är effektiv och bör inkluderas till de behandlingsalternativ som bör vara tillgängliga för heroinnarkomani.

### 11.10.2 Stegvis behandling buprenorfin/metadon jämfört med metadon

Kakko och medarbetare (2007) jämförde stegvis behandling med buprenorfin och metadon med traditionell underhållsbehandling med metadon. Bakgrunden var att både metadon och buprenorfin är effektiva behandlingar mot heroinnarkomani. Effekten är bäst dokumenterad för metadon, men säkerhetsaspekter begränsar användandet. Buprenorfin har mindre risk för överdos och är mer lättadministrerad, men effektiviteten kan vara lägre. Studien genomfördes 2004–2006 och var randomiserad. Under de inledande 24 dagarna var studien dubbel-blind. Därefter fortsatte studien under totalt 6 månader enkel-blind.

96 heroinnarkomaner erhöll slumpmässigt traditionell metadonbehandling eller buprenorfinbehandling med möjligheter till byte vid otillfredsställande effekt. Buprenorfin-/naloxonberedning användes (omöjliggör intravenös injektion). Alla patienter erhöll intensiv beteendeterapi.

Sexmånadersretentionen var 78 procent utan skillnad mellan grupperna. Av de som fullföljde behandlingen i buprenorfin-/naloxongruppen hade 54 procent bytt till metadon. Antalet urinprover som var negativa för opiater ökade över tid och nådde 80 procent i slutet av behandlingen för båda grupperna. Addiction Severity Index förbättrades lika mycket i båda grupperna.

Forskarna sammanfattade att den stegvisa behandlingen fungerade lika bra som initial metadonbehandling. Då buprenorfin har mindre biverkningar än metadon enligt tidigare studier bör buprenorfin vara förstahandspreparat vid heroinnarkomani.

Den aktuella studien är helt genomförd i öppenvård. Kakko och medarbetare menar att den organisation av vården som tillämpats i studien borde generellt kunna användas i svensk narkomanvård. Den specialiserade missbruksvårdens uppgift bör vara att identifiera patienter som har nytta av agonistbehandling. Därefter kan patienten remitteras till öppenvården för att genomföra den stegvisa underhållsbehandlingen. En sådan modell har med framgång genomförts i Norge.

## **11.11 Svenska och norska studier om förlopp efter utskrivning från agonistprogram**

### **11.11.1 Mortalitet hos HIV-infekterade heroinmissbrukare**

Fogelstad och medarbetare (1995) studerade 472 HIV-infekterade heroinberoende missbrukare varav 135 någon gång deltagit i metadon underhållsbehandling. 69 avled under uppföljningsperioden, varav 52 på grund av våldsamma dödsorsaker. De som deltagit i metadonprogram hade en lägre risk för våldsam död (RR = 0,25; CI: 95 procent 0,1, 1,0) än de som aldrig deltagit. Patienter som skrevs ut från programmet hade en högre dödlighet än de som aldrig deltagit i programmet. Dödstaten per 100 observationsår var 0,8, 3,1 respektive 8,9. Alla skillnader mellan grupperna var statistiskt säkerställda. Risken för våldsam död är därför särskilt stor i gruppen som skrivs ut från programmet.

### **11.11.2 Mortalitet hos de som ansökt om behandling i Stockholms metadonprogram 1988–2000**

Fogelstad och medarbetare (2007) studerade dödligheten hos alla som ansökt om att få delta i Stockholms metadonprogram 1988–2000 (N=848). Totalt 185 individer hade avlidit varav 92 i våldsam död inkluderande 67 fall av överdos (73 procent) och 12 fall av suicid (13 procent). 368 individer hade skrivits ut från programmet, vilket utgjorde 54 procent av de som påbörjade behandling. Dödligheten i våldsamma dödsorsaker var 2,5 procent (N=10) per år för de som väntade på behandling, 0,2 procent (N=7) för de som var i behandling och 4,4 procent (N=58) för de som skrivits ut från behandling.

Forskarna studerade också alla fall av dödsfall i Stockholm där metadon upptäcktes vid den rättskemiska undersökningen under 1988–2000. Totalt förelåg 89 fall, varav förgiftning i 70 inkluderande 19 suicid. Huvuddelen av suicidfallen hade erhållit metadon vid smärtbehandling för cancer. Blandförgiftningar var vanligast och förgiftning med enbart metadon förelåg i 17 fall. I två fall kunde förgiftningen kopplas till läckage av metadon från agonistprogram.

Författarna konkluderar att det är viktigt att studera dödligheten både hos de som deltar i programmet och hos de

som skrivs ut från programmet. Vidare är data om dödliga meta-donförgiftningar av vikt för att studera eventuella negativa effekter av läckage från programmen. Olika behandlingsprinciper och inklusionsregler kan leda till olika dödlighetsmönster. Författarna har visat att strikta inklusionsregler kan öka risken för utskrivning med ökad dödlighet som följd.

### **11.11.3 Förlopp hos heroinberoende individer som initialt behandlats 1989 till 1991 i Stockholm**

Davstad och medarbetare (2009) studerade 157 heroinberoende individer som behandlades vid Stockholms metadonunderhållsprogram första gången 1989–1991. Kohorten följdes till 2003. 25 individer deltog i programmet under hela uppföljningsperioden, 38 avbröt programmet och återkom inte, 24 deltog i programmet efter ett avbrott och 45 hade skrivits ut från två behandlingsperioder. De som deltog kontinuerligt i programmet hade låg frekvens sjukhusvård och kriminalitet. De som avbröt efter en period hade efter några år samma höga frekvens kriminalitet som tidigare. De som var i sin andra behandling hade fler sjukhusvistelser än tidigare. De som hade minst två avbrott hade samma höga frekvens av sjukhusvård och kriminalitet som före första behandlingen. Majoriteten har flera avbrott eller återkommer inte efter första utskrivningen. Deras fortsatta förlopp vad gäller kriminalitet och sjukhusvård är detsamma som före den första metadonbehandlingen. Förloppet för de som är i behandling är betydligt bättre än för de som inte är i behandling. Mortalitätsanalysen försvåras av ett lågt antal individer och en hög HIV-frekvens (49 procent).

Långtidsförloppet visar att många inte återvänder till en andra behandlingsperiod och fortsätter med samma destruktiva livsstil. Detta aktualiserar frågan om hur behandlingen kan förbättras för gruppen som inte återkommer till behandlingsprogrammet. Bättre farmakologisk behandling, mer intensiv och förbättrad psykosocial behandling eller kanske (i grannländer) heroinförskrivning.

#### 11.11.4 Samband mellan underhållsbehandling i Sverige 1998 till 2006 och opiatrelaterad dödlighet och sjukhusvård

Romelsjö och medarbetare (2010) studerade om de förändringar som skedde vad gäller underhållsbehandling i Sverige 1998–2006 hade samband med opiatrelaterad dödlighet och sjukhusvård. De samlade in data från behandlingsenheter för underhållsbehandling av heroinbehandling, från försäljning av buprenorfin och metadon samt från dödsregister och sjukvårdsregister.

Under tidsperioden skedde en klar förändring av behandlingsprogrammen mot en mindre restriktiv policy med ökat användande av ”take-away doses” och en minskning av utskrivningar på grund av sidomissbruk av andra droger. Socialstyrelsens föreskrifter ändrades också 2005 mot en mindre restriktiv policy. Sidomissbruk som utskrivningsorsak rapporterades i 30 procent av fallen 2003 jämfört med 17 procent 2005. Behandlingsretentionen under ett år ökade också från 68 procent 2003 till 87 procent 2005.

Försäljningen av buprenorfin och metadon ökade mer än tre gånger från 2000 till 2006. Antal patienter i behandling ökade också mer än tre gånger. År 2000 uppskattades antal patienter i behandling till omkring 800. År 2006 behandlades 2 797 patienter, 1 498 (54 procent) med buprenorfin och 1 299 (46 procent) med metadon. 28 procent var kvinnor och 46 procent kom från Stockholm.

Den opiatrelaterade dödligheten minskade med 20–30 procent mellan 2000–2003 och 2004–2006. Antal opiatrelaterade dödsfall (huvud- eller bidragande orsak) var 310 år 2006. Övrig drogrelaterad dödlighet minskade inte under perioden. Antal fall med positiva prov för buprenorfin eller metadon ökade däremot signifikant under perioden. Huvuddelen av dessa fall hade också positiva prover för alkohol och droger (både illegala och legala). Antal patienter med opiatdiagnos minskade med 13 procent under perioden. Antal patienter var 1 382 år 2006.

Författarna konkluderar att liberaliseringen av den svenska drogpolicyn vad gäller behandling med buprenorfin och metadon har samband med en kraftig ökning av underhållsbehandling, en minskning av opiatrelaterad dödlighet och av sjukhusvård pga. heroinberoende. Samtidigt föreligger en ökning av rättsmedicinska fall med positiva prover för buprenorfin och metadon.

### 11.11.5 Ökning av metadonrelaterad dödlighet fortsätter

Fogelstad och medarbetare (2010) visade i en studie, med samma tema som i de tidigare studierna presenterade ovan, att dödlighet kopplat till positiva rättsmedicinska tester för metadon har fortsatt att öka under de senaste åren. Författarna diskuterar möjligheter av läckage från de svenska metadonprogrammen som en förklaring. I en ledare i samma nummer av tidskriften ifrågasätts dock denna förklaring (Nilsson, 2010).

### 11.11.6 Nationell norsk studie

I två artiklar (Clausen et al., 2008; Clausen et al., 2009) undersöktes dödligheten hos alla opiatberoende patienter (N=3789) som erhållit agonistbehandling under 1997–2003. Den totala observationstiden var 10 934 personår. Totalt 213 individer hade avlidit. Dödsorsakerna var överdos i 54 procent av fallen, kroppsliga orsaker i 32 procent och övrig våldsamt död i 14 procent. Före behandlingen var dödligheten per år 2,4 procent varav 1,9 procent i överdos. I behandling sjönk dödligheten till 1,4 procent varav 0,4 procent i överdos. Av de som skrevs ut ifrån behandling ökade dödligheten efter utskrivningen till 3,4 procent per år varav 2,1 procent i överdos.

Forskarna poängterar vikten av en lättillgänglig agonistbehandling för att reducera dödligheten. Vidare är det viktigt med en hög retention i behandlingsprogrammet. Långa väntelister och högtröskelprogram, som exkluderar unga missbrukare, kan medföra en ökad dödlighet i överdoser. När patienten skrivs ut ifrån programmet skall initiativ tagas för att reducera riskerna för överdos. Det är också viktigt att patienterna erbjuds möjligheter att snabbt kunna återuppta behandlingen.

## 11.12 Integrerad modell för olika läkemedelsbehandlingar inom alkohol och narkotikaområdet

Finns det några övergripande principer som gäller för olika typer av behandlingseffekter oberoende av vilket preparat som missbrukas? Berglund (2005) utgick ifrån SBU-rapportens engelska version (2003) och de beräknade effektstorlekarna vad gällde behandling

för alkohol-, heroin- och kokainberoende. Generellt sett var effektstorlekarna lika stora vid behandling av de tre grupperna. Olika effekt förelåg för tre olika typer av behandling. Agonistbehandling var mest effektiv för alla typer av preparat. Metadon och buprenorfin vid heroinberoende, långverkande amfetaminpreparat för kokainberoende och GHB (användes i södra Europa) för alkoholberoende. Mindre uttalad effekt förelåg för aversiv och blockerande behandling; naltrexon vid heroinberoende och disulfiram vid alkoholberoende. Denna senare effekt är ofta något mer uttalad än farmakologisk behandling av craving och andra beroendesymptom; naltrexon och disulfiram vid kokainberoende och naltrexon och akamprosatsat vid alkoholberoende.

En utmaning för läkemedelsbehandlingarna är att utveckla mediciner mot craving, kontrollförlust och andra centrala beroendemekanismer, som är effektivare än både agonistbehandling och aversiv/blockerande behandling.

### 11.13 Konklusioner

Läkemedelsbehandling av beroendetillstånd är en väletablerad metodik. Evidensläget har dokumenterats i en SBU-rapport 2001 med uppföljningar av Läkemedelsverket 2007 (alkoholberoende) och av Socialstyrelsen (2009). Socialstyrelsen har också presenterat nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2007. De läkemedel som är godkända av Läkemedelsverket har också god evidens för behandling. Läkemedel godkända mot alkoholberoende är disulfiram, akamprosatsat och naltrexon och mot heroinberoende metadon och buprenorfin.

I den aktuella rapporten genomförs också en uppdatering av agonistbehandling mot heroinberoende. Denna visar att både metadon och buprenorfin är effektiva och konklusionerna är desamma som i SBU-rapporten 2001. Nyare studier visar att metadon i adekvata doser är något effektivare än buprenorfin.

I rapporten har också särskilda frågor belysts med systematiska genomgångar av litteraturen. Vad gäller behandling med agonister i fängelsepopulationer konstateras att denna fyller en viktig funktion för heroinberoende klienter. Denna konklusion är baserad på resultaten av tre randomiserade studier.

I Sverige är organisation och lagstiftning för behandling med metadon och buprenorfin integrerad och organiserad inom special-



listsjukvården. Andra typer av organisationer är möjliga och tre randomiserade studier har jämfört behandling inom primärvård och specialistvård. Två av dessa studier visar att metadonbehandling hos stabilt inställda patienter kan överföras till primärvården. Den tredje studien visar att det är både möjligt och effektivt att genomföra avgiftning och inleda fortsatt behandling av patienter med heroinberoende inom primärvården jämfört med på specialistmottagningen.

Ett särskilt avsnitt redovisar utvecklingen vad gäller behandling av amfetaminnarkomani. Tidigare har det inte funnits någon läkemedelsbehandling av detta tillstånd. Fortfarande finns inget läkemedel som är godkänt för behandling av detta tillstånd. Flera randomiserade studier visar dock effekt av läkemedel som är godkända på andra indikationer. En svensk randomiserad studie visar effekt av naltrexon och en finsk randomiserad studie effekt av metylfenidat. Omfattande forskning pågår för närvarande inom området.

Rapporten redovisar därefter nya svenska studier. En randomiserad studie visar effekt vad gäller behandling med buprenorfin jämfört med placebo. En annan randomiserad studie visar jämförbar effekt av stegvis behandling med initialt buprenorfin följt av metadon, om effekten av buprenorfin är otillfredsställande jämfört med behandling enbart med metadon.

Patienter som skrivs ut från agonistprogram (i regel ofrivilligt) har en kraftigt ökad dödlighet både jämfört med förhållandena innan och under agonistbehandlingen. Detta redovisas i flera studier med patientpopulationer fram till år 2000. En senare studie visar att antalet utskrivningar har minskat de senaste fem åren. Systematiska nationella studier saknas dock i Sverige inom detta område, varför denna typ av studier redovisas från Norge. Samma resultat kan redovisas som i de tidigare svenska studierna. Det poängteras vikten av en lättillgänglig agonistbehandling, hög retention i behandlingen och initiativ för att reducera överdosrisken vid utskrivningar från programmet.

## Referenser

- Berglund M. A better widget? Three lessons for improving addiction treatment from a meta-analytical study. *Addiction*. 2005 Jun;100(6):742-50.
- Berglund M, Andréasson S, Bergmark A, Blomqvist J, Lindström L, Oscarsson L, Ågren G, Öjehagen A. Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt. Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) & Liber Utbildning AB, Stockholm, 2000.
- Berglund M, Thelander S, Johnsson E (Eds.). *Treating Alcohol and Drug Abuse. An Evidence-Based Review*. Weinheim: Wiley-VCH, 2003.
- Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): A national prospective cross-registry study. *Drug Alc Dep*. 2008;94:151-7.
- Clausen T, Waal H, Thoresen M, Gossop M. Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death. *Addiction*. 2009;104:1356-62.
- Davstad I, Stenbacka M, Leifman A, Romelsjö A. An 18-year follow-up of patients admitted to methadone treatment for the first time. *J Addict Dis*. 2009;28:39-52.
- Dolan KA, Shearer J, MacDonald M, Mattick RP, Hall W, Wodak AD: A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system. *Drug Alcohol Depend*. 2003 Oct 24;72(1):59-65.
- Dolan KA, Shearer J, White B, Zhou J, Kaldor J, Wodak AD: Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction*. 2005 Jun;100(6):820-8.
- Elkashef AM, Rawson RA, Anderson AL, Li SH, Holmes T, Smith EV, Chiang N, Kahn R, Vocci F, Ling W, Pearce VJ, McCann M, Campbell J, Gorodetzky C, Haning W, Carlton B, Mawhinney J, Weis D. Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. *Neuropsychopharmacology* 2008;33:1162-70.
- Faraone SV, Wilen TE, Effect of stimulant medications for attention-deficit/hyperactivity disorder on later substance use and the potential for stimulant misuse, abuse, and diversion. *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 11:15-22.

- Fiellin DA, O'Connor PG, Chawarski M, Pakes JP, Pantaloni MV, Schottenfeld RS. Methadone maintenance in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001 Oct 10;286(14):1724-31.
- Fugelstad A, Lars AJ, Thiblin I. More and more methadone deaths. "Leakage" from ongoing more liberal treatment programs might be a cause] *Lakartidningen*. 2010 May 5-11;107(18):1225-8. Swedish.
- Fugelstad A, Rajs J, Böttiger M, Gerhardsson de Verdier M. Mortality among HIV-infected intravenous drug addicts in Stockholm in relation to methadone treatment. *Addiction*. 1995; 90:711-6.
- Fugelstad A, Stenbacka M, Leifman A, Nylander M, Thiblin I. Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings. *Addiction*. 2007; 102:406-12.
- Gibson AE, Doran CM, Bell JR, Ryan A, Lintzeris N. A comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care settings: a randomised trial. *Med J Aust*. 2003 Jul 7;179(1):38-42.
- Gordon MS, Kinlock TW, Schwartz RP, O'Grady KE. A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: findings at 6 months post-release. *Addiction*. 2008 Aug;103(8):1333-42.
- Jayaram-Lindstrom N, Konstenius M, Eksborg S, Beck O, Hammarberg A, Franck J. Naltrexone attenuates the subjective effects of amphetamine in patients with amphetamine dependence. *Neuropsychopharmacology*. 2008;33:1856-63.
- Jayaram-Lindstrom N, Hammarberg A, Beck O, Franck J. Naltrexone for the treatment of amphetamine dependence: a randomized placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1442-8.
- Johnson BA, Mann K, Willenbring ML, Litten RZ, Swift RM, Lesch OM, and Berglund M. Challenges and Opportunities for Medications Development in Alcoholism: An International Perspective on Collaborations Between Academia and Industry. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005;29(8):1528-40.
- Kakko J, Grönbladh L, Svanborg KD, von Wachenfeldt J, Rück C, Rawlings B, Nilsson LH, Heilig M. A stepped care strategy using buprenorphine and methadone versus conventional

- methadone maintenance in heroin dependence: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164:797–80.
- Kakko J, Svanborg KD, Kreek MJ, Heilig M. 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2003 Feb 22;361(9358):662-8.
- King VL, Kidorf MS, Stoller KB, Schwartz R, Kolodner K, Brooner RK. A 12-month controlled trial of methadone medical maintenance integrated into an adaptive treatment model. *J Subst Abuse Treat*. 2006 Dec;31(4):385-93. Epub 2006 Aug 14.
- King VL, Stoller KB, Hayes M, Umbricht A, Currens M, Kidorf MS, Carter JA, Schwartz R, Brooner RK. A multicenter randomized evaluation of methadone medical maintenance. *Drug Alcohol Depend*. 2002 Jan 1;65(2):137-48.
- Kinlock TW, Battjes RJ, Schwartz RP; MTC Project Team. A novel opioid maintenance program for prisoners: preliminary findings. *J Subst Abuse Treat*. 2002 Apr;22(3):141-7.
- Kinlock TW, Battjes RJ, Schwartz RP; MTC Project Team. A novel opioid maintenance program for prisoners: report of post-release outcomes *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2005;31(3):433-54.
- Kinlock TW, Gordon MS, Schwartz RP, Fitzgerald TT, O'Grady KE. A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: results at 12 months postrelease. *J Subst Abuse Treat*. 2009 Oct;37(3):277-85. Epub 2009 Mar 31.
- Kinlock TW, Gordon MS, Schwartz RP, O'Grady K, Fitzgerald TT, Wilson M. A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: results at 1-month post-release. *Drug Alcohol Depend*. 2007 Dec 1;91(2-3):220-7. Epub 2007 Jul 12.
- Magura S, Lee JD, Hershberger J, Joseph H, Marsch L, Shropshire C, Rosenblum A. Buprenorphine and methadone maintenance in jail and post-release: a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend*. 2009 Jan 1;99(1-3):222-30. Epub 2008 Oct 18.
- Mark TL, Kassed CA, Vandivort-Warren R, Levit KR, Kranzler HR. Alcohol and opioid dependence medications: prescription trends, overall and by physician specialty. *Drug Alcohol Depend*. 2009 Jan 1;99(1-3):345-9. Epub 2008 Sep 25.

- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jul 8;(3):CD002209.
- Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2):CD002207.
- Nilsson LH. [All methadone therapy must be safer]. *Lakartidningen.* 2010 May 5–11;107(18):1213-4. Swedish.
- Romelsjö A, Engdahl B, Stenbacka M, Fugelstad A, Davstad I, Leifman A, Thiblin I. Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000-06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity? *Addiction.* 2010 Jul 12. [Epub ahead of print].
- Shearer J, Darke S, Rodgers C, Slade T, van Beek I, Lewis J, Brady D, McKetin R, Mattick RP, Wodak A. A double-blind, placebo-controlled trial of modafinil (200 mg/day) for methamphetamine dependence. *Addiction.* 2009;104:224–33.
- Shoptaw S, Heinzerling KG, Rotheram-Fuller E, Steward T, Wang J, Swanson AN, De La Garza R, Newton T, Ling W. Randomized, placebo-controlled trial of bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2008;96:222-32.
- Shoptaw SJ, Kao U, Ling WW. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Oct 8;(4):CD003026. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):CD003026).
- Socialstyrelsen. Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare – En kunskapsöversikt. 2004. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-110-11>
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. 2007. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-102-1>
- Socialstyrelsen. SOSFS 2004:8. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende. 2004. <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2004-8>

Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU). Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskaps-sammanställning. SBU-rapport nr 156, vol. I, II, 2001.

Tiihonen J, Kuoppasalmi K, Fohr J, Tuomola P, Kuikanmaki O, Vormaa H, Sokero P, Haukka J, Meririnne E. A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence. *Am J Psychiatry*. 2007;164:160-2.

## 12 Läkemedelsmissbruk

*Sara Wallhed, leg. psykolog  
Stefan Borg, docent och verksamhetschef  
Beroendecentrum Stockholm*

### Sammanfattning

Det saknas exakta prevalensdata avseende missbruk och beroende av lugnande medel, sömnmedel och analgetika. År 2009 har 2 procent, eller 185 000 personer, i befolkningen minst fyra uttag av lugnande-/sömnmedel samt analgetika med en genomsnittlig dos på minst en DDD. I enkätdata från en befolkningsstudie genomförd av FHI anger 1,1 procent eller 65 000 personer i befolkningen i åldrarna 16 till 64 år problem som korresponderar till missbruk/skadligt bruk. Antalet patienter med vård under diagnos skadligt bruk/beroende beräknas till 13 000 unika patienter per år i hela riket. I ett genomsnittligt län rör det sig alltså om 450–550 patienter per år.

Det finns en gemensam behandlingstradition inom den specialiserade beroendevården i de större städerna. Kompetensen för behandling av patientgruppen är dock ojämn inom sjukvården, och frånvarande inom socialtjänsten. Varje landsting bör ha ett vårdprogram för de här grupperna, och på kliniker och mottagningar bör behandlingsprogram finnas, alternativt vårdavtal med grannlandsting. På specialistnivå inom psykiatri, beroendevård och smärtkliniker bör ett samlat behandlingsprogram finnas. Regionskliniker kan fylla en viktig funktion. Området bedöms vara underbeforskat, och det finns behov av nationella riktlinjer.

Materialet består slutsatser från de möten arbetsgruppen haft, forskningsartiklar, nationella publikationer samt registerdata från Läkemedelsregistret och Patientregistret vid Socialstyrelsen och VAL databaserna.

## 12.1 Uppdraget

Regeringens särskilde utredare Gerhard Larsson har genom Missbruksutredningen givit en arbetsgrupp i uppdrag

- att föreslå en arbetsdefinition av begreppen läkemedelsmissbruk och läkemedelsberoende
- att ta fram bästa möjliga kunskap om problemets omfattning, utifrån kliniska och socialmedicinska grupper
- att sammanfatta befintligt behandlingsutbud i Sverige
- att ge en bild av kliniskt acceptabla behandlingsmöjligheter
- att skissera en struktur för den vård som bör kunna erbjudas lokalt, regionalt och nationellt
- att skissera en struktur för kontinuerlig kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning på området
- att överväga behov av och former för kompetensutveckling.

Stefan Borg är ansvarig för arbetsgruppen och dess resultat. Han är, specialist i psykiatri och docent vid Karolinska Institutet samt sedan många år verksamhetschef för Beroendecentrum Stockholm.

I arbetsgruppen ingår:

Annica Rhodin, överläkare, med. dr. Akademiska sjukhuset, Uppsala

Bengt Sternebring, överläkare, Beroendecentrum, Malmö

Bo Bergman, docent, Läkemedelsverket

Bo Söderpalm, universitetslektor, överläkare, sektionen för psykiatri, Göteborgs universitet

Eva Edin, överläkare, Beroendekliniken, Sahlgrenska Universitets-sjukhuset, Göteborg

Helena Löfgren, utredare, Avdelningen för drogprevention, Statens folkhälsoinstitutet

Jenny Sjödin, ordförande i arbetsgruppen för läkemedel och hälsa, Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende, RFHL



Monica Hagman, leg apotekare, chef Hälsa och Farmaci, Apoteket AB

Per Sternbeck, förbundssekreterare, Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende, RFHL

Pinelopi Lundquist, apotekare, farm. dr., Statistik och Utvärdering, Socialstyrelsen

Stefan Borg, specialist i psykiatri och docent vid Karolinska Institutet. Verksamhetschef vid Beroendecentrum Stockholm.

Sekreterare i arbetsgruppen är:

Sara Wallhed, leg psykolog, Beroendecentrum Stockholm

Arbetsgruppen har sammanträtt vid tre tillfällen under hösten och våren 2010.

## 12.2 Bakgrund

De läkemedel som rapporten avser omfatta är lugnande medel och sömnmedel (sedativa och hypnotika) samt smärtstillande läkemedel (analgetika av opiat typ). Se bilaga 1 för förteckning över läkemedel.

### 12.2.1 Sedativa och hypnotika

Inom gruppen lugnande medel och sömnmedel återfinns bensodiazepiner och dess analoger. De första bensodiazepinerna introducerades på 1960-talet. Preparaten ger ångestlindring, lugnande effekt, muskelavslappning och kramplösning. I jämförelse med sina föregångare barbituraterna var de mindre toxiska vid överdosering, och de blev snabbt populära. 1961 kom de första rapporterna om att bensodiazepinerna även har beroendeskapande egenskaper, vilket sedan har påvisats både i prekliniska och kliniska studier (Hollister 1961). 1971 narkotikaklassas bensodiazepinerna. Bensodiazepinernas analoger zopiklon och zolpidem lanserades på 1990-talet, och snart stod det klart att dessa läkemedel har beroendeskapande egenskaper (Hajak et al. 2003). Efter några år narkotikaklassas dessa.

Bensodiazepinerna binds till speciella receptorstrukturer på nervcellerna och påverkar funktioner som kan relateras till transmittorn GABA. GABA utövar en hämmande effekt på hjärnan, vilket bensodiazepinerna förstärker. Bensodiazepinerna delas ofta in i grupper beroende på hur lång tid de ger effekt, vilket även är beroende av medlets halveringstid. Medel med snabb och kortvarig verkan är mer lämpliga som insomningsmedel. Långverkande medel är mer lämpliga som lugnande eller omsomningsmedel. Kortverkande medel ger mer kortvariga men mer intensiva abstinenssymtom än långverkande medel. De med längre duration finns kvar i kroppen längre tid. Läkemedel med kort till medellång verkan kan ha särskild missbrukspotential (American Psychiatric Association 2000).

### 12.2.2 Analgetika

Opium har använts i medicinskt syfte under en mycket lång tid. Opioider är ett samlingsnamn för de smärtstillande medel som finns naturligt i opiumvallmo samt deras syntetiska analoger. Samtliga opioider har samma verkningsmekanism; de stimulerar opioidreceptorerna i ryggmärgen och centrala nervsystemet och ger smärtlindring genom att hämma smärtimpulser. De indelas vanligen i starka och svaga, beroende på effekten av preparatet. Kodein, dextropropoxyfen och tramadol räknas till de svaga medan morfin, ketobemidon, oxykodon, metadon och buprenorfin räknas till de starka.

### 12.2.3 Nationella sammanställningar

Vad arbetsgruppen känner till finns det få nationella publikationer på området.

Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation gav 1970 samt 1979 ut skrifter om Sedativa och Hypnotika. 1979 rekommenderar kommittén försiktighet vid förskrivning; att inte förskriva dessa läkemedel vid första besöket, att använda små förpackningar och minsta effektiva doser. Förskrivare uppmanas vara vaksamma för missbruksrisken hos medlen.

Den senaste publikationen från Socialstyrelsen gavs ut 1990 i form av allmänna råd om "Beroendeframkallande psykofarmaka". I

de allmänna råden konstaterar Socialstyrelsen att beroendeframkallande psykofarmaka ska ordinerars med största försiktighet, och att det är en svår balansgång mellan behov av läkemedelsbehandling och risk för beroende. På grund av risk för beroendeutveckling vid behandling med bensodiazepiner bör dessa läkemedel användas med stor restriktivitet och bara under korta perioder. Risk för lågdosberoende vid behandling i normala doser under längre tid bör vägas in när långvarig behandling bedöms nödvändig. Extra försiktighet uppmanas vid behandling av patienter med känt eller misstänkt missbruk av alkohol eller narkotika. Vid utsättning rekommenderas att successivt minska dosen för att minska abstinensbesvär.

SBU gav 2001 ut en systematisk litteraturöversikt för "Behandling av alkohol- och narkotikaproblem". Där konstateras att *"studier avseende beroende av bensodiazepiner och andra lugnande läkemedel ingår inte i projektet"*. Översikten innefattar behandling vid heroinberoende men inte analgetikaberoende. I "Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård", utgivna av Socialstyrelsen 2007, gjordes bedömningen att det vetenskapliga kunskapsunderlaget avseende läkemedelsmissbruk och beroende är otillräckligt för att utarbeta riktlinjer. Referensgruppen skriver att dessa *"...former av missbruk och beroende är vanliga inom vården"*. 2009 gav Socialstyrelsen ut föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, SOSFS 2009:27. I denna framgår bland annat att patienter med primärt buprenorfinberoende ej kan erhålla underhållsbehandling med opioider. Under 2010 har SBU gett ut en systematisk litteraturöversikt för "Behandling av sömnbesvär hos vuxna". Där konstateras att *"det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för säkra slutsatser om hur många av dem som behandlas med sömnmedel utvecklar beroende enligt DSM-definitionen"*.

Ett fåtal nationella behandlingsstudier har genomförts under de senare åren. Johansson et al. (1997) genomförde en pilotstudie med 10 dagars nedtrappning av bensodiazepiner, där resultatet var att nedtrappning på denna tid är möjlig utan förhöjning av symtom. Författarna drog slutsatsen att odiagnostiserat kodeinberoende påverkade resultatet. Saxon et al. (1997) genomförde en pilotstudie i syfte att pröva användbarheten av flumazenil vid behandling av bensodiazepinberoende. Flumazenil är en partiell bensodiazepin receptor antagonist med låg aktivitet på GABA receptorerna.

Resultatet av studien är att flumazenil minskar intensiteten av abstinenssymtomen.

Metadonprogrammet i Uppsala har sedan 1994 haft ett särskilt program för behandling av patienter med kronisk smärta och samtidigt opiatberoende. Rhodin et al. (2006) har följt upp 60 patienter och kommit fram till att behandling i metadonprogrammet förbättrar smärtlindring och livskvalitet. Biverkningar kan dock begränsa metodens användbarhet. Bakgrundsfaktorer var smärta i rygg och rörelseapparaten hos 40 procent av patienterna, psykiatriska åkommor hos 68 procent och annan missbruk eller beroendeproblematik än opiatberoende hos 32 procent.

## 12.3 Diagnos

I Sverige används vanligen två system för diagnostisering av psykiatriska sjukdomar; DSM-IV samt ICD-10. DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, arbetas fram av American Psychiatric Association och används främst inom forskningssammanhang. ICD-10 ges ut av Världshälsoorganisationen (WHO), och är den klassifikation av diagnoser som används kliniskt inom hälso- och sjukvården i Sverige. De två systemen har i stort god samstämmighet, men skiljer sig åt i vissa avseenden.

### 12.3.1 Missbruk / Skadligt bruk

I DSM-IV (American Psychiatric Association 2000) definieras "missbruk" som:

ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst ett av följande kriterier under en och samma tolv månadersperiod:

- upprepat substansbruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet (t.ex. substansrelaterad upprepat arbetsfrånvaro eller dåliga arbetsprestationer; substansrelaterad frånvaro, avstängning eller relegering från skola; substansrelaterad vanskötsel av barn eller hushåll)
- upprepat substansbruk i situationer där det medför betydande risker för fysisk skada (t.ex. substanspåverkan i samband med bilkörning, arbete med maskiner)

- upprepade substansrelaterade problem med rättvisan (t.ex. att vid upprepade tillfällen bli arresterad för substansrelaterat störande beteende)
- fortsatt substansbruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur orsakade eller förstärkta av substans effekterna (t.ex. slagsmål, gräl med partnern om följderna av berusning).

Motsvarande diagnos enligt ICD-10 är ”skadligt bruk”, vilket definieras som:

Bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk (som hepatit vid intravenöst missbruk) eller psykisk (som depressionsperioder sekundärt till hög alkoholkonsumtion).

För att diagnos av ”missbruk” eller ”skadligt bruk” ska kunna sättas behövs alltså att substansintaget orsakar negativa konsekvenser för individen.

### 12.3.2 Beroende

I DSM-IV (American Psychiatric Association 2000) definieras beroende som:

ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst tre av följande sju kriterier under loppet av en och samma tolv månadersperiod:

- tolerans, definierat som endera av följande:
  - ett behov av påtagligt ökad mängd av substansen för att uppnå rus eller annan önskad effekt
  - påtagligt minskad effekt vid fortgående bruk av samma mängd av substansen
- abstinens, vilket visar sig i något av följande:
  - abstinenssymtom som är karakteristiska för substansen
  - intag av substans i syfte att lindra eller undvika abstinenssymtom
- substansen används ofta i större mängd eller under en längre period än vad som avsågs
- det finns en varaktig önskan om eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera substansbruket

- mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen (t.ex. att besöka flera olika läkare för att få recept), nyttja substansen (t.ex. kedjeröka) eller hämta sig från substansbrukets effekter
- viktiga sociala aktiviteter, yrkes- eller fritidsaktiviteter överges eller minskas på grund av substansbruket
- bruket av substansen fortgår trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats av eller förvärrats av konsumtionen (t.ex. fortsatt bruk av kokain trots vetskap om kokainbetingad depression, fortsatt drickande trots vetskap om magsår som förvärrats av alkoholen)”.

Enligt ICD-10 (The World Health Organization 1992) ska beroendediagnos sättas om tre eller fler av följande sex symtom förekommit samtidigt under det gångna året:

- stark längtan eller känsla av tvång att ta substansen
- svårigheter att kontrollera intaget
- fysiska abstinenssymtom
- ökad tolerans
- prioritering av substansanvändning högre än andra aktiviteter och förpliktelser
- fortsatt användning trots skadliga effekter.

Skillnaden mellan DSM-IV och ICD-10 är sålunda liten och består av kriteriet

*mycket tid ägnas åt att försöka få tag på substansen (t.ex. att besöka flera olika läkare för att få recept), nyttja substansen (t.ex. kedjeröka) eller hämta sig från substansbrukets effekter.*

### 12.3.3 Abstinenssymtom

Längd och svårighetsgrad av abstinenssymtom kommer att skilja sig åt beroende på egenskaperna hos den specifika substansen som använts, exempelvis halveringstid (American Psychiatric Association 2000). Abstinenssymtom kan även ha en psykologisk grund, där symtomen är en betingad reaktion till avbrott i intaget av substansen. Symtom som förekommer i abstinensfasen kan också orsakas av andra psykiatriska tillstånd; som ångestsyndrom eller depression (The World Health Organization 1992).

## Sedativa och hypnotika

Ju längre tid som läkemedlet används och ju högre dos som tas desto större är risken för svåra abstinenssymtom. Kortverkande sedativa och hypnotika som ger effekt i 10 timmar eller mindre, exempelvis lorazepam och oxazepam, ger generellt sett abstinenssymtom inom 6–8 timmar. På andra dygnet sker ofta en topp i intensiteten av symtomen, och en märkbar förbättring på fjärde eller femte dygnet. För substanser med längre halveringstid, som diazepam, kan abstinenssymtom utvecklas under en vecka, nå sin topp under andra veckan och markant minska under tredje eller fjärde veckan. Andra abstinenssymtom med lägre intensitet, som ångest, sömnsvårigheter och lynnighet, kan finnas kvar i flera månader. Dessa kan misstas för ångestsyndrom eller depression.

Vanliga abstinenssymtom vid dessa läkemedel är:

- Ökad hjärtfrekvens, blodtryck eller kroppstemperatur
- Ökad handtremor
- Sömnsvårigheter
- Ångest
- Illamående/kräkning
- Psykomotorisk agitation.

Även delirium, krampanfall och hallucinationer kan förekomma (American Psychiatric Association 2000).

## Opioider

För kortverkande opiater börjar ofta utsättningssymtomen märkas 6–12 timmar efter sista dosen. Symtomen når ofta sin topp efter 1–3 dygn och går gradvis över på 5–7 dygn. För långverkande medel startar utsättningssymtomen efter 2–4 dygn.

Vanliga abstinenssymtom är:

- Dysforisk sinnestämning
- Illamående kräkning
- Muskelvärk
- Rinnande näsa eller ökat tårflöde

- Diarré
- Gäsningar
- Feber
- Sömnsvårigheter.

Även ångest, rastlöshet och irritation är vanligt förekommande (American Psychiatric Association 2000). Mindre akuta abstinenssymtom kan ta veckor till månader innan de går över. Dessa mer kroniska symtom är ångest, dysfori, sömnsvårigheter och drogsug (American Psychiatric Association 2000). Abstinenssymtom i form av smärta kan tolkas som grundproblemet och leda till den onda cirkeln med fortsatt bruk av opioidanalgetika ofta i ökad dosering. Abstinenssmärtan kan således förväxlas med det utlösande smärtproblemet.

#### **12.3.4 Problematisering av beroendebegreppet. Förekommer så kallat lågdosberoende?**

Individer som under lång tid tagit bensodiazepiner i terapeutiska doser kan uppvisa symtom på abstinens vid nedtrappning eller vid abrupt utsättning (American Psychiatric Association 2000). Detta har dokumenterats i flera studier (Allgulander 1978; Lader 1991; Petursson et al. 1981; Tyrer et al. 1981), och kan leda till att det blir svårt att sluta med läkemedlen. Vanliga utsättningsymtom vid bruk av bensodiazepiner är oro, ångest och sömnsvårigheter, det vill säga en förstärkning av de ursprungliga symtomen. Dessa symtom kan feltolkas som indikation på behov av fortsatt behandling. Hur stor del av användarna som drabbas och i vilken grad är oklart.

Att i den individuella situationen bedöma om ett ångesttillstånd är helt eller delvis utlöst av läkemedelsberoende är inte möjligt i många fall. Det kan krävas ingående kännedom om patientens bakgrund med mera. Det kan till och med bli nödvändigt med en tids observation, förändring av medicin eller till och med utsättning av medicin för att få ett underlag. Detta innebär att prevalenssiffror i enkät- och intervjuundersökningar men även patientinventeringar kan vara svåra att värdera.

Det är viktigt att påpeka att en beroendediagnos kan sättas även om individen inte utvecklat tolerans, men uppfyller tre av sju



kriterier för diagnos enligt DSM-IV alternativt tre av sex diagnoskriterier enligt ICD-10.

## 12.4 Prevalens

### 12.4.1 Sverige

De studier som har gjorts i syfte att undersöka prevalens av användning, regelbundet bruk, missbruk samt beroende av läkemedel har använt olika metodologiska ansatser, varpå resultaten är svåra att jämföra. Det finns därför inte publicerat entydiga prevalenssiffror på området.

### 12.4.2 Användning av hypnotika, sedativa och analgetika (narkotikaklassade läkemedel) enligt förskrivningsdata

Ett sätt att undersöka användningen av läkemedel är att titta på försäljningsdata.

Allgulander et al. (1977a) undersökte konsumtionen av lugnande medel och kom fram till att antalet tillfälliga konsumenter minskade under 1960-talet, men att ett ökande antal konsumerade dessa medel regelbundet. Vid denna tid svarade kvinnor för den största andelen av konsumtionen.

Boethius et al. (1977) undersökte förskrivning av lugnande- och sömnmedel till befolkningen i Jämtland 1970. Detta år fick 15,5 procent recept på dessa läkemedel. 1,2 procent bedömdes vara regelbundna konsumenter med sju eller fler uttag under ett år.

I den så kallade "Tierpsundersökningen" kom Isacson (1997) fram till att 10 procent i befolkningen under år 1976 hade fått recept på bensodiazepiner. Användningen ökade med stigande ålder, och dubbelt så många kvinnor som män hade fått recept utskrivet. Av dem som hade fått läkemedlet förskrivet använde 65 procent medlet ett år senare. Efter två år var siffran 55 procent och var fjärde person fortsatte att använda läkemedlet under samtliga 13 år som studien pågick. I materialet var högre dos med läkemedel och ålder starka prediktorer för långtidsanvändning. Personer med ett regelbundet bruk tenderade att fortsätta under längre tid jämfört med personer med ett oregelbundet bruk. Av nya användare utvecklade var tionde ett långtidsbruk som pågick i över 10 års tid.

Regionala skillnader i förskrivningen av dessa läkemedel finns även dokumenterat, bland annat av Henricson et al. (1999), där man fann en högre förskrivning av kodein i Göteborg och Malmö jämfört med Stockholm och resten av landet.

Såväl Jämtland som Tierpsundersökningarna studerar endast användningens omfattning och inte de medicinska orsakerna.

### 12.4.3 Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Läkemedelsregistret innehåller uppgifter om läkemedel som expedierats mot recept på apotek. Nedan anges antalet patienter i hela riket, 18 år eller äldre, som under det angivna året haft minst fyra uttag av receptbelagda hypnotika, sedativa och opioider (se bilaga 1 för förteckning). Med DDD avses definierad dygnsdos av aktuellt läkemedel.

Antal personer med minst fyra uttag av angivna läkemedel under år 2006 enligt Socialstyrelsens Läkemedelsregister. Indelning utifrån konsumerat antal normala dygnsdoser (DDD) i genomsnitt per dag.

Tabell 1

|   | > 2 DDD                                 | 1–2 DDD                                  | < 1 DDD                                  |
|---|---|--|--|
| Hypnotika, Sedativa och Opioider (alla substanser i bilaga 1) | 54 059 eller<br>0,8 % i<br>befolkningen | 126 661 eller<br>1,8 % i<br>befolkningen | 335 604 eller<br>4,7 % i<br>befolkningen |
| Hypnotika/Sedativa  | 33 327                                  | 103 149                                  | 242 146                                  |
| Opioider *  | 10 685                                  | 24 536                                   | 133 408                                  |

\* exklusive buprenorfin, buprenorfin kombinationer och metadon

Antal personer med minst fyra uttag av angivna läkemedel under år 2009 enligt Socialstyrelsens Läkemedelsregister. Indelning utifrån konsumerat antal normala dygnsdoser (DDD) i genomsnitt per dag.

Tabell 2

|   | > 2 DDD                                 | 1–2 DDD                                  | < 1 DDD                                  |
|---|---|--|--|
| Hypnotika, Sedativa och Opioider (alla substanser i bilaga 1) | 59 513 eller<br>0,8 % i<br>befolkningen | 132 639 eller<br>1,8 % i<br>befolkningen | 352 755 eller<br>4,8 % i<br>befolkningen |
| Hypnotika/Sedativa  | 37 694                                  | 110 192                                  | 257 313                                  |
| Opioider *  | 10 881                                  | 25 383                                   | 142 677                                  |

\* exklusive buprenorfin, buprenorfin kombinationer och metadon

Under åren 2006–2008 gjorde 85 323 individer minst fyra uttag av hypnotika, sedativa och/eller opioider vars sammanlagda läkemedelsmängd motsvarade en förbrukning av två eller fler normala dygnsdoser i genomsnitt per dag och under ett år. Av dessa hade 6,4 procent, eller 5 480 personer, vårdats under diagnos skadligt bruk eller beroende av opiater eller hypnotika/sedativa (Läkemedelsregistret samt Patientregistret, Socialstyrelsen).

Förutom regelbundenhet i uttag i form av minst fyra uttag på ett år finns här möjlighet att studera ett dygnsuttag som är högre än 1 Definierad daglig dygnsdos. Detta kan innebära att en toleransökning inträtt, att individen tagit högre doser för att erhålla exempelvis berusningseffekter men också att det krävts högre doser för att få effekt på det medicinska tillståndet exempelvis svår kroppslig smärta, stark ångest eller svår sömnstörning.

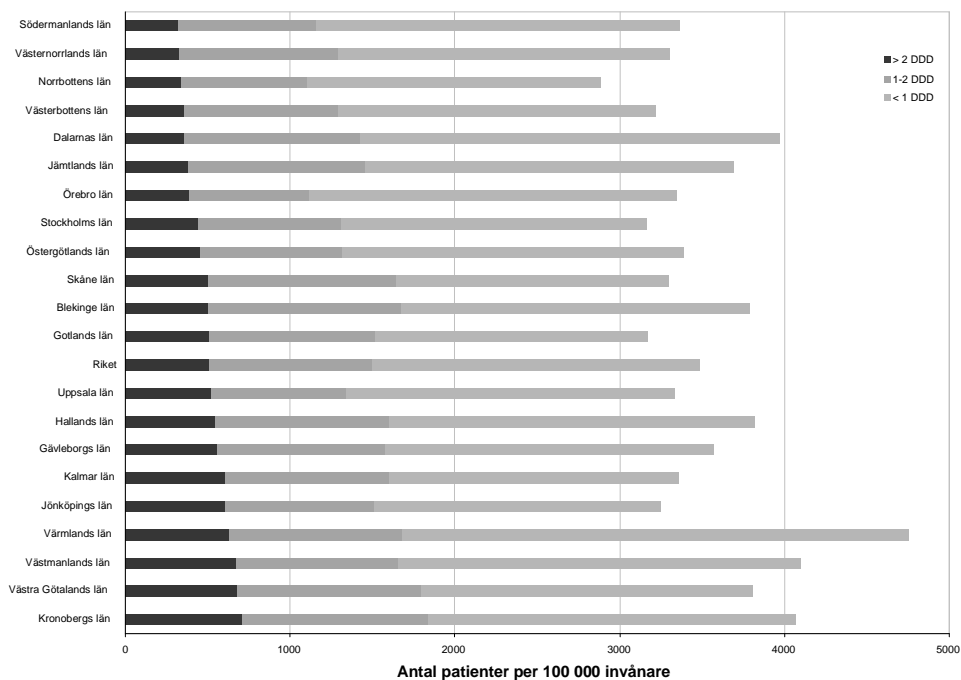
### Geografisk fördelning

I tabellerna nedan visas data uppdelade över patienters hemlandsting. Resultaten visar på regionala skillnader i förskrivningsmönster.

Antal personer med minst fyra uttag av sedativa/hypnotika under 2009 enligt Socialstyrelsens Läkemedelsregister. Indelning utifrån definierad dygnsdos, DDD, och patienters hemlandsting.

Figur 1

Antal patienter, 18 år eller äldre, med minst 4 uttag av sedativa/hypnotika under 2009

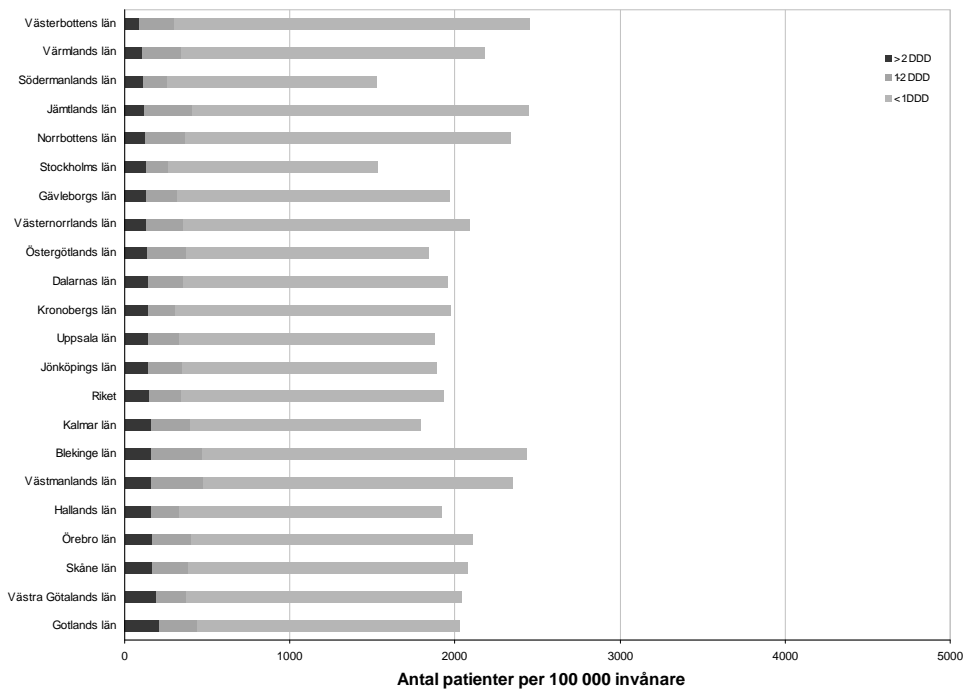


Som framgår av diagrammet finns en viss geografisk spridning vad gäller sedativa/hypnotika.

Antal personer med minst fyra uttag av opioider, exklusive buprenorfin, buprenorfin kombinationer och metadon, under år 2009 enligt Socialstyrelsens Läkemedelsregister. Indelning utifrån definierad dygnsdos, DDD, och patienters hemlandsting.

Figur 2

Antal patienter, 18 år eller äldre, med minst 4 uttag av opioider, exklusive buprenorfin, buprenorfin kombinationer och metadon, under 2009



#### 12.4.4 Vård för skadligt bruk/beroende av hypnotika/sedativa respektive analgetika enligt Socialstyrelsens Patientregister

Nedan anges antal patienter i hela riket, 18 år eller äldre, som vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård med diagnos skadligt bruk eller beroende av hypnotika/sedativa respektive opiater enligt ICD-10 kriterierna.

Antal unika patienter i hela riket, 18 år eller äldre, vårdade inom slutenvård och/eller specialiserad öppenvård med ICD-10 diagnos skadligt bruk eller beroende av hypnotika/sedativa respektive opiater enligt Patientregistret vid Socialstyrelsen.

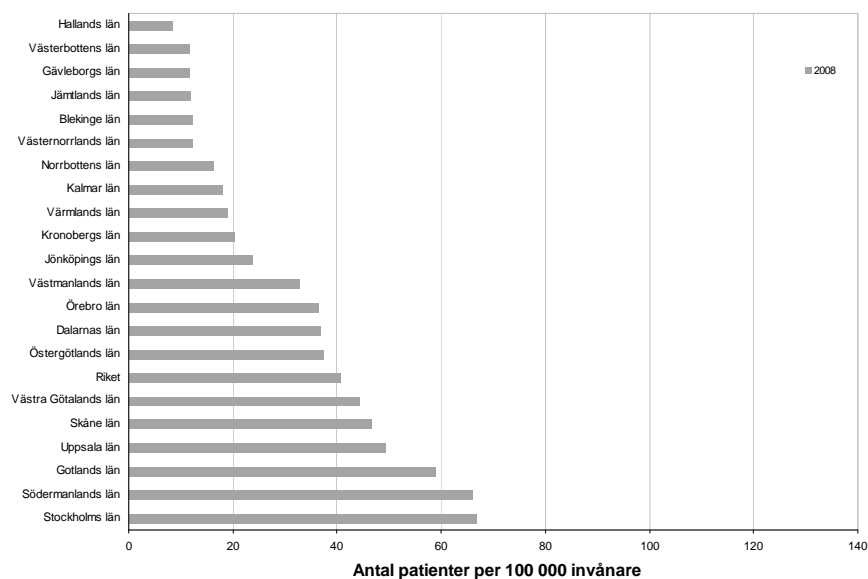
**Tabell 3** Antal patienter med beroende av hypnotika/sedativa respektive opiater enligt ICD 10

| År   | Hypnotika/Sedativa | Opiater |
|------|--------------------|---------|
| 2006 | 2 392              | 3 444   |
| 2007 | 2 715              | 3 951   |
| 2008 | 2 977              | 4 539   |

\* observera att patienter i buprenorfin och metadon behandling ingår

För hypnotika/sedativa är ökningen mellan år 2006 och år 2008 24 procent. För opiater är ökningen mellan år 2006 och år 2008 32 procent. Observera att i gruppen opiater ingår patienter i underhållsbehandling.

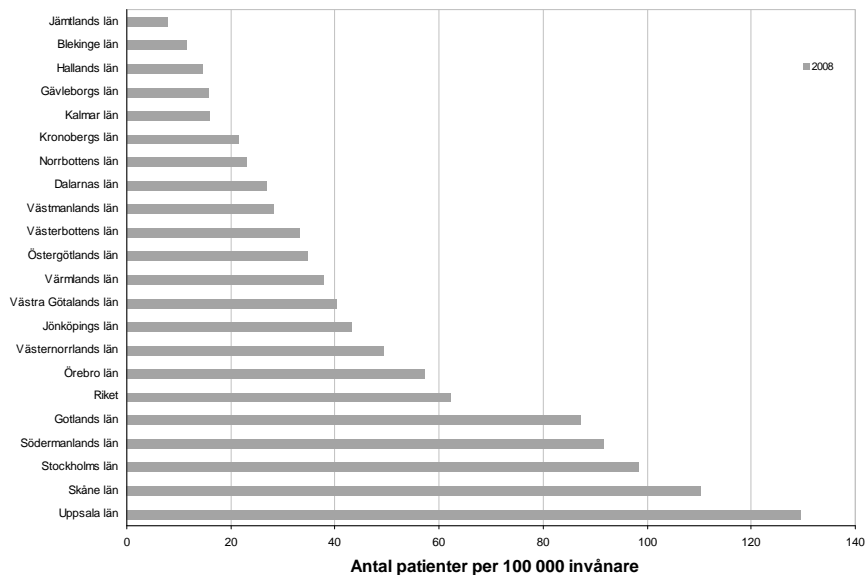
Nedan redovisas antal patienter per 100 000 invånare med slutenvård och/eller specialiserad öppenvård för skadligt bruk eller beroende av sedativa/hypnotika enligt ICD-10 diagnoskriterier fördelat på vårdgivande landsting.

**Figur 3****Antal patienter, 18 år eller äldre, med sluten eller öppen vård för skadligt bruk eller beroende av sedativa/hypnotika (F13.1, F13.2)**

Nedan redovisas antal patienter per 100 000 invånare med slutenvård och/eller specialiserad öppenvård för skadligt bruk eller beroende av opiater enligt ICD-10 diagnoskriterier fördelat på vårdgivande landsting.

**Figur 4**

**Antal patienter, 18 år eller äldre, med sluten eller öppen vård för skadligt bruk eller beroende av opiater (F11.1, F11.2)**



Det finns avsevärda regionala skillnader i antalet patienter som vårdas för skadligt bruk och beroende av narkotikaklassade läkemedel. Observera att även patienter i underhållsbehandling för heroinberoende ingår när det gäller vård med opioiddiagnos.

Statistik från Stockholms läns landsting visar att majoriteten av diagnoser för skadligt bruk och beroende sätts inom den specialiserade beroendevården (Leifman 2010).

**Tabell 4** Antal unika patienter, 18 år eller äldre, med sluten eller öppen vård för skadligt bruk eller beroende av sedativa/hypnotika enligt ICD-10 kriterier inom Stockholms läns landsting

| År   | Beroendecentrum Stockholm                 |        | Maria Beroendecentrum AB | Övrig psykiatri | Övriga |
|------|---|--------|--------------------------|-----------------|--------|
|      | Läkemedelsberoendeprogram (TUB), Smårteam | Övriga |                          |                 |        |
| 2006 | 160                                       | 565    | 102                      | 48              | 19     |
| 2007 | 167                                       | 592    | 164                      | 59              | 22     |
| 2008 | 196                                       | 658    | 150                      | 100             | 9      |

**Tabell 5** Antal unika patienter, 18 år eller äldre, med sluten eller öppen vård för skadligt bruk eller beroende av opiater enligt ICD-10 kriterier inom Stockholms läns landsting.

| År   | Beroendecentrum Stockholm                 |                     |        | Maria Beroendecentrum AB | Övrig psykiatri | Övriga |
|------|---|---------------------|--------|--------------------------|-----------------|--------|
|      | Läkemedelsberoendeprogram (TUB), smårteam | Metadonmottagningar | Övriga |                          |                 |        |
| 2006 | 128                                       | 641                 | 176    | 239                      | 14              | 31     |
| 2007 | 121                                       | 730                 | 194    | 321                      | 8               | 27     |
| 2008 | 172                                       | 1 001               | 212    | 336                      | 31              | 29     |

År 2008 har alltså 72 av 100 000 invånare, 18 år eller äldre, i Stockholms län vårdats inom sluten eller öppen vård för skadligt bruk eller beroende av sedativa/hypnotika enligt ICD-10 kriterierna. För skadligt bruk eller beroende av opiater enligt ICD-10 kriterierna är motsvarande siffra 50 per 100 000 invånare. Då har patienter som vårdats vid metadonmottagningarna vid Beroendecentrum Stockholm inte inkluderats.

De geografiska skillnaderna är avsevärda när det gäller diagnostillfällena och är högst i Skåne och Stockholm. Båda områdena har relativt låg förskrivning men väl utbyggd beroendevård och möjligheter till behandling inom den specialiserade beroendevården. Det är känt att patienter som behandlas inom allmänpsykiatrin inte får beroendediagnos även om de behandlas för detta tillstånd också (Allgulander et al., 1978). Skulle Stockholms-siffrorna översättas till riksnivå skulle det innebära 13 000 unika



patienter per år, och ett genomsnittligt landsting med 250 000–300 000 invånare skulle ha 450–550 patienter på ett år.

#### **12.4.5 Användning av hypnotika och analgetika i befolkningsundersökningar**

Prevalens av läkemedelsanvändning går även att studera via befolkningsundersökningar.

##### **Användning av narkotikaklassade läkemedel enligt läkarordination**

I en enkätundersökning som genomfördes i Stockholmsområdet 1984 undersöktes prevalensen av användning av lugnande medel och sömnmedel hos personer som var 18 år och äldre (Blennow et al. 1994). 3,7 procent av männen och 4,7 procent av kvinnorna använde dessa läkemedel regelbundet, det vill säga minst tre dagar i veckan under minst tre månader. Årligen börjar 1,8 procent av männen och 2,7 procent av kvinnorna mellan 25 och 64 år en regelbunden användning. 12,8 procent av männen och 18,5 procent av kvinnorna anger att de under de två veckor som föregick studien använt dessa läkemedel. Vid uppföljning ett halvår senare var mer än 25 procent av dem som använt under de senaste två veckorna nu regelbundna användare. Prevalensen fanns vara högre med ökad ålder, sjukpension, arbetssökande, högkonsumenter av alkohol, personer med ökad symtomnivå och änkor. Författarna drar slutsatsen att den låga incidensen och höga prevalensen av regelbunden användning antyder att långtidsanvändningen av lugnande och sömnmedel är vanlig.

I en NEPI rapport från 2002 (Melander et al.) sändes enkäter ut till patienter som fått lugnande medel och sömnmedel förskrivna. Tre av fyra uppgav att de hade stått på läkemedlet i mer än ett år, var tredje hade stått på medlet i mer än fem år. Flertalet hade försökt sluta, men misslyckats och flertalet ansåg sig själva vara beroende av läkemedlet. I rapporten dras slutsatsen att uppkomsten av beroende syntes främst betingat av själva användningen av medlen och längd av användningen.

Jonasson (2003) har i en undersökning kommit fram till att prevalensen av användning av sömnmedel, lugnande medel eller

smärtstillande medel vid enkättillfället i befolkningsgruppen var 8 procent. Prevalensen hos kvinnor var 9 procent och män 7 procent. Hos en grupp sjukskrivna fann man att 18 procent använde dessa läkemedel, 17 procent av kvinnorna och 18 procent av männen. Intervjuer genomfördes med personer i gruppen sjukskrivna med en regelbunden användning (n=187). Av dessa bedömdes 2 procent, eller 4 personer, uppfylla diagnoskriterierna för skadligt bruk. 10 procent, det vill säga 18 personer, beroende av smärtstillande medel. 5 procent, 10 personer, beroende av sömnmedel och lugnande medel och 1 procent, 2 personer, beroende av en kombination av smärtstillande, sömnmedel och lugnande medel.

Statens folkhälsoinstitut har sammanställt data gällande gruppen funktionshindrade, som samlats in via den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" 2004, 2005, 2006 samt 2007 (Boström 2008). I gruppen funktionshindrade var det genomgående vanligare att ha använt hypnotika, sedativa och analgetika jämfört med övriga befolkningen.

De nationella folkhälsoenkäterna skickades år 2005–2009 ut till knappt 70 000 slumpvis utvalda personer i åldern 16–84 år (Statens folkhälsoinstitut 2005–2009). Svarsfrekvensen var 50–60 procent. Data baseras på uppgifter från totalt 37 000 personer.

Resultatet visar kortfattat att:

- Under en tremånadersperiod år 2009 använder kvinnor mer receptbelagda narkotikaklassade sömnmedel (12 procent), lugnande medel (7 procent) och smärtlindrande (17 procent) än män (9 procent, 5 procent respektive 13 procent). Nivån är ungefär densamma enligt försäljningsdata
- Andelen användare ligger på samma nivå under femårsperioden 2005–2009
- Andelen användare ökar med åldern
- Andel användare av framförallt smärtlindrande medicin är vanligare hos dem med kort utbildning
- Användning är klart lägre hos de yrkesarbetande och högst bland dem som uppbär sjukpenning eller sjukersättning
- Skillnaderna i andel användare är liten då det gäller socioekonomisk position

- Användning av lugnande medel och sömnmedel är klart vanligare bland dem som uppger att de är i ekonomisk kris, saknar kontantmarginal och har låg inkomst
- Användning av lugnande medel, sömnmedel smärtlindrande är vanligare hos dem som är födda utanför Sverige och i övriga Norden.

### Användning av narkotikaklassade läkemedel utan läkarordination

I en stor befolkningsundersökning 2008 gjordes ett stratifierat obundet slumpmässigt urval av 58 000 individer i ålder 16–64 år (Statens Folkhälsoinstitut under tryckning). Totalt svarade 22 095 personer på enkäten. Faktisk svarsfrekvens var 38 procent men efter viktning ökade den till 52 procent.

De två följande tabellerna är framtagna genom att använda data från en fråga i enkäten där det framgick att de svarande använt läkemedel utan ordination eller mer/oftare än läkare förskrivit under det senaste året.

**Tabell 6** Andel i befolkningen som svarat att de använt läkemedel utan ordination eller mer/oftare än läkare förskrivit under de senaste 30 dagarna, Statens Folkhälsoinstitut (under tryckning)

| Sömnmedel eller lugnande läkemedel | Kvinnor | Män    |
|------------------------------------|---------|--------|
| Max 1 gång per månad               | 1,17 %  | 0,52 % |
| 2–4 ggr per månad                  | 0,15 %  | 0,31 % |
| 2–3 ggr per vecka                  | 0,07 %  | 0,02 % |
| Minst 4 ggr per vecka              | 0,08 %  | 0,05 % |

Det betyder att 2 000 kvinnor och 600 män i åldern 16–64 år uppger att de 2–3 gånger per vecka under de senaste 30 dagarna använt sömnmedel eller lugnande läkemedel utan ordination eller mer/oftare än läkare föreskrivit. 2 300 kvinnor och 1 500 män i åldern 16–64 uppger användning utan ordination minst fyra gånger per vecka under de senaste 30 dagarna.

**Tabell 7** Andel i befolkningen som svarat att de använt läkemedel utan ordination eller mer/oftare än läkare förskrivit under de senaste 30 dagarna, Statens Folkhälsoinstitut (under tryckning)

| Smärtstillande läkemedel | Kvinnor | Män    |
|--------------------------|---------|--------|
| Max 1 gång per månad     | 2,21 %  | 1,15 % |
| 2–4 ggr per månad        | 0,18 %  | 0,30 % |
| 2–3 ggr per vecka        | 0,16 %  | 0,34 % |
| Minst 4 ggr per vecka    | 0,05 %  | 0,04 % |

Det betyder att 4 700 kvinnor och 10 300 män i åldern 16–64 år uppger att de 2–3 gånger per vecka under de senaste 30 dagarna använt smärtstillande läkemedel utan ordination eller mer/oftare än läkare föreskrivit. 1 500 kvinnor och 1 200 män i åldern 16–64 uppger användning utan ordination minst fyra gånger per vecka under de senaste 30 dagarna.

Tabellen nedan visar uppskattat antal personer i total befolkningen som anger att man använt narkotikaklassade lugnande medel, sömnmedel eller smärtlindrande medel utan recept eller i högre dos än ordinerat av dem som *inte använt illegal narkotika*. De som här redovisas som läkemedelsanvändare är alltså de som enbart använt läkemedel och inte läkemedel i kombination med narkotika.

**Tabell 8** Antal personer i total befolkningen som anger att man använt narkotikaklassade lugnande medel, sömnmedel eller smärtlindrande medel utan recept eller i högre dos än ordinerat av dem som inte använt illegal narkotika, Statens Folkhälsoinstitut (under tryckning)

|                           | Kvinnor          |         | Män              |         |
|---------------------------|------------------|---------|------------------|---------|
|                           | Antal (avrundat) | Procent | Antal (avrundat) | Procent |
| Under den senaste månaden | 33 000           | 1,3     | 15 000           | 0,6     |
| Under senaste året        | 75 000           | 2,9     | 49 000           | 1,9     |
| Någon gång                | 200 000          | 7,7     | 116 000          | 4,4     |

Enligt resultat från DUDIT frågor bejakar 1,1 procent i befolkningen förekomst av problem orsakade av läkemedelsanvändningen; blir kraftigt påverkade av preparatet, tagit preparatet och sedan låtit bli att göra någonting som man borde ha gjort minst en gång i månaden, en själv eller någon annan har blivit skadad (psykiskt eller fysiskt) under det senaste året på grund av

användning av preparatet. För 0,9 procent i befolkningen har någon i omgivningen oroat sig för preparatanvändningen eller sagt att man bör sluta med preparatet. 1,6 procent i befolkningen har haft skuld känslor eller dåligt samvete på grund av användningen av preparatet. 1,3 procent i befolkningen har haft så stark längtan efter preparatet att de inte kunnat stå emot och bejakar att de inte kunnat sluta ta preparatet sedan de börjat (Statens folkhälsoinstitut under tryckning). 1,1 procent respektive 0,9 procent innebär 65 000 respektive 54 000 personer i befolkningen i åldern 16–64 år som alltså anger en problematisk konsumtion och uppfyller kriterierna för missbruk enligt DSM-IV eller skadligt bruk enligt ICD-10.

Sociala belastningsfaktorer som låg utbildning, sjuk- eller aktivitetsersättning, långtidssjukskrivning, rökning och riskfylld alkoholkonsumtion var mer frekvent förekommande bland dem som i högre utsträckning använt narkotikaklassade läkemedel utan läkarordination jämfört med dem som inte hade det (Statens folkhälsoinstitut under tryckning).

Bland universitetsstudenter uppgav år 2003 15,4 procent att de någon gång använt receptbelagda narkotikaklassade läkemedel utan läkarordination (Röger 2005). 9,1 procent uppgav sådan användning under de senaste 12 månaderna. I undersökningen inkluderas förutom lugnande och smärtstillande läkemedel även antidepressiva och rohypnol. I en studentundersökning riktad mot 16 åringar år 2007 var livstidsprevalensen för bruk av ångestlindrande läkemedel utan recept 7 procent i Sverige (Hibell et al. 2009). Det förelåg inga större skillnader i resultatet mellan 2003 och 2007.

## 12.5 Internationellt

### 12.5.1 Användning av hypnotika, sedativa och analgetika enligt försäljningsdata

I en studie i Holland har långtidsbruk av bensodiazepiner undersökts (van Hulten et al. 2003). Där finner man att hälften av nya användare fortsätter bruka läkemedlen i två till sju år och 14 procent fortsätter bruka läkemedlen under samtliga åtta år som studien pågick.

Konsumtionen av opiater i sju europeiska länder år 2002 har analyserats med två olika databaser; INBC (United Nations Inter-

national Narcotics Control Board Report) samt nationella hälsomyndigheter (Hamunen et al. 2008). I denna undersökning hade Sverige den högsta total konsumtionen av opiater uttryckt i DDD/1000/invånare. I Sverige är det dock svaga opiater som står för den största delen av konsumtionen. Sammantaget dras slutsatsen att Danmark konsumerar mest opiater, utifrån att de i sammanställningen av de sju länderna har högst konsumtion av starka opiater. För att bättre kunna följa konsumtionen föreslås separat rapportering av förskrivning av opioider vid behandling av cancerrelaterad smärta jämfört med icke cancerrelaterad smärta. Hamunen et al. (2009) har även gjort en kartläggning av trender i opioidkonsumtionen i de nordiska länderna 2002–2006. En ökning av konsumtionen noteras i samtliga länder utom Sverige.

I Norge har Fredheim et al. (2009) studerat konsumtionen av kodein hos icke cancer patienter. År 2005 var ett års prevalensen av bruk av kodein 8,3 procent i populationen. 58 procent av dem som använt kodein hade endast fått en förskrivning. 2 procent hade fått mer än en förskrivning och 365–730 DDD. 0,5 procent hade fått mer än en förskrivning och 730 DDD eller mer.

### 12.5.2 Användning av hypnotika, sedativa och analgetika i befolkningsundersökningar

Även resultat av internationell forskning avseende prevalens är svåra att tolka eftersom termerna ”missbruk” och ”beroende” används och definieras på olika sätt, vilket inte alltid redovisas (Compton et al. 2006). Trots skillnader i metod och operationalisering av begrepp visar data samstämmigt att den icke medicinska användningen av analgetika ökat i USA (Gilson et al. 2009). Detta går att se både i självrapporteringar och via besök på akuttagningar. I data från epidemiologiska databaser noteras en markant ökning av opiatmissbruket i USA under 1990-talet och början av 2000-talet (Denisco et al. 2008). Under samma tidsperiod steg antalet förskrivningar för behandling av icke cancer relaterad smärta. Analys av data visar att den ökade prevalensen av missbruk är kopplad till en ökad tillgänglighet av läkemedlen snarare än missbruk av dessa preparat bland dem som får det förskrivet till sig.

I en nationell epidemiologisk studie i USA med 43 093 deltagare kom man fram till att livstidsprevalensen för icke medicinskt bruk av hypnotika preparat med en beroendeframkallande potential var

4,1 procent, ångestlindrande läkemedel 3,4 procent och opiater 4,7 procent (Huang et al. 2006). Livstidsprevalensen för missbruk och beroende av dessa substanser var 1,1 procent för hypnotika preparat med en beroendeframkallande potential, 1,0 procent för ångestlindrande läkemedel och 1,4 procent för opiater. De flesta uppgav att de kom över läkemedlen via illegal handel.

I en studentundersökning riktad mot 16 åringar (n=104 828) som genomfördes 2007 var livstidsprevalensen för hela Europa av bruk av ångestlindrande läkemedel utan recept 6 procent. (Hibell et al. 2009)

## 12.6 Samsjuklighet

Sedativa, hypnotika och opiater förskrivs för behandling av oro, ångest, sömnsvårigheter och smärta. Det är därmed knappast förvånande att finna en hög komorbiditet av dessa besvär bland personer med läkemedelsberoende.

Prevalens av opiatberoende hos kroniska smärtpatienter utan cancer har i studier uppskattats till mellan 0 och 50 procent och mellan 0 och 7,7 procent hos cancer patienter, beroende på vilken subpopulation som studerats och vilka kriterier som använts (Hojsted et al. 2006). Författarna betonar att man behöver ta hänsyn till risken för beroende när långtidsbehandling med opiater initieras, särskilt eftersom beroende kan resultera i sämre smärtbehandling. Samtidigt är det viktigt att inte underbehandla smärta på grund av rädsla för beroende.

Kliniska erfarenheter och forskningsresultat talar även för en hög samsjuklighet med annan missbruks- eller beroendeproblematik, ofta alkohol, samt psykiatriska och somatiska diagnoser (Allgulander 1978; Allgulander et al. 1978; Allgulander et al. 1984). Personer med historia av beroende är mer sårbara för att utveckla beroende vid behandling med beroendeframkallande läkemedel. Mindre är känt om riskfaktorer för personer som inte missbrukat droger tidigare (Simoni-Wastila et al. 2004).

Särskilt missbruk och beroende av sedativa och hypnotika är ofta associerat med missbruk och beroende av andra substanser (American Psychiatric Association 2000). Dessa läkemedel används då för att förstärka effekten av missbruksdrogen, lindra oönskade effekter av de andra missbrukssubstanserna, mildra abstinens eller som ersättningsmedel.

I en studie av Johansson et al. (2003) fann man att 15 procent i en grupp alkoholberoende (n=153) även var beroende av bensodiazepiner. 3 procent av de alkoholberoende var även beroende av zolpidem, 5 procent av zopliklon och 5 procent av kodein. I en grupp friska kontroller (n=120) var motsvarande siffror för beroende 1 procent för bensodiazepiner, 0 procent för zolpidem och zopliklon och 1 procent för kodein.

I ett projekt vid Tub-enheten i Stockholm (Vikander et al. 2000) fann man att 38 procent av patienterna som sökte vård för läkemedelsberoende även hade en psykiatrisk diagnos. De psykiatriska diagnoserna var skiftande från akut kris till akut psykos. Endast hos 27 procent av de med analgetikaberoende fann man en somatisk diagnos. För 70 procent av kvinnorna och 48 procent av männen i projektet var det första beroendeframkallande preparatet de tagit ett läkemedel.

Liknande resultat går att finna i internationell forskning. I den amerikanska epidemiologiska studien som tidigare nämnts (Huang et al. 2006) fann man en hög komorbiditet med andra psykiatriska diagnoser, både axel I samt axel II diagnoser. Samsjuklighet av annan missbruks- eller beroendediagnos var även vanligt förekommande. I en jämförelse av karaktäristika hos heroinberoende och analgetikaberoende tonåringar (14–18 år) i USA fann man att båda grupperna led av multipel komorbiditet (Subramaniam et al. 2009). De med analgetikaberoende hade i större utsträckning flera beroendediagnoser, ADHD och tidigare psykiatrisk behandling.

I Finland fann Vormä et al. (2005) att nära samtliga deltagare i en studie för nedtrappning av bensodiazepiner hade en pågående eller tidigare axel I diagnos. 64 procent av deltagarna bedömdes lida av en personlighetsstörning. Borderline personlighetsstörning var i studien associerat med svårigheter att sluta med bensodiazepiner och tendens att avbryta behandlingen.

## 12.7 Långtidsprognos

Det finns få långtidsuppföljningar av patienter med läkemedelsberoende. I Sverige följde Allgulander et al. (1984) upp 50 patienter som vårdats för läkemedelsberoende. Vid uppföljning fyra till sex år senare hade hela 80 procent av patienterna återfallit i beroende. En social nedgång i gruppen noterades. Dödligheten i gruppen var



även hög, vid uppföljning hade sex av 50 patienter avlidit. Fyra av dessa sex hade suiciderat.

I Holland har Oude Voshaar et al. (2006) genomfört en långtidsuppföljning på patienter som deltagit i en randomiserad kontrollerad studie av nedtrappningsprogram av bensodiazepiner. Resultatet av nedtrappningen påverkades av patientens förmåga att minska dosen innan nedtrappningen börjar. Vid uppföljning var 29 procent av deltagarna utan förskrivning av bensodiazepiner. Författarna fann att alkoholanvändning och grad av bensodiazepinberoende innan nedtrappning påverkar långtidsresultatet.

För äldre personer kan även en kort tids bruk med terapeutiska doser vara associerade med högre risk för kognitiva svårigheter och fallolyckor (American Psychiatric Association 2000). Det finns studier som visar att patienter som använt lugnande medel eller sömnmedel lider av kognitiva nedsättningar (Barker et al. 2004; Bergman et al. 1980; Borg 1987), vilket är viktigt att ta hänsyn till vid behandling av patientgruppen. Nedsättningarna verkar vara delvis reversibla vid en längre tids abstinens (Barker et al. 2004; Borg 1987, Tönne et al. 1995), men Tönne et al. (1995) fann stora individuella skillnader, där vissa personer behöver en längre återhämtningsperiod. Studier har visat att större kognitiva nedsättningar leder till en sämre långtidsprognos (Bergman et al. 1989; Borg 1987).

Många personer som behandlas med lugnande medel eller sömnmedel lider av ett ångestsyndrom eller depression vid insättning av läkemedlet. Dessa psykiatriska besvär kan orsaka kognitiva nedsättningar. Det behövs ytterligare studier för att utröna etiologin till de kognitiva nedsättningar man finner hos patienterna (Barker et al. 2004; Verdoux et al. 2005).

## **12.8 Vård- och behandlingstraditioner samt metoder**

### **12.8.1 Behandling vid beroende av hypnotika och sedativa**

#### **Klinisk praktik**

Det är oklart om Socialstyrelsens riktlinjer från 1990 ännu gäller, men kontakt med företrädare för de större beroendeklinikerna ger vid handen att i klinisk praktik behandlas beroende av bensodiazepiner med långsam nedtrappning, antingen av aktuellt preparat eller med en övergång till ett korstolerant preparat.

Innan nedtrappning påbörjas fördelas doserna jämnt under dagen. Om flera preparat används trappas sömnmedel ut först. Vid nedtrappning tar man hänsyn till vilken typ av farmakologisk profil läkemedlet har, vilken dos som använts, hur lång tid preparatet brukats, eventuell tidigare abstinensbild, patientens livssituation och personlighet. Längd på nedtrappningstiden bestäms med ett schema utifrån patientens kliniska tillstånd. I litteraturen återfinns inget stöd för en specifik nedtrappningstid (Lingford-Hughes et al. 2004), och erfarenhet från klinisk verksamhet är att det finns stora individuella skillnader i lämplig nedtrappningstid. Klinisk erfarenhet talar emot akuta nedtrappningar eller abrupt utsättning.

Dosreduktionen sker gradvis, så abstinensbesvären inte är svårare än att patienten kan uthärda dem. Vid behov bromsas nedtrappningen, men en nedtrappad dos höjs inte.

Den initiala abstinensen bedöms vara i 1–3 månader. Behandling med anti epileptika sker endast om epileptiska krampanfall finns i anamnes. Nedstämdhet och oro finns av och till under hela abstinensperioden, men kräver som regel inte farmakologisk behandling utan anses vara övergående besvär. Samtal av kognitiv beteendeterapeutisk typ och psykoedukation om abstinensbesvär är viktiga delar i behandlingen. Psykiatrisk kompetens anses vara värdefull eftersom många patienter har en psykiatrisk komorbiditet. Djupare terapeutisk intervention avvaktar man dock med till efter abstinensen (Borg et al. 1991).

Sedan 1984 har TUB mottagningen (Terapi och Utvärdering av Bensodiazepinberoende) funnits i Stockholm, en högspecialiserad mottagning för behandling av patienter med läkemedelsmissbruk. Mottagningen använder en långsam nedtrappning av det/de preparat som patienten är beroende av. Ungefär 90 procent av patienterna behandlas enbart i öppenvård, och en modell där patienten vistas på avdelningen måndag till fredag används.

I Göteborg sker många nedtrappningar polikliniskt, och primärvården ansvarar för behandling av okomplicerat läkemedelsmissbruk. I de fall slutenvård behövs vårdas patienterna i snitt två månader på avdelning som även behandlar andra beroendegrupper. Helst ser man att patienten efter detta vistas på behandlingshem under tre månader. Ofta görs en övergång till Stesolid innan nedtrappningen inleds. Psykiatrisk komorbiditet uppfattas vara hög.

I Malmö trappas läkemedlet ut under 6–8 veckors avgiftning, där de första 14 dagarna sker inläggande på en beroendeavdelning med patienter med andra typer av beroende. Tidigare har man

använt sig av tio dagars avgiftningar, men detta har man slutat med. Efter avgiftning fortsätter patienten under ett års tid med en öppenvårdskontakt, då läkemedel generellt sett hämtas på mottagningen två gånger i veckan. Samtliga patienter erbjuds psykiatrisk bedömning och stöd, och psykiatrisk samsjuklighet uppfattas vara vanligt.

Sammantaget uppfattar arbetsgruppen att det finns en gemensam bild av vården i Göteborg, Malmö och Stockholm, och det finns inget remisskrav i dessa landsting. Förutom nämnda insatser anses även psykologisk bearbetning och psykosociala interventioner vara viktiga. Kunskapsnivån i frågan nationellt sett anses dock vara skiftande. Arbetsgruppen känner till exempel inte till något webbaserat stöd för patientgruppen finns i dag. Tillgång till neuropsykiatrisk utredning av kognitiva nedsättningar är mycket begränsad.

### Vetenskapligt underlag

I en randomiserad studie i Holland klarade cirka två tredjedelar av bensodiazepinanvändarna att sluta med hjälp av ett nedtrappningsprogram (Oude Voshaar et al. 2006). Vid uppföljning 15 månader senare fann man att en högre andel av de som genomgått nedtrappningsprogrammet var fortsatt läkemedelsfria jämfört med dem som fått vanlig vård.

I en Cochranesammanställning av studier om farmakologisk behandling vid beroende av bensodiazepiner inkluderades sammanlagt åtta studier (Denis et al. 2006). I samtliga inkluderade studier var man överens om att gradvis nedtrappning var att föredra framför abrupt utsättning av läkemedlet. I denna rapport liksom i de evidensbaserade riktlinjer från Storbritannien (Lingford-Hughes et al. 2004) fann man inget empiriskt stöd för att byta från preparat med kort halveringstid till ett med lång halveringstid innan nedtrappning. För farmakologisk behandling ses carbamazepin som ett lovande preparat, särskilt för patienter som står på höga doser av bensodiazepiner. Preparatet minskar inte abstinenssymtomen men ökar utsikten att uppnå utsättning av bensodiazepinet. Denis et al. (2006) nämner även flumazenil och antidepressiva som möjliga farmakologiska behandlingsmetoder, men betonar att mer forskning behövs.

## 12.8.2 Behandling vid beroende av analgetika

### Klinisk praktik

Behandlingen sker ofta med långsam uttrappning av aktuellt preparat vid beroendeeenheter i Stockholm, Göteborg och Malmö. Dosen fördelas initialt jämnt över dagen. Det är användbart att ha ett nedtrappningsschema. Vid injektionsmissbruk går man först över till peroral behandling i ekvivalent dos. Uttrappning av opiater kan ske snabbare än bensodiazepiner. När man kommit ner till lägre doser kan medlet ofta sättas ut direkt, eftersom fortsatt behandling annars leder till mer drogsug. Opiatabstinensen är relativt kortvarig och medför inga medicinska risker som bensodiazepinerna. Likartade erfarenheter finns vid utsättning av metadon med långsam nedtrappning hos patienter i metadon- underhållsprogram (Eklund et al. 1994).

För att lindra abstinensen kan tillfällig behandling med klonidin, en alfa-2-agonist vara värdefullt. Medlet har en stressdämpande effekt och minskar drogsuget. Även naltrexone och ibland buprenorfin används vid avgiftning. För patienter med svåra smärttillstånd som behandlas med höga doser opiater och har en samtidig beroendeproblematik kan substitutionsbehandling med metadon vara ett alternativ. Även substitutionsbehandling med buprenorfin, en partiell agonist med långsam kinetik, används. Buprenorfin används mer och ger generellt sett god smärtlindring.

För patienter med opiatberoende med smärtbas finns möjlighet till underhållsbehandling.

### Vetenskapligt underlag

I den systematiska litteraturöversikten "Behandling av alkohol- och narkotikaproblem", som SBU publicerade 2001 omnämns inte behandlingsmetoder vid analgetikaberoende, utan enbart behandling vid heroinberoende. I rapporten kommer man fram till att långtidsbehandling med metadon och buprenorfin i samma utsträckning ger minskat heroinmissbruk och bättre medverkan i behandlingsprogram. Även naltrexone ger minskat missbruk. Klonidin, som saknar beroendepotential, nämns som behandling för heroinabstinens. Metadon och buprenorfin har effekter som är jämförbara med klonidin. Bland psykosociala behandlingsmetoder mot heroinberoende är effekterna störst av så kallade omlärande

terapi, som är inriktade mot missbruksbeteendet. Dessa är i regel beteendeterapeutiskt baserade. Dynamisk psykoterapi förefaller ha en positiv effekt vid heroinmissbruk. I rapporten konstaterar man även att ospecifika, stödjande behandlingar som ofta används i svensk missbruksvård saknar säkerställda effekter.

Den forskning som gjorts i USA med syfte att mäta effektivitet av behandling för opiatberoende har till största del undersökt grupper av heroinberoende, alternativt blandade grupper med både heroinberoende och analgetikaberoende (Mendelson et al. 2008). På senare år har studier med analgetikaberoende patienter genomförts. Moore et al. (2007) fick bättre behandlingsresultat för individer med läkemedelsberoende av opiater jämfört med heroinberoende vid behandling med buprenorfin och naloxone. Sigmon et al. (2009) har genomfört en pilotstudie med en två veckors avgiftning i öppenvård med buprenorfinbehandling. Resultatet var negativt för en majoritet av patienterna, men författarna menar att det finns subgrupper av patienter som kan gynnas av behandlingen. I en retrospektiv kohortstudie jämfördes retention i metadonprogram hos analgetikaberoende patienter (n=269) och heroinberoende patienter (n=2039) (Banta-Green et al., 2009). Slutsatsen är att analgetika beroende patienter kan behandlas lika effektivt som heroinberoende patienter i metadonprogram när man tittar på retention i behandling.

## 12.9 Behandlingsutbud

Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende, RFHL, har 2004 samt 2010 genomfört en telefonundersökning riktad mot samtliga landsting i syfte att på nationell nivå kartlägga behandlingsutbudet för läkemedelsberoende (se bilaga 2). RFHL drar utifrån undersökningen slutsatsen att behandlingsmetoderna och tillgänglighet skiljer sig mycket åt mellan olika landsting, med undantag för Stockholm, Göteborg och Malmö. Vården uppfattas vara fragmenterad, exempelvis saknas information på landstingens hemsidor och en klar majoritet av landstingen saknar vårdprogram för patientgruppen. Sammanfattningsvis kommer RFHL fram till att det finns få skillnader i resultaten mellan 2004 och 2010.

## 12.10 Sammanfattande analys

### 12.10.1 Problemets omfattning

Det finns inte några exakta prevalensdata avseende missbruk respektive beroende av lugnande medel, sömnmedel eller analgetika. Tillgänglig information ger att 2 procent, eller 185 000 personer, i befolkningen år 2009 har minst fyra uttag av sedativa/hypnotika samt opioider med en genomsnittlig dos på minst en definierad dygnsdos. Då är buprenorfin, buprenorfin kombinationer och metadon exkluderade.

Via enkätdata riktat mot åldrarna 16–84 år framkommer att under en tremånadersperiod år 2009 använder kvinnor mer receptbelagda narkotikaklassade sömnmedel (12 procent), lugnande medel (7 procent) och smärtlindrande (17 procent) än män (9 procent, 5 procent respektive 13 procent).

Data från befolkningsundersökning ger att 2300 kvinnor (0,08 procent) och 1 500 män (0,05 procent) i åldern 16–64 år använt sömnmedel eller lugnande läkemedel utan ordination eller mer/oftare än läkare förskrivit minst fyra gånger i veckan under de senaste 30 dagarna. Motsvarande siffror för smärtstillande läkemedel är 1 500 kvinnor (0,05 procent) och 1 200 män (0,04 procent).

DUDIT data från enkät i en befolkningsstudie anger i olika frågor att 0,9–1,6 procent år 2008 bejakar problem i samband med läkemedelsanvändning. 1,1 procent av respondenterna, eller 65 000 personer i befolkningen i åldrarna 16 till 64 år anger problem som korresponderar till begreppen missbruk/skadligt bruk. Dessa resultat korresponderar till de resultat som Johansson et al. (2003) finner, där 1 procent av de friska kontrollerna bedömdes uppfylla diagnoskriterierna för beroende av bensodiazepiner.

Antalet patienter med vård under diagnos skadligt bruk/beroende enligt Socialstyrelsens Patientregister utgör år 2008 2 977 individer för hypnotika/sedativa och 4 539 individer för opiater. De senare siffrorna innefattar även heroinister med metadon- och buprenorfinbehandling, vilka sannolikt utgör en majoritet av gruppen. Skulle siffrorna i Malmö och Stockholm gälla även för övriga landet kan man räkna med 13 000 unika patienter per år i hela riket. I ett län med 250 000–300 000 invånare rör det sig alltså om 450–550 patienter med diagnos per år.

Bedömningen är att patientantalet ökat de senaste åren och att de regionala skillnaderna är avsevärda.

### 12.10.2 Behandling

Det finns en gemensam behandlingstradition inom den specialiserade beroendevården i de större städerna i form av så kallad långsam nedtrappning med mindre lokala variationer vad gäller avvägning mellan öppen- och slutenvård, längd av nedtrappning samt byte av preparat innan nedtrappning. Under senare år har också underhållsbehandling introducerats vad gäller opiatanalgetikaberoende patienter med kroniska smärttillstånd.

### 12.10.3 Vårdstruktur

Arbetsgruppen anser att denna fråga hör hemma inom landstinget, utifrån att sjukvården har bäst kompetens för denna patientgrupp. I patientgruppen finns en hög samsjuklighet med psykiatrisk och somatisk problematik, något som ofta tydliggörs efter abstinens. Ansvaret kommer i första hand att ligga hos varje förskrivande läkare. Det gäller naturligtvis observans på tidiga rekyl och abstinenssymtom. Liksom användning av gradvis nedtrappning vid utsättning.

Varje landsting bör ha ett skrivet vårdprogram för de här grupperna. På kliniker och mottagningar bör behandlingsprogram för nedtrappning och underhållsbehandling finnas, alternativt vårdavtal med grannlandsting. På specialistnivå inom psykiatri, beroendevård och smärtkliniker bör ett samlat behandlingsprogram för patienter med läkemedelsberoende finnas. Ett genomsnittligt landsting kan uppskattas behandla 450–550 unika patienter per år.

Frågan rör ett gränsområde mellan beroendevård, psykiatri och smärtkliniker, där samarbete och ett inkluderande synsätt av varandras kompetenser är viktigt. Vikten av psykiatrisk kompetens lyfts fram. Regionskliniker fyller även en viktig funktion som referenskliniker och kunskapsbank. För att kunna uppfylla detta är det viktigt att inte bygga in alltför stora geografiska avstånd. Patienter med läkemedelsberoende bedöms vara i behov av ett eget behandlingsspår inom vården, exempelvis upplevs det som ofördelaktigt att blanda analgetikaberoende och heroinberoende i metadonprogrammen, liksom patienter med exklusivt bensodiazepinberoende med narkoman- och alkoholistvården.

Primärvårdens roll ses som att behandla okomplicerat beroende av läkemedel, samt uppföljning av exempelvis patienter utan psyko-

social belastning som fått framgångsrik behandling inom specialistvården. Vikten av en fungerande vårdkedja till mer specialiserad vård betonas. I Stockholm används Edinboroughmodellen framgångsrikt, där beroendesköterskor och -läkare arbetar som konsulter i primärvården.

Ett särskilt ansvar finns inom beroendevården där uppskattningsvis 15 procent av patienterna även har ett läkemedelsberoende. Detta innebär att alkohol- och narkomanvården i många fall samtidigt får behandla ett läkemedelsberoende.

Frivillig organisationer som RFHL fyller en viktig funktion för patientgruppen, särskilt som den har svårigheter att hitta sin plats inom AA och NA.

#### **12.10.4 Behandlingsutbud**

Det är viktigt med inte alltför exkluderande insatser. Sjukvården är ofta en del av problematiken genom förskrivning av dessa läkemedel. Kompetensen för behandling av patientgruppen är ojämn inom sjukvården, och frånvarande inom socialtjänsten. Svårigheter föreligger att finna efterplaceringar inom HVB, hem för vård eller boende. Det finns behandlingshem som inte tar emot medicinerade patienter, och det saknas även tillsynsmyndighet som granskar de metoder som används på HVB hem.

Arbetsgruppen vill även lyfta fram personer med primärt buprenorfinberoende, en grupp som inte får hjälp i dagsläget, eftersom Socialstyrelsen inte tillåter underhållsbehandling. Det finns behov att förändra föreskrifterna från Socialstyrelsen.

#### **12.10.5 Struktur för kontinuerlig kunskapsuppbyggnad**

Arbetsgruppen har gjort en inventering av publicerad forskning, och konstaterar att nationella forskargrupper saknas. Området bedöms vara underforskat, och evidensbaserade metoder för behandling har inte redovisats i Socialstyrelsens riktlinjer från 2007. Det finns även behov av nationella riktlinjer i frågan. Det finns behov av att modernisera föreskrifter för underhållsbehandling vid smärta, och i riktlinjer för smärtbehandling bör beroendeperspektiv finnas med. På regional nivå bör vårdprogram utvecklas. Utveck-



ling av kunskap inom området kan inkludera social farmaci, psykiatri, beroendemedicin och klinisk farmakologi.

### 12.10.6 Kompetensutveckling

Kunskap om diagnostik och behandling bör ingå i utbildningen för allmänläkare och specialistläkare inom beroende, psykiatri och smärta. Även utbildning riktad mot annan vårdpersonal; psykologer, sjukgymnaster och sjuksköterskor anses som viktigt. Utvecklandet av ett utbildningsmaterial riktad mot personal inom primärvården kan vara till nytta.

## Referenser

### Databaser

Leifman, A. (2010). Sökning med programpaket SAS, version 9.2 i Stockholm Läns Landstings databaser för uppföljning och analys av sjukvårdskonsumtion (VAL-databaserna).

Socialstyrelsen, Läkemedelsregistret.

Socialstyrelsen, Patientregistret.

### Litteratur

Allgulander, C. (1978). Dependence on sedative and hypnotic drugs. A comparative clinical and social study. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 270, 1-102.

Allgulander, C. & Borg, S. (1977a). Konsumtion av sedativa – hypnotika i Sverige: Utvecklingstendenser 1947–1974. *Läkartidningen*, 74, 2427–2431.

Allgulander, C. & Borg, S. (1977b). En patientgrupp med sedativa – hypnotikaberoende; utveckling av beroende, läkarkontakter och preparatval. *Läkartidningen*, 74, 2429–2431.

Allgulander, C. & Borg, S. (1978). Sedative-Hypnotic and Alcohol Dependence among Psychiatric In-Patients. *British Journal of Addiction*, 73, 123–128.

- Allgulander, C., Borg, S. & Vikander, B. (1984). A 4–6-Year Follow-Up of 50 Patients With Primary Dependence on Sedative and Hypnotic Drugs. *Am J Psychiatry*, 141:12, 1580–1582.
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC.
- Banta-Green, C.J., Maynard, C., Koepsell, T.D., Wells, E.D. & Donovan, D.M. (2009). Retention in methadone maintenance drug treatment for prescription-type opioid primary users compared to heroin users. *Addiction*, 104, 775–783.
- Barker, M.J., Greenwood, K.M., Jackson, M. & Crowe, S.F. (2004). Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 437–454.
- Bergman, H., Borg, S. Englebretson, M.A. & Vikander, B. (1989). Dependence on Sedative-hypnotics: neuropsychological impairment, field dependence and clinical course in a 5-year follow-up study. *British Journal of Addiction*, 84, 547–553.
- Bergman, H., Borg, S. & Holm, L. (1980). Neuropsychological Impairment and Exclusive Abuse of Sedated or Hypnotics. *American Journal of Psychiatry*, 137:2, 215–217.
- Blennow, G., Romelsjö, A., Leifman, H., Leifman, A. & Karlsson, G. (1994). Sedatives and Hypnotics in Stockholm: Social Factors and Kinds of Use. *American Journal of Public Health*, 84, 242–246.
- Boethius, G. & Westerholm, B. (1977). Purchases of hypnotics, sedatives and minor tranquillizers among 2,566 individuals in the county of Jämtland, Sweden. A 6-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand.*, 56, 147-59.
- Borg, S. (1987). Sedative hypnotic dependence: Neuropsychological changes and clinical course. *Nord Psykiatr Tidsskr*, 41, 17–19.
- Borg, S., Leifman, H., Tönne, U. & Vikander, B. (1991). Beroende av lugnande medel och sömnmedel. Delrapport från TUB-projektet (Terapi och Utvärdering av Bensodiazepineberoende). Beroendesektionen. Psykiatriska kliniken, S:t Görans sjukhus. Institutet för psykiatri, Karolinska Institutet.

- Boström, G. (2008). Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning. Statens folkhälsoinstitut. Edita, Västerås.
- Compton, W. & Volkow, N. (2006). Abuse of prescription drugs and the risk of addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 83S, S4–S7.
- Denis C., Fatseas M., Lavie E. & Auriacombe M. (2006). Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings (Review). The Cochrane Collaboration. *Cochrane Database Syst Rev.*, Jul 19:3:CD005194 Epub 2006 Jul19.
- Denisco, R.A., Chandler, R.K. & Compton, W.M. (2008). Addressing the Intersecting Problems of Opioid Misuse and Chronic Pain Treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16 (5), 417–428.
- Eklund, C., Melin, L., Hiltunen, A. & Borg, S. (1994). Detoxification from methadone maintenance treatment in Sweden: long-term outcome and effects on quality of life and life situation. *Int. J. Addict*, 29 (5), 627–645.
- Fredheim, O.M.S., Skurtveit, S., Moroz, A., Breivik, H. & Borchgrevink, P.C. (2009). Prescription pattern of codeine for non-malignant pain: a pharmacoepidemiological study from the Norwegian prescription database. *Acta Anaesthesiol Scand*, 53, 627–633.
- Gilson, A.M. & Kreis, P.G. (2009). The burden of the Nonmedical Use of Prescription Opioid Analgesics. *Pain Medicine*, 10, 89–100.
- Hajak, G., Müller, W.E., Wittchen, H.U., Pittrow, D. & Kirch, W. (2003). Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: a review of case reports and epidemiological data. *Addiction*, 98, 1371–1378.
- Hamunen, K., Laitinen-Parkkonen, P., Pakkari, P., Breivik, H., Gordh, T., Jensen, N.H. & Kalso, E. (2008). What do different databases tell about the use of opioids in seven European countries in 2002? *European Journal of Pain*, 12, 705–715.
- Hamunen, K., Pakkari, P. & Kalso, E. (2009). Trends in opioid consumption in the Nordic countries 2002–2006. *European Journal of Pain*, 13, 954–962.

- Henricson, K., Carlsten, A., Ranstam, J., Rametsteiner, G., Stenberg, P., Wessling, A. & Melander, A. (1999). Utilisation of codeine and propoxyphene: geographic and demographic variations in prescribing, prescriber and recipient categories. *Eur J Pharmacol*, 55, 605–611.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. (2009). The 2007 ESPAD report. Substance use among students 35 European countries. The Swedish council for information on alcohol and other drugs (CAN). Modintryckoffset AB, Stockholm, Sweden.
- Hojsted, J. & Sjogren, P. (2006). Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature review. *European Journal of Pain*, 11, 490–518.
- Hollister, L.E., Motzenbecker, F.P. & Degan, R.O. (1961). Withdrawal reactions from chlordiazepoxide. *Psychopharmacologi*, 2, 63–68.
- Isacson, D. (1997). Long-term benzodiazepine use: factors of importance and the development of individual use patterns over time – a 13-year follow-up in a Swedish community. *Soc. Sci. Med.*, 44, 1871–1880.
- Isacson, D. & Smedby, B. (1988). Patterns of Psychotropic Drug Use in a Swedish Community. *Scand J Prim Health Care*, 6, 51–8.
- Huang, B., Dawson, D.A., Stinson, F.S., Hasin, D.S., Ruan, W.J., Saha, T.D., Smith, S.M., Goldstein, R.B. & Grant, B.F. (2006). Prevalence, Correlates, and Comorbidity of Nonmedical Prescription Drug Use and Drug Use Disorders in the United States: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 67:71, 1062–1073.
- Johansson, BA., Berglund, M. & Frank, A. (1997). Effects of gradual benzodiazepine taper during a fixed 10-day schedule: A pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, 281–286.
- Johansson, BA., Berglund, M., Hanson, M., Pöhlén, C. & Persson, I. (2003). Dependence on legal psychotropic drugs among alcoholics. *Alcohol and Alcoholism*, 38, 613–618.
- Jonasson, B. (2003). Sjukskrivna och vanebildande läkemedel. Riksförsäkringsverket Analyserer 2003:13.

- Lader, M. (1991). History of Benzodiazepine Dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 53–59.
- Lingford-Hughes, A.R., Welch, S. & Nutt, D.J. (2004). Evidence-Based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 18, 293–335.
- Melander, A., Johansen, F., Lindahl, S.O., Lithman, T., Merlo, J., Noreen, D., Peterson, G., Svensson, C. & Lindberg, G. (2002). Bensodiazepiner och deras analoger: användning, beroende, styrfaktorer. NEPI rapport. Kristianstads Boktryckeri AB, Kristianstad.
- Mendelson, J., Flower, K., Pletcher, M.J. & Galloway, G.P. (2008). Addiction to prescription opioids: characteristics of the emerging epidemic and treatment with buprenorphine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16(5), 435–441.
- Moore, B., Fiellin, Barry, D., Sullivan, L., Chawarski, M., O'Connor P. & Schottenfeld, R. (2007). Primary Care Office-based Buprenorphine Treatment: Comparison of Heroin and Prescription Opioid Dependent Patients. *Journal of general internal medicine*, 22(4), 527–530.
- Oude Voshaar, R.C., Couvée, J.E., van Balkom, A.J., Mulder, J. & Zitman, F.G. (2006). Long-term outcome of two forms of randomised benzodiazepine discontinuation. *British Journal of Psychiatry*, 188, 188–189.
- Oude Voshaar, R.C., Gorgels, W.J., Mol, A.J., van Balkom, A.J., Mulder, J., van de Lisdonk, E.H., Breteler, M.H. & Zitman, F.G. (2006). Predictors of Long-Term Benzodiazepine Abstinence in Participants of a Randomized Controlled Benzodiazepine Withdrawal Program. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 445–452.
- Petursson, H. & Lader, M.H. (1981). Withdrawal from long-term benzodiazepine treatment. *British Medical Journal*, 283, 643–645.
- Rhodin, A., Grönbladh, L., Nilsson, L.H. & Gordh, T. (2006). Methadone treatment of chronic non-malignant pain and opioid dependence – A long-term follow-up. *European Journal of Pain*, 10, 271–278.
- Röger, S. (2005). Alkohol, narkotika och studentliv. En studie om attityder, tankar och användningen av alkohol och narkotika hos

- svenska högskole- och universitetsstudenter. Rapport 6. Mobilisering mot narkotika. Stockholm.
- Saxon, L., Hjemdahl, P., Hiltunen, A.J. & Borg, S. (1997). Effects of flumazenil in the treatment of benzodiazepine withdrawal: A double blind pilot study. *Psychopharmacology*, 131(2), 153–160.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2001). Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Systematisk litteraturöversikt. Rapportnummer 156. Stockholm.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2010). Behandling av sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturöversikt. Rapportnummer 199. Stockholm.
- Sigmon, S.C., Dunn, K.E., Badger, G.J., Heil, S.H. & Higgins, S.T. (2009). Brief buprenorphine detoxification for the treatment of prescription opioid dependence: A pilot study. *Addictive Behaviors*, 34, 304–311.
- Simoni-Wastila, L. & Strickler, G. (2004). Risk factors associated with problem use of prescription drugs. *Am J Public Health*, 94, 266–268.
- Socialstyrelsen (1990). Allmänna råd om Beroendeframkallande psykofarmaka. Graphic Systems/Modin, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Bergslagens Grafiska AB, Lindsberg.
- Socialstyrelsen (2009). Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2009:27.
- Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation (1970). Sedativa. Hypnotika. Farmakologi. Klinik. Läkemedel mot oro, ångest och sömnsvårigheter. 3:I. Victor Pettersons Bokindustri AB, Stockholm.
- Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation (1970). Sedativa. Hypnotika. Farmakologi. Klinik. Läkemedel mot oro, ångest och sömnsvårigheter. 3:II. Victor Pettersons Bokindustri AB, Stockholm.
- Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation (1979). Sedativa. Hypnotika. Farmakologi. Klinik. Läkemedel mot sömnrubbningar, oro och ångest. 2:I. Tofters tryckeri AB, Östervåla.

- Socialstyrelsens kommitté för läkemedelsinformation (1979). Sedativa. Hypnotika. Farmakologi. Klinik. Läkemedel mot sömnrubbingar, oro och ångest. 2:II. Tofters tryckeri AB, Östervåla.
- Statens folkhälsoinstitut (2005–2009). Nationella folkhälsoenkäten: Hälsa på lika villkor.
- Statens folkhälsoinstitut (Under tryckning). Narkotikavanor i befolkningen. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Subramaniam, G.A. & Stitzer, M.A. (2009). Clinical characteristics of treatment-seeking prescription opioid vs. heroin-using adolescents with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 101, 13–19.
- The World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, Switzerland.
- Tyrer P., Rutherford D. & Huggett T. (1981). Benzodiazepine withdrawal symptoms and propranolol. *The Lancet*, 1, 520–522.
- Tönne, U., Hiltunen, A.J., Vikander, B., Engelbrektsson, K., Bergman, H., Bergman, I., Leifman, H. & Borg, S. (1995). Neuropsychological changes during steady-state drug use, withdrawal and abstinence in primary benzodiazepinedependent patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 299–304.
- van Hulst, R., Teeuw, K.B., Bakker, A. & Leufkens, H.G. (2003). Initial 3-month usage characteristics predict long-term use of benzodiazepines: an 8-year follow-up. *Eur J Clin Pharmacol*, 58, 689–694.
- Verdoux, H., Lagnaoui, R. & Begaud, B. (2005). Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies. *Psychological Medicine*, 35, 307–315.
- Vikander, B. & Andersson, G. (2000). Rehabilitering & behandling. Ett samarbetsprojekt för patienter med läkemedelsberoende. Tub-enheten, Beroendecentrum Nord. Centrala Stockholms produktionsområde.
- Vorma, H., Naukkarinen, H.H., Sarna, S.J. & Kuoppasalmi, K.I. (2005). Predictors of benzodiazepine discontinuation in subjects manifesting complicated dependence. *Substance use & Misuse*, 40, 499–510.

**Bilaga 1****Läkemedelslista****Lugnande medel/Sedativa**

|            |         |
|------------|---------|
| Alprazolam | N05BA12 |
| Diazepam   | N05BA01 |
| Triazolam  | N05CD05 |
| Klonazepam | N03AE01 |
| Oxazepam   | N05BA04 |
| Lorazepam  | N05BA06 |
| Pregabalin | N03AX16 |

**Sömnmedel/Hypnotika**

|               |         |
|---------------|---------|
| Flunitrazepam | N05CD03 |
| Nitrazepam    | N05CD02 |
| Zopiklon      | N05CF01 |
| Zolpidem      | N05CF02 |

**Opioider/Analgetika huvudgrupp**

|                      |         |
|----------------------|---------|
| Kodein               | R05DA04 |
| Kodein kombinationer | N02AA59 |
| Tramadol             | N02AX02 |
| Morfin               | N02AA01 |
| Oxikodon             | N02AA05 |
| Hydromorfon          | N02AA03 |
| Ketobemidon          | N02AB01 |
| Fentanyl             | N02AB03 |

**Opioider/Analgetika bigrupp**

|                           |         |
|---------------------------|---------|
| Metadon                   | N07BC02 |
| Buprenorfin kombinationer | N07BC51 |
| Buprenorfin               | N07BC01 |

**Separat**

|             |         |
|-------------|---------|
| Klometiazol | N05CM02 |
|-------------|---------|



## Bilaga 2

### Undersökning av behandling vid läkemedelsberoende 2010

*Jenny Sjödin*

*RFHL Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende*

Under 2010 har en telefonundersökning riktad mot samtliga landsting genomförts.

Landstingen fick följande frågor:

- **Finns program för läkemedelsberoende?**

I många landsting finns det program riktat särskilt mot läkemedelsberoende. De använder sig av egna framtagna ”metoder”. Endast Gävleborgslänslandsting uppger att de använder sig av TUB:s rekommendationer. Men även individuellt utformade behandlingsplaner förekommer.

- **Har de väntetid?**

Väntetiderna varierar mellan någon dag och upp till flera månader. I ett flertal landsting får man träffa en sjuksköterska inom en vecka men sedan kan det vara väldigt lång väntetid tills man får träffa läkare. Oftast räknas det som om man ”är inne i behandling” efter att ha träffat sköterska.

- **Krävs remiss?**

7 av 20 lansting kräver remiss, i ett av de fallen fungerar det med egenremiss.

- **Kan människor med beroende av flera substanser få hjälp inom ert landsting?**

Inom samtliga landsting kan man få hjälp om man är beroende av flera substanser. Det vanligaste är att man då trappar ner en substans i taget.

- **Vilka preparat betraktas som beroendemedel när det gäller läkemedel?**

Väldigt olika i olika landsting, allt från enbart läkemedel som är narkotikaklassade till alla substanser som individen själv känner att de inte kan hantera.

- **Hur lång är behandlingstiden?**  
Allt från en veckas avgiftning till ett år i öppenvård.
- **Hur många läkemedelsberoende får hjälp per år?**  
Väldigt få landsting för statistik över rent läkemedelsberoende, men skattningar ligger på mellan 10–150 personer per år.

## Sammanställning av resultaten

| Landsting                             | Väntetid          | Remisstväng              | Flera substanser | Benso-<br>diasepiner | SSRI | Analgetika | Antal/år |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------|----------------------|------|------------|----------|
| NORRBOTTEN                            | Nej               | Ja                       | Ja               | Ja                   |      | Ja         | 10       |
| JÄMTLAND                              | Ja                | Ja                       | Ja               | Ja                   |      | Ja         | 5–10     |
| GÄVLEBORG                             | Ingen             | Nej                      | Ja               | Ja                   | Ja   | Ja         | 16       |
| VÄRMLAND HÄR FINNS INGEN HJÄLP ATT FÅ |                   |                          |                  |                      |      |            |          |
| DALARNA                               | Nej               | Nej                      | Ja               | Ja                   | Ja   | Ja         |          |
| VÄSTMANLAND                           | Nej               | Nej                      | Ja               | Ja                   | Ja   | Ja         | 20–30    |
| SÖDERMANLAND                          | 1 vecka           | Nej                      | Ja               | Ja                   |      | Ja         | 25–30    |
| UPPSALA                               | 1 v–2 mån         | Nej                      | Ja               | Ja                   |      | Ja         | 50       |
| ÖREBRO                                | Ingen             | Ja                       | Ja               | Ja                   |      | Ja         | 50–100   |
| ÖSTERGÖTLAND                          | 6–12 mån          | Ja                       | Ja               | Ja                   | Ja   | Ja         | 100–125  |
| HALLAND                               | Varierar          | Nej                      | Ja               | Ja                   | Ja   | Ja         | ?        |
| JÖNKÖPING                             | 1 mån             | Nej                      | Ja               | Ja                   | Ja   | Ja         | 20–35    |
| KALMAR                                | 2 månader         | Ja                       | Ja               | Ja                   | Ja   | Ja         | 20       |
| KRONOBERG                             | Max 2 veckor      | Ja, egen remiss fungerar | Ja               | Ja                   | Ja   | Ja         | 10–20    |
| VÄSTRA GÖTALAND                       | Varierar          | Nej                      | Ja               | Ja                   |      | Ja         | 5–10     |
| REGION SKÅNE Lund                     | Ingen             | Nej                      | Ja               | Ja                   | Ja   | Ja         | 100      |
| REGION SKÅNE Malmö                    | 2 mån             | Nej                      | Ja               | Ja                   |      | Ja         | 60       |
| REGION SKÅNE Helsingborg              | Ingen             | Nej                      | Ja               | Ja                   |      | Ja         | 20       |
| STOCKHOLM                             | 1 vecka – tio dar | Ja                       | Ja               | Ja                   |      | Ja         | 450–500  |
| GOTLAND                               | Nej               | Nej                      | Ja               | Ja                   |      | Ja         | 150      |

Blekinge, Västerbotten och Västernorrland finns inte med i sammanställningen. Dessa landsting hänvisar till den vårdcentral man tillhör. Det finns alltså inget program eller hjälp för läkemedelsberoende i dessa landsting.

I de fall beroendevård finns, erbjuder samtliga hjälp vid utsättande av bensodiazepiner och analgetika.

## Sammanfattning

En stor skillnad nu mot när vi gjorde undersökningen 2004 är att fler börjar uppmärksamma SSRI preparat som beroende framkallande eller ”svåra att sluta med”. Det är dock långt ifrån alla landsting som ens vill diskutera huruvida det kan finnas en beroendeproblematik förknippade med SSRI utan man lägger då över det på patienten att om han eller hon har problem så missköter de preparaten.

Det är en enorm skillnad mellan den vård som erbjuds i de olika landstingen allt från ”snabbavgiftning” där man avgiftas på en vecka och sedan lämnas åt sitt öde, till långa årslånga program där man långsamt trappar ner och ur och där man under tiden blir erbjuden samtalsstöd.

## 13 Rapport om dopning

*Stefan Arver, docent, Karolinska institutet*

*Mats Berglund, professor emeritus, Lunds universitet*

*Eva Edin, överläkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset*

*Kajsa Mickelsson, utredare, Statens folkhälsoinstitut*

*Lars-Håkan Nilsson, läkare, Kriminalvården*

*Anders Rane, professor emeritus, Karolinska Institutet*

*Thord Rosén, docent, Sahlgrenska universitetssjukhuset*

*Kurt Skårberg, med. dr, Beroendecentrum Örebro*

### Sammanfattning

Både ICD-10 och DSM-IV tar upp missbruk av anabola androgena steroider, AAS, i sina diagnostiska system, men på olika sätt. ICD-10 kodar missbruk av steroider och hormoner i ett avsnitt om missbruk av icke-beroendeframkallande substanser. I DSM-IV inkluderas AAS i avsnittet om andra drogrelaterade tillstånd. Syftet är ofta att öka den fysiska prestationsförmågan och att uppnå fysiska skönhetsideal. Inte sällan används AAS för att stärka sitt "jag". Dopningsmedel tas i allmänhet i s.k. kurer, som kan omfatta många veckors eller flera (2–4) månaders regelbunden behandling.

Det saknas säkra data rörande antalet användare i dopningsmedel i Sverige. Prevalensstudier visar att omkring 1 procent av männen någon gång i livet har provat AAS och knappt en halv procent bland kvinnorna. Minst 10 000 personer bedöms ha brukat dopningsmedel under det senaste året. Av stort intresse är att 5,5 procent av patienter i öppenvårdsmottagning på en beroendeklinik uppgav att de tidigare hade använt AAS under minst 24 månader. Användningen är mer frekvent bland dem som tränar på gym, de som använder illegala droger och med de med lägre utbildningsnivå. Det finns också ett samband mellan AAS, aggressivitet och våld.

Vad gäller behandling finns inga randomiserade studier vad gäller AAS-missbruk. Behandlingsutbudet är begränsat i Sverige med mottagningar endast i Göteborg, Stockholm och Örebro.

### 13.1 Uppdraget

Arbetsgruppens uppdrag har varit att ge en situationsbild av kunskaps- och verksamhetsläget, och där så är möjligt, lämna förslag till framtida utveckling när det gäller åtgärder för personer som missbrukar eller är beroende av anabola androgena steroider (kroppsegena eller syntetiska steroider med vävnadsuppbyggande egenskaper och som ger eller förstärker manliga könskaraktistika) samt övriga preparat som inkluderats som dopingpreparat i dopningslagen.

Blandmissbruk mellan dopningsmedel och opioider, men även med centralstimulantia och alkohol, förekommer. Den narkotika- och läkemedelsanvändning som föranleds av försök att behandla sidoeffekterna av bruket av anabola androgena steroider (AAS) ska även beaktas.

Vissa preventionsaspekter är intimt förknippade med vård och behandling på området, och bör därför ingå i gruppens arbete, men tyngdpunkten ska inte ligga på de förebyggande insatserna.

Uppdraget omfattar:

- A. Att föreslå en arbetsdefinition av begreppet missbruk/beroende av anabola androgena steroider;
- B. Att ta fram bästa möjliga kunskap om problemets omfattning och användarnas karaktistika;
- C. Att sammanfatta befintligt behandlingsutbud i Sverige;
- D. Att ge en bild av evidensbaserade behandlingsmöjligheter;
- E. Att skissera en struktur för den vård som bör kunna erbjudas lokalt, regionalt och nationellt;
- F. Att skissera en struktur för kontinuerlig kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning på området;
- G. Att överväga behov av och former för kompetensutveckling.

## 13.2 Tidigare rapporter inom området

MOB: Seminarium om missbruk av hormonbaserade dopningsmedel. 2004-01-20.

MOB: Aktionsplan mot missbruk av hormonpreparat. 2006-12-13.

Arver S, Borg S, Rane A: Ansökan om medel för etablering av ett Nationellt Kunskapscentrum-Stockholm om Dopning och Anti-doping arbete samt tillhörande prospekt. 2007-04-25.

Mickelsson, K. (2010): Dopningen i Sverige – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder. Rapport 2009:15. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

SOU: Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården. En diskussionspromemoria från Missbruksutredningen (S 2008:04). 2010.

Thiblin I: Anabola androgena steroider och blandmissbruk – en prevalensuppskattning. Missbruksutredningen (S 2008:04). 2009-11-01.

Det pågår sedan tidigare ett omfattande arbete inom detta område av en nätverksgrupp ledd av Anders Rane. Eva Edin, Kurt Skårberg, Thord Rosén och Stefan Arver från arbetsgruppen ingår i detta nätverk. Kajsa Mickelson har författat rapporten ”Dopningen i Sverige” utgiven av Statens folkhälsoinstitut i december 2009, där hon inventerat utbredning, konsekvenser och åtgärd särskilt ur preventiv synpunkt. Hon arbetar för närvarande med Statens folkhälsoinstituts Folkhälsopolitiska rapport som skall lämnas till regeringen och bl.a. innehålla förslag till åtgärder inom detta område. Lars-Håkan Nilsson är medicinskt ansvarig för kriminalvårdens arbete med dopningproblemen. Mats Berglund har fungerat som ordförande och dessutom bidragit med avsnitt om diagnostik, epidemiologi och behandling.

Denna rapport är baserad på samverkan mellan dessa olika kompetenser. Medlemmarna i gruppen har skrivit separata avsnitt vad gäller punkterna A–D, som sedan har redigerats av Mats Berglund. Avsikten har varit att både ge information om kunskapsläget inom detta område och riktlinjer för det kliniska handläggandet av denna patientgrupp. Gruppen har sedan formulerat gemensamma synpunkter vad gäller den framtida strukturen för vård, kunskapsuppbyggnad och kompetensutveckling (punkterna E–G). Gruppen är

medveten om att uppläggnings- och skrivsättet kan variera i de olika avsnitten särskilt mellan de teoretiska och behandlingsinriktade delarna, men upplever detta inte bara som en nackdel utan också som en möjlighet till variation.

Nedan är förtecknat vem som skrivit vilket avsnitt.

- A. Missbruk/beroende av anabola androgena steroider**
  - Formell diagnostik (MB)
  - Arbetsdefinition av begreppet missbruk/beroende av anabola androgena steroider (AR)
- B. Att ta fram bästa möjliga kunskap om problemets omfattning och användarnas karakteristika**
  - Omfattningen av dopning (KM)
  - Användarnas karakteristika (KM)
  - Tre faser som användarna går igenom i kurandet (KM)
  - Svenska studier av patienter som behandlats för problem med anabola androgena steroider (KS)
  - FHI och Lunds universitets enkätundersökning (MB)
- C. Att sammanfatta befintligt behandlingsutbud i Sverige**
  - Resurscentrum för hormonmissbrukare på Endokrinsektionen, Sahlgrenska (TR, EE)
  - Behandlingsmottagning på Beroendecentrum i Örebro (KS)
  - Dopning inom Kriminalvården (LN)
  - Fallbeskrivningar (SA, EE, TR, KS)
- D. Att ge en bild av evidensbaserade behandlingsmöjligheter**
  - Litteraturgenomgång (MB)
  - Nationellt vårdprogram för patienter med missbruk av vissa hormonläkemedel, särskilt AAS (TR)
  - Behandlingsreflektioner (KS)
- E. Att skissera en struktur för den vård som bör kunna erbjudas lokalt, regionalt och nationellt**
- F+G. Att skissera en struktur för kontinuerlig kunskapsuppbyggnad och spridning på området och överväga behov av och former för kompetensutveckling**

### 13.3 Begreppet missbruk/beroende av anabola androgena steroider

Både **doping** och **dopning** används om missbruk/beroende av anabola androgena steroider. Termerna förefaller skilja sig åt innehållsmässigt (Mickelsson 2009).

**Doping:** fusk inom idrottsrörelsen genom tillsatser av otillåtna preparat eller användning av otillåtna metoder enligt World Anti-Doping Agency:s (WADA) dopinglista i syfte att höja sin prestationsförmåga. Brott mot WADA:s antidopingkod innefattar bland annat även illegal hantering och vägran att genomgå kontroll. WADA:s dopinglista (World Anti-Doping Agency, 2008) omfattar bl.a. anabola androgena steroider (AAS), tillväxthormon, amfetamin, efedrin, kokain, hasch och marijuana.

**Dopning:** den otillåtna hanteringen av sådana medel som omfattas av lagen (SFS 1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel (även kallad dopningslagen). Lagen innefattar syntetiska anabola androgena steroider, testosteron och dess derivat, tillväxthormon och kemiska substanser, som ökar produktion och frisättning av testosteron och dess derivat eller av tillväxthormon. Medan dopningslagen framför allt berör två typer av substanser (anabola androgena steroider och tillväxthormon) innehåller den idrottsliga förteckningen namngivna preparat av flera typer.

I denna rapport användes i regel termen **dopning**. När användandet av otillåtna preparat sker inom idrottsområdet används termen **doping**.

#### 13.3.1 Formell diagnostik

Icke-medicinsk användning av anabola androgena steroider har under de senaste decennierna blivit ett samhällsproblem både i Sverige och internationellt. En del individer tar bara enstaka tabletter/injektioner under sin livstid, medan andra efter ett tag kraftigt ökar sin konsumtion av denna typ av preparat trots negativa medicinska, psykologiska och sociala konsekvenser. Ett beroende av anabola androgena steroider har utvecklats.

Det finns två stora diagnostiska system för diagnos och klassificering av psykiatriska tillstånd inklusive beroendetillstånd, ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) och DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual



of Mental Disorders). ICD-10 är utvecklat av WHO och inkluderar alla sjukdomstillstånd. Det är det officiella diagnossystemet i Sverige. DSM-IV är ett psykiatriskt diagnostiskt system utvecklat av the American Psychiatric Society som fått stor genomslagskraft internationellt och i Sverige.

Både ICD-10 och DSM-IV tar upp missbruk av anabola androgena steroider i sina diagnostiska system, men på olika sätt. ICD-10 kodar missbruk av steroider och hormoner i ett avsnitt om missbruk av icke-beroendeframkallande substanser. I DSM-IV inkluderas anabola androgena steroider i avsnittet om andra drogrelaterade tillstånd och både missbruk och beroende kan kodas beroende på vilka kriterier som är uppfyllda.

### 13.3.2 DSM-IV

**Beroende** (enligt DSM IV) föreligger om minst tre av följande kriterier uppfylls under en och samma tolv månaders period:

1. Ökad tolerans – behov av påtagligt ökad mängd pga. påtagligt minskad effekt.
2. Abstinens – karakteristiska abstinenssymptom.
3. Använder drogen i större mängd eller under längre tid än vad som avsågs.
4. Varaktig önskan eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera bruket.
5. Mycket tid ägnas åt att få tag på drogen, använda drogen eller hämta sig från effekten.
6. Viktiga aktiviteter, på jobbet och fritiden, sociala aktiviteter etc., överges eller minskas pga. bruket.
7. Bruket av drogen fortsätter trots att man vet att fysiska eller psykiska besvär förvärras.

**Missbruk** (enligt DSM IV) föreligger om minst ett av följande kriterier uppfylls under en och samma tolv månadersperiod:

1. Upprepat bruk som leder till att individen misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.
2. Upprepat bruk i situationer som medför betydande risk för fysisk skada.
3. Upprepade problem med rättvisan då personen varit påverkad.
4. Fortsatt bruk trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur orsakade eller förstärkta av droganvändandet.

Kanayama och medarbetare (2009a) föreslog inför arbetet med den nya versionen av DSM (DSM-V) att de diagnostiska kriterierna för beroende av anabola androgena steroider skulle förtydligas. Då detta förslag ger en god bild av det kliniska tillståndet har det inkluderats i denna rapport.

De föreslår att kriterierna kan konkretiseras på följande sätt:

1. *Ökad tolerans:* Den kraftiga ökningen av doserna kan ha samband med att tidigare doser inte ger önskvärd effekt (vad gäller muskelstorleken). Alternativt att en minskning av muskelstorleken sker trots oförändrade doser.
2. *Abstinens:* Två eller fler av följande symptom: sänkt stämningsläge, uttalad trötthet, sömnlöshet eller hypersomnia, minskad aptit och förlust av libido. Alternativt att anabola androgena steroider används för att minska eller undvika abstinenssymptom.
3. *Använder droger i större mängd eller under längre tid än som avsågs:* Mellanrummet mellan kurerna blir kortare än planerat eller upphör helt.
4. *Varaktig önskan eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera bruket:* Misslyckade försök att reducera eller upphöra med drogen pga. uttalad ångest för att förlora den uppnådda muskelstorleken.
5. *Mycket tid ägnas åt att få tag på drogen, använda drogen eller hämta sig från effekten:* Mycket tid i muskelbyggande aktiviteter (styrketräning, diet, kostförstärkning, umgänge med andra muskel-

- byggare) förutom den tid som åtgår för att skaffa och administrera drogen.
6. *Viktiga aktiviteter, på jobbet och fritiden, sociala aktiviteter etc., överges eller minskas på grund av bruket:* Orsakas av en extrem upptagenhet av att bevara den suprafysiologiska muskulaturen.
  7. *Bruket av drogen fortsätter trots att man vet att fysiska eller psykiska besvär förvärras:* Detta inkluderar medicinska problem som gynekomasti, sexuell dysfunktion, hypertension, dyslipidemia och kardimyopati eller psykologiska problem som dysfori (retlighet), svängningar av stämningsläget, uttalad irritabilitet och ökad aggressivitet.

### 13.3.3 ICD-10

Att det officiella nationella diagnostiska systemet, ICD-10, kodar missbruk av steroider och hormoner som missbruk av icke-beroendeframkallande substanser är ett principiellt problem. På grund av detta är det inte möjligt att dokumentera beroende av dessa substanser i den officiella svenska diagnostiken.

Det pågår för närvarande ett omfattande arbete att revidera de diagnostiska systemen, både DSM och ICD, för att utveckla DSM-V respektive ICD-11. Det är viktigt att Socialstyrelsen, som ansvarig för ICD-systemet, för fram argument för att dessa substanser kan leda till beroende och att de bör inkluderas bland beroendetillstånden.

I ICD-10 sker en uppdelning i beroende och skadligt bruk. Kriterierna för beroende skiljer sig något åt vad gäller DSM-IV och ICD-10. Överensstämmelserna mellan systemen är goda vad gäller beroende med samma bedömning i 95 procent av fallen vad gäller alkoholberoende. Däremot är överensstämmelsen låg vad gäller missbruk enligt DSM-IV och skadligt bruk enligt ICD-10.

I avvaktan på ICD-11 finns möjligheter att föra in nationella specialkoder. Missbruk av anabola androgena steroider m.m. i det nuvarande systemet kan kompletteras med a: beroende föreligger, b: skadligt bruk föreligger, c: varken beroende eller skadligt bruk föreligger. Detta kan beslutas nationellt. Vår uppfattning är att det skulle förbättra kunskaperna om frekvensen av användandet av anabola androgena steroider m.m. och dess konsekvenser för individen.

### 13.3.4 Missbruk/beroende av anabola androgena steroider

Samhället drabbas av stora kostnader av dopning. Det drabbar användaren med en rad allvarliga icke avsedda effekter och biffekter av fysisk eller psykisk natur. Sekundärt påverkar det också människor i användarens närhet, samhället i stort, inklusive sjukvården samt rättväsendet.

Eftersom missbruk är olagligt finns det anledning för användaren att dölja det för omgivningen. Det är en av förklaringarna till svårigheterna att identifiera missbruk i sjukvården, när användaren söker för symtom som är kopplade till bruket av olika medel. En annan förklaring är att missbruket är tämligen nytt och symtomen relativt okända.

### 13.3.5 Diagnostik

Diagnosen bygger på klinisk observation, lyhördhet och verifiering genom olika kemiska och farmakologiska analyser. En tidig diagnos sparar mycket tid och pengar och förbättrar möjligheten att ge missbrukaren en adekvat behandling. Det hör fortfarande till ovanligheterna att fråga patienter om alkoholanvändning – trots att det är en av de viktigaste orsakerna till skador, sjukdomar och våldsamma handlingar. Missbruk av dopningmedel är en långt senare företeelse och mindre känt inom sjukvården. Frågan om dopning ställs nästan aldrig till patienten och förekommer sällan i differentieldiagnostiken. Med tanke på ökningen av dopning hos unga människor är det viktigt att frågor om dopning i förekommande fall ingår i anamnesupptagningen.

Den kliniska diagnosen bör verifieras med en analys av AAS-substanser i urinprov. Utan kunskap om arten av missbruket vilar den kliniska handläggningen, vården och omhändertagandet på osäker grund. Värdet av den kliniska forskningen och möjligheten att hitta nya vårdprogram ökar om typen av missbruk är känt och kan verifieras.

### 13.3.6 Språkbruket

”Användning”, ”bruk” eller ”missbruk” av dopningmedel – vilket begrepp är bäst? Dessa termer har var och en sitt speciella signalvärde. I mötet med patienten är det viktigt att bygga upp ett för-

troende i behandlare-patient förhållandet baserat på sjukvårdens sekretessregler. Omständigheterna får därför avgöra vilket ord som ska föredras i mötet med patienten. Att kalla dopning för ”användning” eller ”bruk” av dopningsmedel ger intryck av en förlåtande attityd och kan ibland vara nödvändigt för att nå patienten. Att kalla dopning för ”missbruk” kan vara nödvändigt för att övertyga patienten om dess risker.

### 13.3.7 Preparat (typ av dopningspreparat)

Idrotten har sedan länge förbjudit användning av dopningsmedel i samband med tävling och träning. Regelverket omfattar förbud mot ett antal olika substansklasser (Tabell 1). Av dessa substansklasser är anabola androgena steroider (AAS) den mest brokiga och omfattande gruppen.

**Tabell 1 Substansklasser och undergrupper förbjudna inom idrotten vid tävling enligt World Anti-Doping Agency**

| Substanser med anabol effekt*                               | Anabola androgena steroider (AAS)   | Exogena AAS<br>Endogena AAS |
|---|---|-----------------------------|
| Peptidhormoner, tillväxtfaktorer och besläktade substanser* | Erytropoesstimulerande<br>HCG, LH<br>Insuliner<br>Kortikotropiner<br>GH, IGF1 etc.          |                             |
| B2-stimulerare*   |   |                             |
| Hormonantagonister och modulatorer*                         | Aromatashämmare<br>Selektiva östrogenreceptormodulatorer<br>Övriga antiöstrogena substanser |                             |
| Diuretika och andra maskerande substanser*                  |   |                             |
| Stimulantia   |   |                             |
| Narkotiska smärtstillande medel (analgetika)                |   |                             |
| Cannabinoider   |   |                             |
| Glukokortikoider (kortison)                                 |   |                             |
| <i>*förbjudna även utanför tävling</i>                      |   |                             |

*Idrottens regelverk* stipuleras av World Anti-Doping Agency (WADA) men har ingen jurisdiktion utanför idrottsvärlden. WADA har kommit långt i jakten på otillåtna medel som ökar den fysiska kapaciteten och förtecknat alla förbjudna substanser i den sk Prohibited List (senaste versionen "The 2010 Prohibited List International Standard" (<http://www.wada-ama.org/en/World-Anti-Doping-Program/Sports-and-Anti-Doping-Organizations/International-Standards/Prohibited-List/>)). Här kan man finna namnen på de substanser som är otillåtna under rubriken Anabolic Androgenic Steroids(AAS), exogena såväl som endogena.

Den svenska *Dopningslagen* ger ingen motsvarande detaljerad förteckning av substanser utan omfattar i stället alla de substanser som utifrån lagens tolkning kan betraktas som dopningsmedel.

Som komplement till dopningslagen finns sedan 2006 en inofficiell vägledande lista över substanser som anses omfattas av lagen. Listan finns tillgänglig via Statens folkhälsoinstituts webbsida ([www.fhi.se](http://www.fhi.se)) och uppdateras regelbundet.

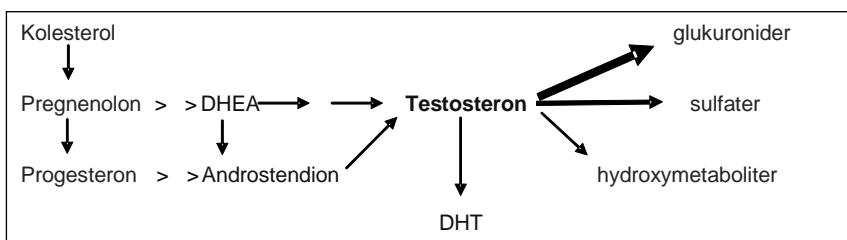
Naturligt nog sammanfaller missbruket i samhället av dopningsmedel ("samhällsmissbruket") till stor del med vad som förekommer inom idrottens doping. Uppfinningsrikedomen är stor och många AAS-användare kombinerar AAS med andra substanser eller läkemedel. Samtidigt missbruk av AAS och narkotika är vanligt, bl.a. inom kriminella kretsar (Gårevik & Rane, 2010). I en grupp från kriminalvården (N=56) med AAS-användande använde 73 procent också andra narkotiska preparat. Användandet av andra narkotiska preparat föregick användandet av AAS i 55 procent av fallen. I bara en femtedel av fallen hade AAS-användandet föregått användandet av narkotika.

Människor som söker vård pga. symtom som kan härledas till missbruk av AAS har olika syften med bruket. Syftet är ofta att öka den fysiska prestationsförmågan och att uppnå fysiska skönhetsideal. Inte sällan används AAS för att stärka sitt "jag". Nästan alla substanser inom gruppen AAS förenar dessa effekter, men den inbördes styrkan av de olika effekterna kan variera något. Det gäller såväl de endogena androgenerna som de exogena kopiorna eller exogena kemiska analoger.

Dopningsmedel tas i allmänhet i s.k. kurer, som kan omfatta några veckors eller flera (2–4) månaders regelbunden behandling. I allmänhet trappas doserna upp till ett maximum för att därefter långsamt minskas. Ibland adderar man andra medel, särskilt under kurens högdosperiod.

AAS är antingen kroppsegna eller syntetiserade (exogena). Testosteron är prototypen för en naturlig AAS. Det omvandlas bl.a. till det ännu mer potenta dihydrotestosteronet (DHT). Alla övriga nedbrytningsprodukter av testosteron har i allmänhet en svagare androgen effekt. Vissa försteg till testosteron, t.ex. androstendion och dehydroepiandrosteron (DHEA) har en svag androgen effekt och därmed också mindre missbrukspotential.

Figur 1 Testosteronet och några av dess försteg och metaboliter



Androgen aktivitet är markerad med blå färg. DHEA = dehydroepiandrosteron, DHT = dihydrotestosteron. Pilarnas tjocklek markerar metabolismvägarnas kvantitativa betydelse.

### 13.3.8 Några ofta missbrukade AAS

De androgena anabola androgena steroiderna delar gemensamma egenskaper, som framgår av namnet. Men den relativa potensen, dvs. effekt och biverkningar per viktsenhet skiljer sig starkt mellan preparaten. Den inbördes styrkan av anabol effekt och androgenicitet varierar också mellan preparaten. Det är viktigt att framhålla att de beskrivna egenskaperna inte alltid bygger på vetenskapliga studier, utan ofta representerar empirisk erfarenhet eller endast "uppfattningar" om medlens egenskaper. Av förklarliga skäl saknas oftast systematiska vetenskapligt grundade studier av steroidernas farmakologiska/endokrina egenskaper.

#### Testosteron

Detta är ett av de vanligast missbrukade medlen. Det naturliga testosteronet bildas hos män i testiklarna och i liten utsträckning också i prostata, sammanlagt cirka 7 mg per dygn. Hos kvinnor sker bildningen i ovarierna, men är endast 1/10 av mannens produktion. Injiceras vanligen intramuskulärt.

## Nandrolon

Vid sidan av testosteron är nandrolon (Deca-Durabol) det vanligaste medlet i gruppen av AAS. Effekten på det endokrina systemet (bl.a. LH/FSH) kan kvarstå i många månader efter avslutat missbruk.

## Methandrostenolon

Denna substans säljs bland annat under varunamnet *Dianabol*. Kallades tidigt för Ryssfemmor, eftersom de ryskimporterade preparaten innehöll 5 mg.

### 13.3.9 Läkemedel som påverkar produktion och/eller insöndring av anabola substanser

Till denna grupp hör bl.a. catapres (Catapresan) och clomifen (Clomid), som är en syntetisk steroid som ökar insöndringen av gonadotropa hormoner från hypofysen.

Tillväxthormon (GH) tillverkas numera nästan bara på syntetisk väg med rekombinantmetodik. Effekten på den fysiska prestationen kommer inte omedelbart och kan vara svår att förutse. Numera finns det metoder att skilja exogent tillfört från endogent tillväxthormon.

## 13.4 Att ta fram bästa möjliga kunskap om problemets omfattning, och användarnas karakteristika

### 13.4.1 Omfattningen av dopning

För att bedöma omfattningen av dopningsmedelsbruket bör data från flera kompletterande källor utnyttjas. Nedanstående översiktliga presentation är en sammanfattning av en mer ingående beskrivning i Folkhälsoinstitutets rapport "Dopningen i Sverige – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder" (Mickelsson, 2009). En del data härrör från studier vars syfte primärt har varit att kartlägga omfattningen av bruket, andra speglar konsekvenser av användningen såsom antalet personer misstänkta för dopnings-



brott. Beslagsstatistiken ger kompletterande information om förekomsten av dopningsmedel.

### 13.4.2 Metodologiska frågor

En generell svårighet, när det gäller att uppskatta antalet personer som brukar dopningsmedel, berör definitionen av en användare och när bruket ska anses vara aktuellt. Om detta finns ingen enhetlig syn. I enkäter om erfarenheten av dopningsmedel efterfrågas oftast om personernas användning någon gång i livet (livstidsprevalens), vilket i den vuxna befolkningen har ett begränsat värde för att uppskatta den aktuella situationen. I den yngre befolkningen kan dock livstidsprevalensen vara ett intressantare mått. Den aktuella användningen, dvs. det senaste året (årsprevalens), respektive användningen den senaste månaden (månadsprevalens), syftar till att spegla ett mer närliggande bruk, men har efterfrågats i minskad utsträckning. Detta på grund av att användare vanligen har månadslånga uppehåll mellan kurerna, varpå en regelbunden användare kan uppges ett icke-bruk den senaste månaden.

En stor del av de registerdata som presenteras återspeglar olika aktörers prioriteringar och verksamhet. En ökning eller minskning i statistiken återspeglar inte alltid faktiska förändringar i bruket.

I samband med frågeundersökningar bör ett antal metodproblem uppmärksammas särskilt:

- Urvalet kan ge ett felaktigt resultat genom att användarna är mer eller mindre frekvent närvarande i vissa grupper och sammanhang.
- Tillförlitligheten i resultaten påverkas av omfattningen av bortfallet, dvs. andelen personer som av olika skäl inte besvarar frågorna. Personerna i bortfallsgruppen skiljer sig från dem som svarat, vilket påverkar resultaten. Orsakerna bakom bortfallet kan vara ovilja att delta eller svara på en given fråga eller att personen är onåbar av olika anledningar, exempelvis bortrest, i fängelse eller på sjukhus. Genom bortfallsanalyser kan studiens tillförlitlighet förbättras.
- Att frågorna inte besvaras på rätt sätt kan ge ett snedvridet resultat. Sådana felsvar kan bero på människors sociala önskan att inte framstå som avvikande. Detta kan vara särskilt problematiskt när det gäller frågor om t.ex. dopning. I allmänhet antas

att dessa mätfel leder till en underskattning av droganvändningen, men även överskattningar kan förekomma (Andrén-Sandberg, 2008). Mätfelens omfattning för dopning jämfört med narkotika är okända.

- Om mätfelen är konstanta över tid kan undersökningsresultaten ge besked om utvecklingen. Detta kräver att studier upprepas med samma metodik på jämförbara populationer, vilket endast är fallet för skolundersökningarna. Dessa genomförs dock på en population, som är yngre än den ålder när debuten för dopningsmedelanvändning generellt sker. Mätfelen kan dock variera över tid till följd av bl.a. attitydförändringar.

### 13.4.3 Generellt i befolkningen

#### Frågeundersökningar bland vuxna, unga vuxna och unga – livstidsprevalens

I ett fåtal studier, som presenteras i Tabell 2 nedan, har dopningsprevalensen undersökts bland ett rikstäckande representativt urval vuxna och unga vuxna i Sverige. Fyra av de här 12 presenterade studierna härrör från 2000-talet.

**Tabell 2** Andel av befolkningen som uppgett att de någon gång i livet har provat AAS. Olika uppdragsgivare och undersökningsföretag med varierade metoder. Procentuell fördelning bland män respektive kvinnor. 1993–2009

| År   | Uppdragsgivare      | Undersökningsföretag | Metod           | Antal respondenter (avrundat till jämna hundratal) | Åldersgrupp | Män % | Kvinnor %      |
|------|---------------------|----------------------|-----------------|--|-------------|-------|----------------|
| 1993 | CAN                 | TEMO                 | Besöksintervju  | 1 000  | 15–75       | 0     | 0              |
| 1993 | CAN m.fl.           | SKOP                 | Telefonintervju | 1 000  | 16–25       | 1     | 0              |
| 1994 | CAN                 | TEMO                 | Besöksintervju  | 1 000  | 15–75       | 1     | 0              |
| 1994 | Systembolaget       | TEMO                 | Telefonintervju | 800  | 16–24       | 2     | 1              |
| 1995 | Socialdepartementet | TEMO                 | Telefonintervju | 10 000   | 18–30       | 1     | Ej inkluderade |
| 1996 | CAN                 | TEMO                 | Besöksintervju  | 1 500  | 15–75       | 0     | 0              |
| 1996 | Systembolaget       | TEMO                 | Telefonintervju | 2 000  | 16–24       | 1     | 0              |
| 1998 | Systembolaget       | TEMO                 | Telefonintervju | 2 000  | 16–24       | 0     | 0              |

|      |   |      |  |                                       |       |    |    |
|------|---|------|--|---------------------------------------|-------|----|----|
| 2000 | Systembolaget & FHI   | TEMO | Besöksintervju   | 2 000                                 | 16–75 | 0  |    |
| 2003 | CAN, Alkohol-kommittén, Mobilisering mot narkotika, FHI & Systembolaget | ARS  | Telefonintervju  | 3 000                                 | 16–24 | 1  | 0  |
| 2008 | STAD  | STAD | Via posten skickades vykort ut med hänvisning till enkäten som besvarades via Internet | 10 000<br>(31 % svars-frekvens)       | 18–50 | 1* | 0* |
| 2008 | FHI & Lunds universitet   | SCB  | Enkät  | 58 000<br>(52 % viktad svarsfrekvens) | 15–64 | 1  | 0  |

\* Avser användning av AAS + tillväxthormon

Befolkningsundersökningarna, som har gjorts på olika åldersgrupper och med varierande antal respondenter, pekar på att omkring en procent av männen och mindre än en halv procent av kvinnorna har testat AAS någon gång i livet. För yngre män är andelen något högre. Statistiken pekar inte på någon tydlig ökande eller minskande trend de dryga 15 år som frågan funnits med i enskilda enkäter.

Det senaste tillskottet utgörs av den studie som Statens folkhälsoinstitut genomförde, i samarbete med Lunds universitet och SCB, under hösten 2008; en enkätundersökning bland 58 000 personer mellan 15 och 64 år (Statens folkhälsoinstitut, opubl.) verifierar uppfattningen att de som har dopningserfarenhet befinner sig inom spannet 15–55 år och att merparten av dem som använder dopningsmedel antas vara 18–34 år.

CAN:s riksrepresentativa skolundersökningar utgör i dag de längsta fortlöpande tidsserierna som belyser prevalensen av dopningsmedelanvändning. I årskurs nio har AAS-erfarenheten efterfrågats sedan 1993 och i årskurs två på gymnasiet sedan 2004. Till följd av nyss nämnda resonemang att dopning förekommer mest frekvent i åldrarna 18–34 år kan skolundersökningarna inte användas för att uttala sig om användningen generellt i befolkningen. Resultaten är dock samstämmiga.

I båda årskurserna har mellan en och två procent av pojkarna uppgett att de någon gång har använt AAS (Hvitfeldt & Gripe, 2010). Av flickorna uppger knappt en halv till en procent erfarenhet. Samtidigt som frågeformuleringen ändrades under mitten av 2000-talet kan en mindre ökning av erfarenheten identifieras.

I den studie som nyligen genomförts för att få svar på universitets- och högskolestudenters drogvanor (Statens folkhälsoinstitut, opubl.-a) visar resultatet på att omkring en procent av männen i åldersgruppen 18–34 år och endast ett fåtal kvinnor någon gång provat AAS.

I gruppen unga vuxna ingår även de som mönstrar inför militär-tjänstgöring, mestadels 18-åriga män. I de drogvaneundersökningar som genomförts på gruppen till och med 2006 har en fråga om AAS funnits med sedan 1994. Det lilla antalet kvinnor som mönstrar för frivillig tjänstgöring ingår inte i redovisningarna. Andelen män som uppgav att de någon gång provat AAS har varje år varit kring en procent (Guttormsson, 2007).

#### 13.4.4 Frågeundersökningar bland vuxna och unga vuxna – årsprevalens

För att få svar på hur många användare som finns i Sverige i dag är det mest intressant att titta på hur många som har använt dopningsmedel det gångna året. För detta finns sparsamt med jämförbara data. Två studier har tagit med frågan under 2000-talet. De senaste siffrorna baseras på det hittills största antalet respondenter för dopningsfrågan och härrör från Statens folkhälsoinstituts (2010) riksrepresentativa undersökning som genomfördes 2008. Sett till den grupp där bruket anses vara mest förekommande, nämligen bland 18–34-åriga män, hade 0,9 procent av männen använt dopningsmedel någon gång det senaste året (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Andelen i STAD:s undersökning, som genomfördes samma år, var betydligt lägre (0,1 procent) (Leifman & Rehnman, 2008b). STAD:s undersökning hade lägre svarsfrekvens och vände sig till färre respondenter; andelen är även beräknad för en bredare åldersgrupp. Av denna anledning väljer vi att titta närmare på FHI:s resultat.

Genom att extrapolera procentandelarna på respektive ålderskategori och kön i befolkningen får vi en uppfattning om antalet individer som andelarna motsvarar. Dessa estimat bör ses med för-

siktighet. Det beror på dels att procentalen inte sällan saknar decimaler, dels att åldersintervallen varierar kraftigt och snäva åldersintervall kan exkludera presumtiva användare. Sett till FHI:s resultat i gruppen 18–34-åriga män uppskattas omkring 9 000 män ha använt dopningsmedel någon gång det senaste året. Med hänsyn till den låga svarsbenägenheten och ovan nämnda metodsvårigheter talar resultaten för att minst 10 000 människor i Sverige har använt dopningsmedel det senaste året.

#### **13.4.5 Hur många av de som använt anabola androgena steroider är regelbundna användare?**

Kunskaperna om hur många av dem som använt AAS som är regelbundna användare är bristfällig. En nyligen publicerad studie av Petersson, Bengtsson, Voltaire-Carlsson och Thiblin (2010) har försökt besvara denna fråga. Alla manliga patienter i öppen vård på Maria Beroendecentrum tillfrågades under två månader om de använt anabola androgena steroider. Inget bortfall anges. 20/175 (11 procent) angav att de gjort det tidigare, medan en gjorde det för närvarande. Sex patienter hade använt det mindre än en månad, ytterligare 4 under ett halvår och 10 mer än 24 månader, inklusive 2 som båda använt det under 17 år. I genomsnitt debuterade patienterna i 20-årsåldern, men variationen var stor. Nittio procent angav att de tog AAS för att få en vackrare kropp och 75 procent för att bli starkare. Åttio procent rapporterade tillväxt av muskler, 65 procent ökad energi och 55 procent ökad libido. Sextio procent rapporterade irritation, 40 procent våldsamt beteende och 20 procent beroende av AAS.

Av stort intresse är att 5,5 procent av patienter i öppenvårdsmottagning på en beroendeklinik uppgav att de hade använt AAS under minst 24 månader. Fyrtio procent av dessa angav beroende av AAS. Dessa siffror har stora likheter med vad som rapporterats från Örebro vad gäller frekvensen av AAS-beroende.

Om vi har tillgång till data om hur många som söker för beroende i öppenvård i Sverige, vore det möjligt att uppskatta hur många med beroende, som också använt AAS under lång tid (minst 2 år). Vi vet att 60 procent av våldsamma dödsfall som tagit AAS också använt narkotiska preparat samtidigt. Detta skulle möjliggöra en ungefärlig uppskattning av antalet individer som under lång tid använt AAS-preparat i Sverige.

### 13.4.6 Uppskattningar baserade på bl.a. beslagsstatistik

Ett antal uppskattningar baserade på bl.a. beslagsstatistik från Tullverket och Polisen har gjorts för att försöka finna svar på hur omfattande användningen av dopningsmedel är. Estimat mellan 10 000 och 100 000 användare har presenterats i såväl vetenskaplig press som i Narkotikautredningens betänkande (SOU 2008:120). Dessa skattningar har dock karaktär av överslagsberäkningar med betydande osäkerhet och kan inte ligga till grund för slutsatser om dopningens omfattning i Sverige.

### Beslags- och brottsstatistik

Beslagsstatistiken kan användas för att utläsa trender i tillgång och utbredning. Resultaten påverkas dock i hög grad av myndigheternas arbetssätt, där resurser, prioriteringar och metodik kan ge utslag utan förändringar i det faktiska bruket. Vad gäller narkotika betraktas antalsuppgifterna allmänt som en tillförlitligare indikator på tillgången än de beslagtagna mängderna. Anledningen är att enstaka stora beslag får stort genomslag, och det kan ibland vara fråga om narkotika avsett för andra marknader än den svenska. Liknande resonemang gäller med all säkerhet även för dopning. Beslagsstatistiken måste således tolkas med stor försiktighet. Statistiken visar på en fyrdubbling av det sammanräknade antalet dopningsbeslag de 15 senaste åren. År 1993 gjorde Tullverket och Polisen totalt 370 beslag. Efter en minskning de följande två åren ökade beslagen generellt och från 1999 blev ökningen mer markant. År 2009 uppgick det sammantagna antalet beslag till 1 856, vilket är den högsta siffran hitintills (Rikskriminalpolisen & Tullverket, 2010). Även de beslagtagna mängderna har, trots stora svängningar, ökat sedan mitten på 1990-talet. Exempelvis har det totala antalet tabletter som årligen tagits i beslag pendlat mellan färre än 100 000 till över en miljon och sedan 2006 har pulver tillkommit i beslagsstatistiken.

Brottsstatistiken presenterar de brott som har anmälts av Polisen, Tullverket eller åklagarna. Statistiken kan beskriva dopningsrelaterade smugglingsbrott (SFS 2000:1225) och brott enligt dopningslagen (SFS 1991:1969). Bland annat utgör en del av beslagsstatistiken, som presenterades ovan, en delmängd av smugglingsbrotten

och en annan del av beslagsstatistiken utgör en delmängd av de brott som följer av eget innehav enligt dopningslagen.

Dagligen begås brott som aldrig kommer till rättsväsendets kännedom. Att insatserna av polis, tull och åklagare påverkar framgår tydligt då statistiken dissekeras. Antalet brott per 100 000 invånare har ökat märkbart i enskilda län, då särskilda tillslag och prioriteringar har gjorts.

Brottsstatistik för brott mot dopningslagen (SFS 1991:1969) finns tillgänglig sedan 1993, då 564 brott anmäldes (Brottsförebyggande rådet, 2009b). Sedan dess har antalet anmälningar mer än tredubblats. År 2008 gjordes 1 957 anmälningar. Genomsnittligt har omkring två brott per person anmälts. Antalet misstänkta har ökat från omkring 200 år 1993 till knappt 900 personer år 2008. Ungefär två procent av de misstänkta har utgjorts av kvinnor. Perioden innefattar en lagskärpning 1999, då det egna bruket kriminaliserades. Omkring hälften av de anmälda brotten har lagförts och utvecklingen över antalet lagförda brott följer generellt utvecklingen för antalet misstänkta personer.

Utvecklingen av antalet anmälda och lagförda brott, misstänkta personer och antalet beslag av dopningsmedel följs åt och det står klart att en ökning av alla fyra parametrar har skett under 2000-talet. Det är dock ovisst hur mycket av ökningen som beror på myndigheternas arbetsinsatser och prioriteringar respektive en faktisk ökning av förekomsten av dopningsmedel i Sverige.

### 13.4.7 Specifika grupper och platser

#### Dopning bland personer som tränar på gym

Att erfarenheten av dopningsmedel bland personer som tränar på gym är vanligare än bland den generella befolkningen bekräftas bl.a. av fyra lokala enkätundersökningar, som genomförts på träningsanläggningar i Sverige (Hoff & Herngren, 2008; Institutet för lokal och regional demokrati, 2009; Leifman & Rehnman, 2008a; Malmö stadskontors folkhälsoenhet, 2008). Studierna visar på en livstidsprevalens mellan 3–5 procent. Fördelat på kön har 4–6 procent av männen och 0–4 procent av kvinnorna uppgett att de någon gång provat AAS/dopningsmedel. I åldrarna strax över 30 år uppgavs livstidsprevalensen vara betydligt högre. Några studier har även belyst tolv månadersprevalensen, som i ett fall uppgick till 1 procent

för samtliga svarande och i ett annat fall till 1 procent för män och näst intill noll för kvinnorna. Även en observationsstudie har genomförts som uppskattade punktprevalensen till 5 procent för männen och knappt en halv procent för kvinnorna (Leifman, Rehnman, Sjöblom & Holgersson, 2009).

#### 13.4.8 Sammanfattning

Det saknas säkra data rörande antalet användare av dopningsmedel i Sverige. Prevalensstudier visar att omkring 1 procent av männen någon gång i livet har provat AAS och knappt en halv procent bland kvinnorna. Minst 10 000 personer bedöms ha brukat dopningsmedel under det senaste året. Ingen tydlig ökande eller minskande trend kan urskiljas de dryga 15 år som frågan funnits med i enskilda enkäter. Det finns samtidigt tecken på ökad illegal import av kemiska dopningsmedel, ökad tillverkning och försäljning på Internet det senaste decenniet och statistiken pekar på att antalet brott och beslag har ökat, vilket skulle kunna tyda på en ökad förekomst av dopning. De personer som har dopningserfarenhet befinner sig inom spannet 15–55 år och merparten som använder dopningsmedel antas vara män mellan 18–34 år. Användningen är mer frekvent bland dem som tränar på gym än bland den generella befolkningen. Omfattningen av dopning i samhället är svår att skatta.

#### 13.4.9 Anabola androgena steroider och blandmissbruk – en prevalensuppskattning

Missbruksutredningen har beställt en studie av Ingemar Thiblin för att få en uppfattning om hur vanligt det är med AAS hos avlidna med misstänkt narkotikamissbruk som undersökts på rättsmedicinsk avdelning.

Bakgrunden är en studie av Petersson, Garle, Holmgren, Druid, Krantz och Thiblin (2006) med titeln "Toxicological findings and manner of death in autopsied users of anabolic androgenic steroids". Alla fall som identifierats med positiva AAS-test på samtliga rättsmedicinska kliniker i Sverige 1992–2003 (N=53) ingick i studien. 31 (60 procent) av dessa hade också positiva tester för förekomst av narkotika. De jämfördes med 68 fall, med missbruk av heroin eller amfetamin med positiva tester för endera av dessa pre-



parat, som undersökts 2000–2001. Efter inklusion i studien analyserades dessa vad gällde förekomst av AAS-preparat och alla var negativa.

Få fall analyserades vad gällde AAS. Till exempel genomfördes år 2000 totalt 5 200 undersökningar. Bland dessa genomfördes narkotikaanalyser i 1 206 (23 procent) fall och AAS-analyser i 28 (0,5 procent) fall. Under åren 1992–2003 var 49/378 (13 procent) fall positiva för AAS. AAS-analyser genomfördes oftast om en klinisk bild på steroidpåverkan förelåg och möjligen kan ett mörkertal föreligga framför allt i gruppen utan klinisk bild på steroidpåverkan.

För att få en uppfattning av positiva AAS-analyser i gruppen där rättsläkaren bad om narkotikaanalyser, genomfördes en AAS-studie av 100 slumpvis utvalda fall. Tre fall hade positiva AAS-analyser. I ett av dessa hade rättsläkaren bett om AAS-analyser. De två övriga fallen avled av heroinöverdos och alkoholförgiftning. De hade BMI på 25 och 23.

Under åren 2006–2009 inkom totalt 20 307 prover. Av dessa screenades 7 767 prov för narkotikaförekomst varav 1 305 (17 procent) var positiva. Under dessa fyra år genomfördes i genomsnitt 1942 narkotikaanalyser. Om frekvensen av positiva AAS-analyser var 3procent i hela denna gruppen skulle omkring 58 individer per år ha positiv test för AAS av de fall som rättsmedicinskt undersökes. Motsvarande siffra för individer med positiva tester för illegala narkotika är 330 fall per år. Det innebär att det är 5–6 gånger vanligare att denna grupp har positiva prover för illegala narkotika än för AAS.

År 2007 uppgick antalet narkotikarelaterade dödsfall till cirka 400. Det stämmer väl överens med antalet fall med positiva prov för illegal narkotika. Antalet individer med ”problematisk narkotikaanvändande” var 2007 totalt 29 500 individer. Dessa utgör majoriteten av alla som avlider med positiva narkotikaprover

Om risken för upptäckt i ett rättsmedicinskt material är lika stor för AAS som för illegala narkotika och dödsrisken också lika stor skulle antalet individer med problematiskt användande av AAS kunna beräknas  $AAS\ problem = 58/330 \times 29\ 500 = 5\ 184$ . Det finns naturligtvis många invändningar mot de aktuella beräkningarna. De stödjer dock uppskattningen att antalet användare i Sverige är omkring 10 000.

### 13.4.10 Användarnas karaktäristika

Nedanstående text avser beskriva användarnas karaktäristika utifrån de grupper som använder dopningsmedel. Bakgrundsfaktorer, psykiska såväl som sociala dimensioner, diskuteras liksom utsattheten för dödlighet. I likhet med tidigare text är detta, samt efterföljande avsnitt gällande psykiska dimensioner, sociala dimensioner, dödlighet och tre faser som användarna går igenom i kuranget, en sammanfattning av en mer ingående beskrivning i Folkhälsoinstitutets rapport "Dopningen i Sverige – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder" (Mickelsson, 2009).

### 13.4.11 Grupper som använder dopningsmedel

Anledningen till att en person börjar använda dopningsmedel varierar. Användarna är enligt flera studier risktagande och experimenterar ofta med livet (Eklöf, Thurelius, Garle, Rane & Sjöqvist, 2003; Middleman & DuRant, 1996). De fysiska, psykiska och sociala riskerna anses för många vara värda att utsätta sig för (i de fall dessa är kända för användaren) för att närma sig det mål som ligger bakom användningen (Quaglio et al., 2009). Bruket motiveras inte främst av eufori, rekreation eller social samvaro, vilket är vanligt för narkotika och alkohol. Snarare handlar det om en osäkerhet, som användaren vill dölja med hjälp av de effekter som dopningsmedel ger. Framför allt tre grupper av användare har definierats av såväl forskare som praktiker (Moberg & Hermansson, 2006; National Institute on Drug Abuse, 2006). Inga studier har genomförts som visar på hur stora dessa grupper är i förhållande till varandra. Grupperna är:

- idrottsmän
- esteter
- våldsverkare.

#### Idrottsmän

Idrottsmännen är den ursprungliga gruppen som började använda dopningsmedel. Huvudsyftet för idrottsmän som dopar sig har under alla år varit att öka den egna idrottsliga prestationen genom bättre styrka, kraft, snabbhet, ökad muskelstorlek och aggressivitet

(Graham, Davies, Grace, Kicman, & Baker, 2008). Den organiserade idrotten har länge haft ett aktivt antidopingarbete genom Riksidrottsförbundet, som lägger stort fokus på dopingtester. Bland elit- och tävlingsidrottarna är andelen positiva tester färre än bland motionärerna (Riksidrottsförbundet, 2009).

### Esteter

Esteterna använder dopningsmedel primärt i kosmetiskt syfte för att förbättra utseendet, bli starka och närma sig de skönhetsideal som de strävar efter. Målet att nå en vackrare och kraftfullare kropp är för merparten användare den främsta anledningen till att bruket påbörjas och att användningen fortsätter (Graham et al., 2008; Nilsson, Baigi, Marklund, & Fridlund, 2001; Parkinson & Evans, 2006). Såväl kroppsbyggare med tävlingsambitioner som motionärer ingår i gruppen. Esteterna tränar, äter ofta rätt och ”sköter” sin kropp, men skyndar på uppbyggnaden genom att använda AAS. Det finns inget lika effektivt sätt, genom mat eller träning, att på kort tid uppnå samma muskelvolym som med hjälp av AAS (Noakes, 2004). Esteterna strävar efter snabba resultat och har narcissistiska motiv för sitt bruk. Dessutom finns en uttalad längtan efter att bli sedda och beundrade (Moberg & Hermansson, 2006). Anledningen till önskan att få en mer muskulös kropp kan variera. Pope menar att det är reaktioner på de västerländska kroppsidealerna (Pope, Phillips, & Olivardia, 2000; Yang, Gray, & Pope, 2005), en följd av den samhälleliga normen som förmedlas kring utseendets betydelse samt den sociala acceptansen att ta hjälp på vägen för att uppnå målet. Oavsett var vi bor, varifrån vi kommer eller har växt upp omges vi av sociala, historiska och traditionella mönster i vår omgivning. Dessa mönster varierar över världen och inverkar på oss ur många aspekter. Bland annat inverkar de på vår kroppsuppfattning och våra mål med den egna kroppen. Det finns skillnader i synen på den manliga kroppen i väst och öst (Yang et al., 2005). I Kina har det hitintills varit ett begränsat intresse att få en överdrivet muskulös kropp. Den kinesiska kulturen riktar idealen mer mot psykisk styrka, självständigt tänkande och mod. En person med hög ålder för med sig mer respekt än en yngre person i en välbyggd kropp. Som den östasiatiska kulturens motpol finner vi den ”kaliforniska livsstilen” där muskulösa, ungdomliga och solbrända män står högt i kurs (Andrén-Sandberg, 2008).

## Våldsverkare

Våldsverkarna kan använda dopningsmedel för att uppnå en såväl fysisk som psykisk förändring av sig själva (Moberg & Hermansson, 2006; National Institute on Drug Abuse, 2006). De eftersträvar större kroppsvolym, ökad styrka, aggressivitet och en känsla av omnipotens för att förbättra förmågan att slåss och skrämmas. Manligheten förtydligas och i gruppen återfinns bl.a. yrkeskriminella. En vidare diskussion om denna grupp samt kopplingen mellan dopningsmedel och våld finns att läsa i det senare avsnittet om Aggressivitet och våld.

## Ytterligare motiv

En användare tillhör sällan bara en grupp. En användare kan ha olika motiv för sitt bruk och motiven kan också skifta under användningens gång. Utöver ovanstående gruppindelning finns även andra motiv för bruk: att använda dopningsmedel som en drog i sig, att uppnå en mental förändring och att bli berusad (Graham et al., 2008; Kindlundh, Isacson, Berglund & Nyberg, 1998). AAS används även som en effektförstärkare för exempelvis amfetamin. Liksom det finns användare som enbart använder dopningsmedel förekommer även ett tydligt blandmissbruk, där dopningsmedel uppträder bland andra droger (Gårevik & Rane, 2010). Användandet av andra preparat kan tillkomma efter introduktionen av dopningsmedel med motivet att exempelvis öka effekten av AAS eller att minska bieffekterna som uppstår under och efter kurerne (Sjöqvist, Garle & Rane, 2008). AAS-användande kan även följa annat drogbruk. Många blandmissbrukare har tidiga motiv som liknar estaternas. En del tränar parallellt med sitt användande och andra upphör med träningen då upplevelsen av drogeffekten är fullt nog för dem. Det är möjligt att blandmissbrukare även kan hänföras till gruppen våldsverkare, eftersom de ofta figurerar i sådana sammanhang.

Användare av dopningsmedel, som hamnar utanför eller i gränzonerna av indelningen ovan, är också de som tar substansen för att uppnå en bättre position jämfört med sin omgivning. Det handlar om "vanliga" killar, som vill bli modigare och få ökad respekt, utrymme och acceptans utan att ha ett aggressions- eller våldssyfte. De vill förbättra sitt självförtroende, öka i rang i kompisskaran och

omgivningen, se större ut, få en känsla av mod och dominans i kombination med en kaxig och säker attityd (bl.a. (Hildebrandt, Langenbucher, Carr, Sanjuan & Park, 2006; Kindlundh et al., 1998) Ytterligare motiv som bl.a. framkommit ur enkätundersökningar till skolungdomar är att dopningsmedel används för att ”det är kul” eller ”för att kompisarna gör det” (Kindlundh et al., 2002; Kindlundh et al., 1998).

#### **13.4.12 Bakgrundsfaktorer**

Förutom kön och ålder är kunskapen begränsad om vilka faktorer som ligger bakom ett dopningsmedelsbruk.

##### **Kön och ålder**

Det har länge funnits konsensus om att majoriteten av dem som använder dopningsmedel är män (Mickelsson, 2009). Användning förekommer även hos kvinnor, men i betydligt lägre utsträckning.

Debutåldern för bruk är relativt hög, kring 18–22 år (Börjesson, 2008; Sjöqvist et al., 2008; Skårberg, Nyberg & Engstrom, 2008). En dopningsdebut under 15 eller över 30 års ålder är ovanlig. Genom att anta att bruket i Sverige pågått i fem till tio år innan det identifierades som ett samhällsproblem för cirka 20 år sedan, kan merparten användare antas vara yngre än 55 år. De som 2009 har dopningserfarenhet befinner sig då inom spannet 15–55 år och merparten av dem som använder dopningsmedel antas vara 18–34 år (Börjesson, 2008; Rikskriminalpolisen & Tullverket, 2008; Mickelsson, 2009).

##### **Social bakgrund**

Forskningen kring vilken social bakgrund som föreligger vid dopningsmedelsbruk är inte tillräcklig för att fastslå säkra samband. Den befintliga kunskapen grundar sig till stor del på studier av personer som har uppsökt behandling (Skårberg, 2009b). Dessa personer har ofta kommit långt i sitt användande och är inte representativa för hela användargruppen.

Under åren 2003–2008 har Kurt Skårberg djupstuderat en grupp AAS-användare som uppsökt behandling för sitt AAS-bruk i Örebro.

Av studierna framkommer det att vårdsökande AAS-användare har en relativt ofördelaktig social bakgrund (Skårberg & Engstrom, 2007; Skårberg et al., 2008). Merparten har växt upp i konfliktfyllda familjer med alkohol- och läkemedelsproblem. Skårberg kan dock inte se några säkra samband med narkotikaanvändning i familjen under uppväxten. Många har upplevt en barndom med generell bristande socialt stöd. Nästan varannan har misshandlats (fysiskt eller psykiskt) under uppväxten. Utsattheten för våld under barn- domen eller tidigare i livet lyfts även fram i andra studier (Petersson, Garle, Holmgren et al., 2006).

Människors sociala situation analyseras ibland utifrån existensen av djupare relationer med personer i omgivningen och under uppväxten. I Skårbergs studier (Skårberg & Engstrom, 2007; Skårberg et al., 2008) anger endast drygt hälften av AAS-användare att de i dagsläget har tillgång till och skulle kunna ta hjälp av närstående som spelat stor roll under uppväxten – om detta skulle behövas vid exempelvis en motgång. Ingen av användarna som uppsökt behandling anger att de hade någon vän som för dem spelade en stor roll som barn. En enkätstudie av Kindlundh et al. (2001) bland skol- elever visar att personer med starkt kamratstöd i lägre omfattning har erfarenhet av AAS.

## Utbildningsbakgrund

Det fåtal studier som har belyst skolgången uppger att AAS-användare vanligen har få positiva erfarenheter av skolan. Merparten med AAS-erfarenhet har haft akademiska svårigheter i skolan, vanligen i form av inlärnings- och koncentrationsproblem. De har vantrivts, varit uttråkade, skoltrötta och ofta skolkat (Kindlundh, Isacson, Berglund & Nyberg, 1999; Nilsson, Spak, Marklund, Baigi & Allebeck, 2004; Skårberg et al., 2008). Undersökningar som belyst utbildningsnivå pekar på att AAS-användare generellt har lägre utbildning än dem utan erfarenhet av AAS (Skårberg & Engstrom, 2007).

Det framkommer dock även i studier att användare av dopningsmedel kan ha haft en god och ordnad uppväxt, skött skolan och nått en högre utbildning (Skårberg et al., 2008). Sannolikt finns olika typer av brukare med mer eller mindre gynnsam bakgrund, men där den mindre gynnsamma överväger.

### **Självförtroende, självkänsla, beteendestörning och hyperaktivitet**

En historia av beteendestörningar i barndomen är ofta rapporterad av användarna och i vissa fall även hyperaktivitet. Ett antal undersökningar lyfter fram att ett dåligt självförtroende kan ligga bakom AAS-användning (Kindlundh, Hagekull, Isacson & Nyberg, 2001). Användare känner sig ofta osäkra och har visat sig ha sämre självkänsla (Thiblin & Parlklo, 2002) och i vissa fall ligger en felaktig kroppsuppfattning bakom.

### **Muskeldysmorfi**

Vissa personer som använder dopningsmedel har en felaktig kroppsuppfattning och kan i detta bli besatta av den egna övertygelsen att inte vara tillräckligt stora, starka och muskulösa – oavsett hur muskulös personen verkligen är. I litteraturen används bl.a. begreppet muskeldysmorfi och paralleller dras till anorexi, där personerna ser sig själva som tjocka när de studerar sig i spegeln – oavsett hur smala de är (Pope Jr., Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997; Rohman, 2009). Det är dock osäkert huruvida muskeldysmorfi är en orsak till eller effekt av dopningsmedelanvändningen (Cole, Smith, Halford & Wagstaff, 2003).

#### **13.4.13 Psykiska dimensioner**

Användning av dopningsmedel påverkar psyket på flera plan. Betydligt mindre finns skrivet om de psykiska bieffekterna av AAS-bruk än om de fysiska. Osäkerheten kring hur de psykiska bieffekterna uppstår gör att det är svårt att avgöra om bruk av dopningsmedel i sig orsakar dessa eller om vissa psykiska karaktärsdrag kan vara orsak till att man börjar med dopning. Det är alltså svårt att veta hur stor roll själva bruket spelar för de humör- och personlighetsförändringar samt de mentala problem som uppstår (Kanayama, Hudson & Pope, 2008; Rohman, 2009). Möjligen påbörjas bruket i flera fall när de mentala problemen redan är närvarande (Talih, Fattal & Malone, 2007). Den individuella utsattheten påstås spela extra stor roll för psykiska sidoeffekter (Pagonis, Angelopoulos, Koukoulis & Hadjichristodoulou, 2006; Pagonis, Angelopoulos, Koukoulis, Hadjichristodoulou & Toli, 2006).

I en studie på AAS-beroende individer, icke-AAS-beroende användare och icke-användare framkom (Kanayama, Hudson & Pope, 2009) att AAS-beroende individer oftare hade uppförande eller beteende störning, störd kroppsuppfattning, drogberoende (ej alkohol), opioidberoende och kokainberoende än övriga. Ej beroende AAS-användare skilde sig inte från icke-användare. Debutåldern skilde sig inte mellan beroende och icke-beroende användare, antalet veckor med AAS var tio gånger längre och maximala veckodosen tre gånger högre för beroende än icke-beroende AAS-användare. Till skillnad från icke-AAS-användare samt icke-beroende AAS-användare visade sig AAS-beroende män ha en hög grad av psykiatrisk samsjuklighet. Författarna föreslår att individer med AAS-beroende och individer med narkotikaberoende har liknande underliggande biologisk och neuropsykologisk utsatthet. De samband med psykiatriska symptom som rapporteras för kliniska patienter återfinns alltså inte i denna grupp av aktiva missbrukare. Det är välkänt från beroendelitteraturen att individer med både psykiatrisk och beroendediagnos söker betydligt oftare än de som bara har en diagnos. Falska positiva samband kan därför erhållas i kliniska material.

### Depressiva symptom

Historiskt sett har låga doser av AAS använts i behandlingar av depressioner och melankoli (Basaria, Wahlstrom & Dobs, 2001). AAS påverkar psyket i flera dimensioner och kliniska iakttagelser pekar på depressiva symptom som ett resultat av AAS-användning. Att personer efter långvarigt bruk av AAS får allvarliga depressiva symptom är ingen ny kunskap (Brower, 1997, 2002; Kashkin & Kleber, 1989; Malone, Dimeff, Lombardo & Sample, 1995), men osäkerhet råder fortfarande kring hur stor del själva bruket av dopningsmedlet spelar. Depressiva symptom, med åtföljande riskscenarier, ses i dagsläget som de vanligaste, mest utbredda och troligtvis allvarligaste biverkningarna efter avbrutet AAS-intag. Besvären eskalerar efter en längre tids användning. Det är framför allt under perioderna mellan kurerna eller efter avbrutet intag, som de uppenbarar sig (Brower, 2002; Kashkin & Kleber, 1989). De depressiva symtomen blir en riskfaktor i sig för såväl våld som självmord och kan således innebära en direkt fara för den deprimerade personen och dess omgivning.



## Mod, omnipotens och odödlighetskänsla

Användare av dopningsmedel upplever ofta ett större mod och en känsla av dominans (Johansson, Hallberg, Kindlundh & Nyberg, 2000; Lindqvist & Fahlke, 2005; Steensland, Blakely, Nyberg, Fahlke & Pohorecky, 2005). I kombination med en stark omnipotens och odödlighetskänsla beskriver fallstudier en upplevd nästintill överdriven styrka. Hur denna känsla yttrar sig i form av våldsbägenhet eller annat riskbeteende finns det ingen forskning om.

## Aggressivitet och våld

Aggression är en vanlig rapporterad psykisk effekt vid AAS-bruk (Chantal, Soubranne & Brunel, 2009; Clark & Henderson, 2003; Cunningham & McGinnis, 2008; Wichstrom & Pedersen, 2001). Djurstudier från bl.a. Uppsala universitet på råttor visar att hjärnan påverkas i områden som associeras med aggressionsbeteende vid intag av dopningsmedel (Chantal et al., 2009; Clark & Henderson, 2003; Cunningham & McGinnis, 2008; Hallberg, Johansson, Kindlundh & Nyberg, 2000; Kindlundh, Lindblom & Nyberg, 2003; Wichstrom & Pedersen, 2001). En generell koppling görs till att personer som tagit AAS sannolikt blir mer aggressiva. Betendeförändringen tycks vara långvarig, men möjligen övergående (Steensland, Blakely et al., 2005). Detta talar för ett visst samband, där AAS-användningen ligger före aggressiviteten (Choi & Pope, 1994; Steensland, Hallberg, Kindlundh, Fahlke & Nyberg, 2005).

Aggressionen yttrar sig särskilt vid provokation. Verbal aggressivitet och våld riktat mot användarens partner har rapporterats in vid upprepade tillfällen. Aggressivitet ses inte alltid som en negativ egenskap. Rapporter tyder på att flera användare, inte minst kvinnor som använder dopningsmedel, uppfattar ökad aggressivitet som en positiv bieffekt, som kan resultera i att de fortsätter med bruket (Bahrke, Yesalis, Kopstein & Stephens, 2000; Lindqvist & Fahlke, 2005; Thiblin, Lindquist & Rajs, 2000).

Kopplingen mellan AAS och våld har diskuterats i över 20 år. Flera spektakulära, svårbegripliga och råa våldshandlingar har sedan dess kopplats till AAS. Medierna har engagerats och belyst flera fall. Våld som uppstått till följd av AAS-bruk har många gånger varit brutalt och lättutlöst och provokationen har ibland varit minimal (Pope Jr. & Katz, 1990; Thiblin & Parklo, 2002). AAS-

bruk har visat sig kunna leda till vettlösa och oplanerade överfall och mord (Hall & Chapman, 2005). I upprepade fallrapporter har förövaren inte kunnat förklara sitt handlande efteråt och våldet har beskrivits som oförklarligt i relation till den tidigare personligheten.

En våldshandling beror på flera samvarierande förklaringsfaktorer. Fia Klötz lyfter fram i sin avhandling (2008) att de riskfaktorer som är gemensamma för kriminalitet och missbruk också kan ha ett stort förklaringsvärde för AAS-våldet. Merparten av våldsverkarna har haft någon tidigare psykisk störning och har vid genomförandet även varit påverkade av någon annan substans, vanligen alkohol (Skårberg, 2009a). Emellertid visar färsk forskning att AAS utgör ett eget förklaringsvärde i samband med våldshandlingar (Beaver, Vaughn, Delisi & Wright, 2008).

Det finns således ett samband mellan AAS, aggressivitet och våld. Det är ännu inte klarlagt i vilken omfattning förklaringsvärdet finns i AAS respektive omkringliggande och framför allt tidigare förekommande bakgrundsfaktorer. Enligt Klötz (2008) är det möjligt att AAS-bruk kan vara den utlösande faktorn för personer i riskzonen, så att en våldsam handling begås. Nedan diskuteras vidare att det dessutom delvis är påvisat att våldet eskalerar med AAS-användning och till och med blir grövre.

En ny svensk studie ifrågasätter emellertid detta samband. Lundholm och medarbetare (2010) studerade 3 597 missbrukande klienter, 3 201 män (89 procent) och 396 kvinnor (11 procent), från två häkten 2002–2008 med strukturerade intervjuer vad gällde typ av brott, huvuddrog det senaste året och användning av AAS. 924 (26 procent) klienter 904 (98 procent) män och 20 (2 procent) kvinnor hade använt AAS. De som använt AAS hade en högre frekvens av aktuella våldsamma brott (OR=1,28, CI95 procent 1,08, 1,51) efter kontroll för kön och ålder. I genomsnitt hade användandet av AAS senast skett 4,0 år före brottet. 67 klienter (7 procent) hade använt AAS den senaste månaden. Deras frekvens av våldsamma brott var 37 procent jämfört med 36 procent för de som någon gång använt AAS och 26 procent för dem som inte använt AAS. Droganvändandet skilde inte mellan grupperna med undantag för bensodiazepiner, där AAS-användarna hade en högre frekvens, 8 procent respektive 4 procent. Författarna påpekar att det således inte verkar finnas något tidsmässigt samband mellan AAS-användande och våldsamma brott utan skillnaderna sannolikt förklaras av faktorer som impulsivt beteende och antisocial livsstil.

### 13.4.14 Kriminalitet

All icke-medicinsk hantering av dopningsmedel är illegal i sig. Här diskuteras kopplingen mellan användningen av dopningsmedel och kriminell aktivitet utöver det egna bruket och hanteringen av dopningsmedel. Ovan beskrivs att användning av AAS medför en känsla av social dominans, tveklöshet och omnipotens. AAS kan därför anses optimalt att använda i samband med kriminella handlingar. Det vetenskapliga stödet för hur stor del av sambandet som kan tillskrivas AAS-bruket i sig självt är inte heller här klarlagt. I de fall då ett samband mellan AAS-användning och kriminalitet ses är det sällan klarlagt i vilken tidsordning dessa fenomen uppträtt. Vissa studier och experter pekar på att AAS introduceras efter påbörjad kriminalitet (Käll, 2008; Wallin, 2009). Detta kan vara i direkt syfte att bättre bemästra sin kriminalitet genom den inverkan substansen har på kropp och psyke. Andra studier pekar på att AAS-bruk leder till kriminalitet genom att användaren bl.a. blir mer aggressiv och utagerande (Skårberg, 2009b; Thiblin & Parlklo, 2002). Genom sitt bruk kommer användaren i kontakt med andra kriminella, vilket i sig kan leda till en kriminell introduktion. Möjligt finns stöd för båda hypoteserna.

I en färsk studie på vårdsökande för AAS vid ett psykiatriskt behandlingscentrum i Örebro uppgav 35 av 36 att de blivit dömda för kriminella handlingar (Skårberg, 2009b). Av de 32 som fanns med i brottsregistret hade två tredjedelar ingen brottslig erfarenhet före AAS-debuten. Personer som påbörjar ett substansbruk med narkotika tycks ha en större brottsbenägenhet redan innan substansbruket, än vad som är fallet vid introduktion av AAS, där AAS ges ett större förklaringsvärde. Likt tidigare vetenskaplig forskning pekar Skårberg på att brottsligheten förändras och blir grövre efter introduktionen av AAS. Våldshandlingar tycks bli rårare och våldsamare då AAS är med i bilden (Beaver et al., 2008; Klötz, 2008; Klötz, Garle, Granath & Thiblin, 2006; Pagonis, Angelopoulos, Koukoulis, Hadjichristodoulou et al., 2006). Detta stärker Popes slutsats att "AAS-användning är en signifikant faktor för kriminellt beteende" (Pope et al., 1996). Kopplingen blir än starkare i kombination med annat substansbruk (Klötz et al., 2006; Skårberg, 2010; Skårberg, Nyberg & Engstrom, 2009).

### 13.4.15 Sociala dimensioner

Det finns inga vetenskapliga belägg för att dopning i sig medför ökad risk för att hamna i den typ av social misär som associeras med intensivt narkotikamissbruk. Det är inte ovanligt att annat drogbruk förekommer. Relationsproblem tycks vara vanligt (Parkinson & Evans, 2006) liksom fysisk och psykisk misshandel av närstående och andra. Annan kriminalitet som förekommer är vapenbrott och stöld (Skårberg & Engström, 2007). Dessutom innebär användningen en ökad risk för en antisocial livsstil (Rohman, 2009; Thiblin & Parlklo, 2002). Fallrapporter vittnar om personer som blivit besatta av sin träning och sin dopning. Denna fixering leder ibland till att många av livets övriga aspekter helt kommer i skymundan. Det tycks inte finnas några studier, utöver fallstudier, som beskriver denna extrema fixering eller hur den inverkar på den egna ekonomin, de sociala kontakterna, familjerelationerna etc. (Thiblin, 2008).

### 13.4.16 Dödlighet

De flesta läkemedel har en dokumenterad akut giftighet vid överdosering. Detta gäller inte AAS och det finns inga kända nivåer för vilka intag som riskerar att leda till akut död (Quaglio et al., 2009). Oavsett detta har ett antal svenska studier visat på att AAS-användning medför en ökad risk för att dö i förtid (Petersson, Garle, Granath & Thiblin, 2006; Thiblin & Petersson, 2005; Thiblin, Runeson & Rajs, 1999). Det kan bero på kroppsliga komplikationer såsom hjärtdöd, självmord eller död till följd av det risktagande individen utsätter sig för i samband med bruk (Petersson, Garle, Holmgren et al., 2006).

Det finns inga vetenskapliga bevis som styrker ett kausalt samband mellan AAS-användning och självmord. Självmord är den vanligaste dödsorsaken bland män under 35 år (Kriminalvården, 2009) och dessutom den vanligaste orsaken till för tidig död bland personer med psykisk störning. Självmordstankar bland användarna förekommer (Petersson, 2008), men många samverkande faktorer spelar in för att genomföra handlingen. De depressiva symptom som kan följa dopning, och som presenteras tidigare i denna rapport, har föreslagits som en bidragande faktor i vissa självmordsfall. I en obduktionsstudie (Petersson, Garle, Granath & Thiblin, 2006)

på avlidna AAS-användare och avlidna AAS-negativa heroinister respektive amfetaminister visade sig de AAS-positiva i högre utsträckning ha dött av mord eller självmord (s.k. avsiktlig död) än narkomanerna, där överdoser dominerade. Medelåldern vid dödsfallet var dessutom betydligt lägre (24,5 år) för de AAS-positiva än för de som använt heroin (34 år) eller amfetamin (40 år).

Ytterligare en riskfaktor för att dö i förtid är att befinna sig i en kriminell miljö, vilket i sig ökar risken att bli inblandad i våld. AAS-användare som är riskbenägna, impulsiva och aggressiva har än större risk att utsätta sig eller bli utsatta för dödligt våld (Petersson, Garle, Granath et al., 2006; Thiblin et al., 2000). Exempelvis har en stor del av dem som skjutits i s.k. kriminella uppgörelser under 2000-talet i Stockholm och Uppsala haft AAS-erfarenhet (Thiblin, 2008).

#### 13.4.17 Tre faser som användarna går igenom i kurandet

Forskare och praktiker talar om tre faser som avlöser varandra i användandet av dopningsmedel. (Hermansson & Moberg, 2008; Rosén, 2009) Faserna kopplas till de upplevelser och framför allt mentala steg, som användaren går igenom i kurandet och kan beskrivas enligt nedan.

1. De flesta användare upplever i början en rad positiva effekter från sitt AAS-bruk (Hildebrandt, Schlundt, Langenbucher & Chung, 2006). Detta är den *första fasen*. Vissa beskriver upplevelsen som ”den bästa någonsin i sitt liv” (Skårberg, Nyberg & Engstrom, 2008). Användaren får en ökad energi och entusiasm och ökad sexualdrift (Bahrke, Wright, Strauss & Catlin, 1992). De upplever en ökad social acceptans och högre social status. Behovet av sömn minskar (Hall & Chapman, 2005). Muskelvolymen ökar vanligen och därmed styrkan, vilket stärker självförtroendet och en känsla av oövervinnelighet uppstår. Samtidigt hävdar några (Midgley, Heather & Davies, 2001; Rosén, 2009) att det redan här uppstår en irritabilitet och fientlighet, medan andra forskare skjuter över dessa effekter till fas två.
2. *Fas två* är den som uppstår efter en tid med upptrappad dosering. Användaren riskerar att få försämrat omdöme och en förlust av sin impuls kontroll, vilket kan leda till provocerade raseriutbrott. Aggressivitet och paranoia kan utvecklas och det är

vanligt med snabba humörsvängningar (Papazisis, Kouvelas, Mastrogianni & Karastergiou, 2007; Pope & Katz, 1994) Fixeringen vid kroppen, träningen och preparaten förstärks (Moberg & Hermansson, 2006; Skårberg et al., 2008).

3. Efter avslutad kur kommer användaren in i abstinensfasen, *fas tre*. Självförtroendet sjunker och apati, håglöshet, mani och ångest uppstår (Talih, Fattal & Malone, 2007). Depressionen, som är en av de mest uttalade psykiska biverkningarna, kommer krypande (Hall & Chapman, 2005).

Cykeln med sina tre faser börjar om vid återkommande kurer. Efter en längre tids kurande tenderar de negativa effekterna överväga de positiva (Skårberg et al., 2008). Det finns också en liten andel användare som aldrig upplever några negativa effekter.

#### **13.4.18 Svenska studier av patienter som behandlats för problem med anabola androgena steroider**

Nedan följer en presentation av svenska studier av patienter i behandling för missbruk eller beroende av anabola androgena steroider som genomgått peer-review (granskade av andra forskare innan publicering).

*Skårberg, K. & Engström, I. (2007) Troubled social background of male anabolic-androgenic steroid abusers in treatment. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2, 20.*

Syftet med studien var att undersöka både social bakgrund samt aktuell social situation hos användare av anabola androgena steroider (AAS). Trettiofyra AAS-användande patienter från ett Beroendecentrum (BC) jämfördes med två grupper, 18 AAS-användare samt 259 personer som aldrig använt AAS från ett gym i Örebro län, Sverige. Studien baseras på semi-strukturerade intervjuer samt enkäter. Berättelser om problemfylld uppväxt liksom aktuell social situation var vanligare hos AAS-användarna. De beskrev även om problem i relationerna med föräldrarna och nästan hälften hade upplevt fysisk eller psykisk misshandel under uppväxten. BC-gruppens erfarenheter från skoltiden var mestadels negativa, vilket inkluderade koncentrationssvårigheter, skoltrötthet samt inlärningsproblem. I den aktuella sociala situationen berättade AAS-

användarna om missbruk av andra droger, övergrepp mot närstående samt annan kriminalitet, t.ex. misshandel, vapeninnehav samt stöld. Sammanfattningsvis visar denna studie att användare av AAS ofta upplevt en problemfylld social bakgrund samt aktuell social situation. Detta understryker vikten av att utföra en noggrann social utredning som en del av ett behandlingsprogram.

*Skarberg, K., Nyberg, F. & Engström, I. (2008) The development of multiple drug use among anabolic-androgenic steroid users: six subjective case reports. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 3, 24.*

I denna studie var syftet att öka kunskapen kring hur AAS-användande utvecklas. Sex AAS-användande patienter som sökte hjälp för AAS-relaterade problem på ett beroendecentrum djupintervjuades, fyra män och två kvinnor. Frågorna som ställdes berörde den sociala bakgrunden, preparat- och droganvändande, utvecklingen av användandet samt erfarenheter av AAS-relaterade effekter. Studien baserades på semistrukturerade intervjuer samt patienternas egna berättelser. Resultatet visar en signifikant skillnad hos patienterna i utvecklandet av AAS-användande i relation till den sociala bakgrunden, drogstart, utvecklingen av droganvändandet, anledningen till användandet av olika droger samt erfarenheter av bieffekter. Majoriteten hade en problemfylld social bakgrund. Användandet av AAS var starkt förknippat med träning på gym. Användandet av andra droger var vanligt, antingen tillsammans eller stegvis upptrappat. Denna studie visar att AAS-användande, tillsammans med andra droger eller inte, kan skilja sig mellan olika individer. Resultatet visar att det är viktigt att de som träffar AAS-användare har en bra generell kunskap kring AAS-användandet tillsammans med ett genuint intresse av varje individ samt dennes livshistoria.

*Skarberg, K., Nyberg, F. & Engstrom, I. (2009) Multisubstance use as a feature of addiction to anabolic-androgenic steroids. European Addiction Research, 15: 99–106.*

För att utreda det totala droganvändandet hos användare av anabola androgena steroider (AAS) användes i denna studie semistrukturerade intervjuer samt frågeformulär. En jämförelse skedde mellan 32 AAS-användande patienter från Beroendecentrum (BC) och 19 användare samt 324 icke-användare från ett gym i Örebro län.

Resultatet pekar på att blandmissbruk av droger var vanligare hos AAS-användarna samt att mer än en fjärdedel av patienterna från BC var beroende av amfetamin. Förutom tabletter och injicerbara AAS användes andra hormonpreparat, narkotika, alkohol, olika typer av mediciner samt kosttillskott. Trots att våra data kanske inte kan överföras till alla AAS-användarna visar resultatet att det är viktigt med en noggrann utredning kring alla preparat och droger vid framställan av ett behandlingsprogram.

*Skarberg, K., Nyberg, F. & Engstrom, I. (2010) Is there an association between use of anabolic-androgenic steroids and criminality? European Addiction Research. 16 (4): 213-9.*

Syftet med denna studie var att öka kunskapen mellan en möjlig koppling kring AAS-användande och kriminalitet. Studien baserades på intervjuer och BRÅ:s kriminalitetsdata hos 32 AAS-användare, som sökt hjälp för AAS-relaterade problem på en psykiatrisk beroendemottagning i Sverige. Analysen skedde enligt ett kodsystem, där hänsyn tagits såväl till brottens svårighetsgrad som till den tidsperiod under vilken brotten begåtts. Resultaten jämfördes mellan två grupper av patienter, som har olika mönster när det gäller utvecklingen av sitt AAS-användande och som har olika debutdrog, AAS eller narkotika. Den kriminella aktiviteten ökade hos 69 procent av patienterna efter att AAS-användandet startade. Detta var speciellt tydligt hos den grupp som startat sitt totala droganvändande med AAS. Våldsbrott och vapenbrott visade en tydlig ökning efter att AAS börjat användas. Studien visar även en signifikant minskning av kriminalitet efter behandling, speciellt hos de som börjat sitt droganvändande med AAS. Resultatet tyder på att det finns en koppling mellan AAS-användande och kriminalitet, speciellt för våldsbrott samt vapenbrott och att denna kriminalitet kan öka när AAS kombineras med narkotika.

#### **13.4.19 Statens folkhälsoinstitut och Lunds universitets enkätundersökning**

Den största studien i Sverige med enkätmetoden genomfördes 2008 av Statens folkhälsoinstitut och Lunds universitet. Den inkluderade 58 000 individer med en viktad svarsfrekvens på 52 procent. I enkäten ställdes också frågor om alkohol och narkotika, mående



och besök på gym och andra träningsanläggningar. Uppgifter fanns också om civilstånd, inkomst och utbildning. Detta ger möjligheter att analysera sambanden mellan användandet av anabola androgena steroider och andra faktorer i den allmänna befolkningen.

Individer med ökad risk för cannabisanvändande, det vanligaste använda narkotikapreparatet i Sverige, inkluderades i större omfattning i studien än individer med liten risk. Detta baserades på tidigare undersökningar av cannabisanvändandet i Sverige (den nationella folkhälsoenkäten). Detta innebar bland annat att individer över 45 års ålder var få i enkäten.

När resultaten presenteras tas hänsyn hur urvalet skett, dvs. resultaten viktas. I denna redovisning kommer de olika frekvenserna att anges viktade. Den statistiska bearbetningen, logistisk regressionsanalys, har genomförts på oviktade data. Vår bedömning är att den presenterade modellen är stabil och tillförlitlig.

I bearbetningen har endast användning någon gång under livet använts vad gäller frågor om anabola androgena steroider och andra droger. Frågorna om anabola androgena steroider och aktivitet på gym presenteras här. Övriga frågor finns presenterade på nätet (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

(37) Har du någon gång använt anabola androgena steroider?

- 1 Nej
- 2 Nej, men blivit erbjuden
- 3 Ja, för mer än 12 månader sen
- 4 Ja, de senaste 12 månaderna
- 5 Ja, den senaste månaden

(71) Tränar du på gym eller annan träningsanläggning?

- 1 Nej
- 2 Ja, enstaka tillfälle
- 3 Ja, regelbundet

I tabell 3 redovisas användning av droger, besök på gym och utbildning hos dem som använt anabola androgena steroider jämfört med dem som inte gjort det. Värdena är viktade. Anabola androgena steroider har använts av 0,7 procent av männen och ett fåtal av kvinnorna. Kvinnornas resultat överensstämmer i stort sett med

männens. Vissa skillnader föreligger, men dessa kan vara beroende av att kvinnorna är få, vilket gör att skillnaderna i regel inte är statistiskt säkerställda. Den fortsatta redogörelsen kommer endast att omfatta männen.

Frekvenserna av alla typer av droganvändning är många gånger fler bland dem som använt anabola androgena steroider än bland övriga. Störst är skillnaderna bland dem som använt smärtstillande mediciner utan läkares ordination. Fyrtioen procent av dem som använt anabola androgena steroider tränar regelbundet på gym mot 22 procent av övriga. Endast 9 procent av dem som använt anabola androgena steroider har eftergymnasial utbildning mot 33 procent av övriga.

**Tabell 3 Livstidsanvändning av droger, besök på gym och utbildning hos de som använt respektive ej använt anabola androgena steroider uppdelat på kön. 15–64 år. Viktade värden**

|   | Män   |        | Kvinnor |         |
|---|-------|--------|---------|---------|
|   | Ja    | Nej    | Ja      | Nej     |
| <b>Anabola androgena steroider</b>                          | 0,7 % | 99,3 % | 0,0 %   | 100,0 % |
| Cannabis  | 64 %  | 21 %   | 77 %    | 11 %    |
| Amfetamin   | 60 %  | 6 %    | 75 %    | 3 %     |
| Kokain  | 19 %  | 4 %    | 72 %    | 2 %     |
| Opiater   | 12 %  | 2 %    | 65 %    | 1 %     |
| Ecstasy   | 57 %  | 2 %    | 67 %    | 2 %     |
| Hallucinogener  | 15 %  | 3 %    | 56 %    | 2 %     |
| Lugnande mediciner utan läkares ordination                  | 18 %  | 5 %    | 71 %    | 7 %     |
| Smärtstillande mediciner utan läkares ordination            | 46 %  | 10 %   | 71 %    | 10 %    |
| Smärtstillande eller lugnande utan läkares ordination       | 49 %  | 11 %   | 71 %    | 13 %    |
| Illegal narkotika   | 65 %  | 21 %   | 84 %    | 12 %    |
| Alkohol, riskkonsumtion                                     | 77 %  | 26 %   | 34 %    | 14 %    |
| Tränar du regelbundet på gym eller annan träningsanläggning | 41 %  | 22 %   | 27 %    | 26 %    |
| Eftergymnasial utbildning                                   | 9 %   | 33 %   | 30 %    | 35 %    |

I den fortsatta analysen jämförs tre modeller (Tabell 4). Den första modellen inkluderar endast bakgrundsdata, den andra bakgrundsdata och regelbundna gymbesök och den tredje bakgrundsdata, regelbundna gymbesök och aktuell situation inkluderande användning av olika typer av droger. Storleken på sambanden när andra faktorer hållits konstanta anges med OR (odds ratios). Om denna är statistiskt säkerställd markeras det med fetstil. Nittiofem procent konfidensintervall anges för alla värden i den tredje modellen. Om konfidensintervallen ej skär värdet ett är OR-värdet signifikant. Ju längre från 1 värdena är desto starkare är sambanden. I denna analys är de flesta samband mycket starka och signifikanta på 1-promillnivån. Konfidensintervallen för modell 1 och 2 anges ej.

I den första modellen är ålder och eftergymnasial utbildning signifikanta. När OR-värdet är negativt innebär det ett negativt samband, dvs. att avsaknad av eftergymnasial utbildning ökar risken för att använda anabola androgena steroider. Ålder är också signifikant i modell två, men ej i modell tre. Detta innebär att förklaringsvärdet av de nya variablerna i modellen är starkare än åldern, som inte längre är av betydelse. Däremot fortsätter eftergymnasial utbildning att vara statistiskt signifikant i alla modeller, vilket innebär att det har en självständig betydelse för att förstå användandet av anabola androgena steroider.

I den andra modellen ingår regelbunden träning på gym. Denna träning har ett positivt samband med att använda anabola androgena steroider. Sambandet blir till och med något starkare i modell tre.

I den tredje modellen har variablerna "användning av smärtstillande eller lugnande mediciner utan läkares ordination" och "användning av illegal narkotika" mycket starka samband med användning av anabola androgena steroider. Observera att värdet för regelbunden träning på gym inte minskar. Detta talar för att denna variabel är oberoende av användning av droger. Om ett sådant samband föreligger skulle OR-värdet för regelbunden träning på gym kraftigt minska i modell tre.

I den tredje modellen har också "ekonomiska problem" och "rökning" ett självständigt positivt samband med användning av anabola androgena steroider. Dessa samband är sannolikt relaterade till den typiska livsstil som föreligger i samband med droganvändning. Slutligen finns ett positivt samband med "inkomst över medianen". Detta har sannolikt samband med att ekonomiska problem inkluderats i modellen. De med inkomst över medianen har sanno-

likt mindre ekonomiska problem än övriga och därav en ökad OR. Däremot är riskfylld alkoholkonsumtion inte relaterat till anabola androgena steroider när övriga faktorer hålls konstanta. Hur väl förklarar de olika modellerna verkligheten? I sista raden anges Nagelkerke R, som är ett mått på förklarad varians. Modell ett och två har låga förklaringsvärden (0,02 och 0,03), medan modell tre har ett mycket högre förklaringsvärde (0,21). Detta talar för att låg utbildningsnivå, regelbunden träning på gym och användande av narkotiska droger bör inkluderas i en modell av hur anabola androgena steroider används.

**Tabell 4** Oddskvoter (OR) för hierarkisk multivariat binomial logistisk regression, samt för sista stegets analys 95 % konfidensintervall (95 % KI) för män. Utfallet i samtliga steg är användning av anabola androgena steroider. Oviktad analys. N=14 160 varav 240 som använt anabola androgena steroider

|  | Modell 1<br>OR | Modell 2<br>OR | Modell 3<br>OR | 95 % | KI   |
|--|----------------|----------------|----------------|------|------|
| <b>BAKGRUND</b>  |                |                |                |      |      |
| Ålder<br>(5-årsintervall)                                      | 1,22           | 1,25           | 1,06           | 0,96 | 1,17 |
| Född i Sverige   | 1,25           | 1,38           | 1,35           | 0,69 | 2,66 |
| Eftergymnasial utbildning                                      | <b>0,41</b>    | <b>0,39</b>    | <b>0,37</b>    | 0,27 | 0,52 |
| Inkomst (övre median)  | 0,90           | 0,86           | <b>1,42</b>    | 1,01 | 2,00 |
| Sambo  | 1,22           | 1,25           | 1,26           | 0,93 | 1,72 |
| <b>GYM</b>   |                |                |                |      |      |
| Tränar du regelbundet på gym eller<br>annan träningsanläggning |                | <b>1,53</b>    | <b>1,85</b>    | 1,35 | 2,54 |
| <b>AKTUELL SITUATION</b>                                       |                |                |                |      |      |
| Ekonomiska problem   |                |                | <b>1,83</b>    | 1,27 | 2,65 |
| Dåligt hälsotillstånd  |                |                | 1,16           | 0,78 | 1,72 |
| Rökning  |                |                | <b>1,76</b>    | 1,21 | 2,57 |
| Alkohol, riskkonsumtion  |                |                | 1,09           | 0,80 | 1,49 |
| Smärtstillande eller lugnande utan<br>läkares ordination       |                |                | <b>5,06</b>    | 3,68 | 6,96 |
| Illegala narkotika   |                |                | <b>4,18</b>    | 2,86 | 6,11 |
| Nagelkerke R   | 0,03           | 0,03           | 0,21           |      |      |

Signifikanta värden markerade med fetstil

## 13.5 Befintligt behandlingsutbud i Sverige

### 13.5.1 Bakgrund

Sedan 1993 har Dopingjouren på Huddinge sjukhus varit aktiv med främst telefonrådgivning, för närvarande cirka 2 000–3 000 samtal per år, men har även en mottagningsverksamhet. De senaste åren har Resurscentra för Hormonmissbrukare skapats i Örebro och Göteborg, och ett forskningscentrum i Uppsala är aktivt inom området. Vidare finns ett Nationellt Nätverk mot Anabola, Androgena Steroider, med regelbundna sammankomster för hormon-dopningsintressenter. Nätverket har bl.a. gjort uppvaktning på Socialdepartementet och medverkat i Dopningsseminarium på Rosenbad och har tidigare tilldelats forskningsmedel via Mobilisering mot narkotika och FoU-medel.

### 13.5.2 Resurscentrum för hormonmissbrukare på Endokrinsektionen, Sahlgrenska

Sedan 2002–2003 finns ett s.k. Resurscentrum för hormonmissbrukare på Endokrinsektionen, Sahlgrenska, där främst Thord Rosén tillsammans med Christer Ehrnberg tar emot patienter med aktuellt eller genomgången missbruk av främst Anabola, Androgena Steroider (AAS). Under dessa år har drygt 100 nyremitterade patienter undersökts. En ovärderlig kunskap i handläggandet av dessa patienter har erhållits, inkluderande sjukdomsbild och terapi. Varje nybesök tar oftast 2–2,5 timmar i anspråk. Mottagningen har kontakt med Eva Edin, Narkomanpol, Järntorget, för akut omhändertagande av patienter med till AAS-bruket hörande svåra psykiska problem. Vidare sker samarbete med kardiologer och plastikkirurger, samt vid behov sociala myndigheter och skola.

Parallellt med den kliniska verksamheten bedrivs ett forskningsprojekt tillsammans med bl.a. Psykologiska institutionen samt Institutionen för Socialt arbete, samt Kardiologen/Klin Fys SS och CKÖ. Detta är baserat på en systematisk utvärdering av patienterna ur medicinsk (läkarundersökning med droganamnes, EKG/UCG, laborationer inkl. dopningstest), psykologisk (frågeformulär), psykiatrisk (SCID-intervju) samt sociologisk (djup-intervju) synvinkel. Denna direktkontakt med patienterna ger värdefull kunskap om bl.a. bakgrund till missbruket, gymmiljö, skillnader i de enskilda preparatens effekter samt eventuella somatiska

och psykiska biverkningar. Utöver den fasta staben i forskningsgruppen knytes även adjungerade medarbetare i form av läkarstuderande och sjuksköterskor, personal inom kriminalvården och gymrörelsen, för genomförande av specifika enskilda projektarbeten inom Resurscentrats ram.

Några av de uppenbara vinsterna med särskilda Resurscentra för hormonmissbrukare är att AAS-patienterna sköts på ett ställe, där den lokala kunskapen om denna patientgrupp blir stor, via den direkta patientkontakten och forskning. Den regionala remissgången har underlättats, så att dessa patienter direkt kan remitteras till en specialenhet. Resurscentrat skapar via patientkontakterna möjlighet att hitta nya patienter på gymmen. Vidare har resurscentrat blivit en diskussionspartner lokalt-regionalt i dessa frågor och ett fruktsamt samarbete har utvecklats med skolan, idrottsrörelsen, gymmen och polisen, inte minst via utbildningsverksamhet. Centrat har hjälpt till att identifiera AAS-dopningsproblemen i samhället för makthavare och inom utbildningssektionen för bl.a. läkare och sjuksköterskor. Det övergripande målet är att ett lokalt Resurscentrum skapas på åtminstone varje universitetsort, och att så småningom varje sjukhus utanför universitetsorterna har en specialintresserad ”dopningsläkare”.

### 13.5.3 Aktuella forskningsprojekt vid Resurscentrat

Patienterna genomgår en omfattande medicinsk, psykiatrisk, psykologisk och social utvärdering, som i sin tur genererar forskningsprojekt, där samband kan studeras mellan AAS-bruket och komplikationer på kort och lång sikt, ur medicinska, psykiatriska och sociala aspekter. Vidare är det viktigt att finna förklaringsmodeller till uppkomsten av AAS-bruket, samt att utveckla en optimal omhändertagandemodell för dessa patienter.

### 13.5.4 Resurscentrats deltagande i nätverk, statliga utredningar, undervisning

Erfarenheter och specifika kunskaper från Resurscentrat efterfrågas i det nationella arbetet mot hormondopningen i Sverige. Centrat deltar aktivt i:

1. Nationella Nätverket mot hormondopning med regelbundna årliga möten.
2. Statens folkhälsoinstituts (FHI) utredning om dopningens utbredning i Sverige, samt i en förnyad utredning via Socialdepartementet om mål och metoder att ta hand om hormonmissbrukarna.
3. FHI:s expertgrupp angående uppdatering av substanser på dopinglistan, där samarbete med åklagarmyndigheter försöker fastställa straffsatsen för dopningbrott.
4. Nationell terapiplan mot hormondopning, ledd av professor Anders Rane, Dopningsjouren, Huddinge.
5. Hearing om dopningsfrågor på regeringskansliet i december 2009, med tre ministrar närvarande, där synpunkter framfördes på terapin för hormonmissbrukare i Sverige, baserat på erfarenheter från Resurscentrat.
6. Uppbyggandet av ett nytt Dopningscentrum i Malmö och regelbundna föreläsningar om hormondopning lokalt och nationellt för vårdpersonal och skola.

#### Patientmaterial

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Antal:  | 106 (104 män/2 kvinnor) |
| Ålder vid nybesök:  | 27,7 år                 |
| Debutålder AAS-bruk:  | 20,1 år                 |
| Duration AAS-bruk:  | 6,1 år                  |
| Sju patienter har avlidit. Dödsålder: 23, 24, 26, 27, 27, 27 resp. 47 år. |                         |

Analys av dödsorsaker samt relation till normalbefolkning pågår.

På alla patienter föreligger kumulativ dos på samtliga AAS-preparat. Se nedan.

Tabell 5 AA-preparat

| Preparat                  | Generiskt namn     | Medeldos mg/vecka | Intervall              |
|---------------------------|--------------------|-------------------|------------------------|
| RYSSFEMMOR-DIANABOL       | Methandrostenolone | 200               | (35–550)               |
| NANDROLON                 | Nandrolon Decanoat | 415               | (210–1 000)            |
| DECA-DURABOLIN            | Nandrolon Decanoat | 370               | (50–1 400)             |
| TESTOVIRON DEPOT          | Depot-testosteron  | 510               | (250–1 000)            |
| TESTO-ENANTATE            | Depot-testosteron  | 785               | (125–3 500)            |
| TESTO-CYPIONATE           | Depot-testosteron  | 710               | (235–1 050)            |
| TESTO-PROPIONATE          | Depot-testosteron  | 335               | (175–700)              |
| TESTERONE TERAMEX         | Depot-testosteron  | 450               | (250–1 000)            |
| TESTEX                    | Depot-2 testo      | 450               | (250–1 000)            |
| SUSTANON                  | Blandning 4 testo  | 535               | (115–535)              |
| OMNADREN                  | Blandning 4 testo  | 505               | (125–1 500)            |
| WINSTROL                  | Stanozolol         | 210               | (50–700)               |
| ANADROL                   | Oxymetholone       | 395               | (50–1 040)             |
| UNDESTOR-ANDRIOL          | Testo-Undecanoate  | 1 320             | (280–4 200)            |
| PRIMBOLAN                 | Methenolene        | 380               | (60–3 335)             |
| PARABOLAN                 | Trenbolone         | 320               | (40–1 500)             |
| EQUIPOISE                 | Boldenone          | 335               | (75–905)               |
| MASTERON                  | Bromostanolone     | 540               | (70–525)               |
| PROVIRON                  | Mesterolone        | 325               | (70–525)               |
| ANAVAR                    | Oxandrolone        | 145               | (25–500)               |
| <b>Kumulativ totaldos</b> |                    | <b>152 130</b>    | <b>(900–2 359 350)</b> |

Preliminära data på relation mellan total läkemedelskostnad, vårdtillfällen (öppenvård-slutenvård), fördelning av subjektiva symtom, objektiva statusfynd samt övrigt missbruk, i relation till kumulativ dos AAS, föreligger, och presenteras i pappersform 100 427. Vi inväntar analyser i jämförelse med normalbefolkningen via statistiker Anders Odén.

Muntlig presentation av mortalitetsdata, angående uppföljning av cirka 1 100 svenska elitidrottare inom kraftsporter med förmodat AAS-intag, presenteras på mötet (ännu ej publicerade data).

### 13.5.5 Verksamhetens volym och kostnader

Docent Thord Rosén, endokrinolog på Sahlgrenska, har för närvarande huvudansvaret för verksamheten på Resurscentrum. Med tanke på verksamhetens specifika inriktning och det speciella pati-



entklientelet, är det mycket svårt att inrymma densamma i den vanliga polverksamheten, då t.ex. ett nybesök normalt tar 2–3 timmar läkartid i anspråk. Till detta kommer tät uppföljning av patienterna med kontroll av labbprover, telefonsamtal, diskussion med andra kollegor etc.

Sedan starten har 106 nya patienter registrerats (104 män och 2 kvinnor). År 2009 nyregistrerades 17 patienter. Utöver nybesök skedde cirka 20 återbesök med labbkontroller samt kontinuerliga uppföljningsamtal, receptskrivande, diskussion med kollegor etc. enligt ovan.

Finansieringen har tidigare skötts via bl.a. statliga medel, såsom Mobilisering mot narkotika (med den nya regeringsbildningen 2006 drogs dessa medel in) samt med lokala FoU-medel (som tyvärr ej har förnyats). Detta har inneburit att verksamheten de senaste åren har kunnat bedrivas i den omfattning som situationen kräver. Verksamhetsföreträdarna önskar att beslutshavarna i Västra Götalands-regionen blir uppmärksamma på den unika verksamheten, och erbjuder finansiella medel så att verksamhet kan fortsätta.

**Tabell 6 Kostnader i kronor**

|                                   |         |                |
|-----------------------------------|---------|----------------|
| <b>NYBESÖK</b>                    |         |                |
| Läkare:                           | 3x450   | 1 350          |
| Undersköterska:                   | 1x200   | 200            |
| Sekreterare:                      | 0,5x200 | 100            |
| Skötare:                          | ¼x252   | 63             |
| EKG/UCG etc.                      |         | 2 640          |
| Laboratorieprover                 |         | 3 470          |
| Sammanlagt per nybesök/patient    |         | 7 823          |
| Totalt 17 nybesök (2009)          |         | 132 991        |
| <b>ÅTERBESÖK</b>                  |         |                |
| Läkare:                           | 1x450   | 450            |
| Undersköterska:                   | 1x200   | 200            |
| Sekreterare:                      | ¼x200   | 50             |
| Laboratorieprover                 |         | 3 470          |
| Sammanlagd per återbesök/patient  |         | 4 170          |
| Totalt 15 återbesök (2009)        |         | 62 550         |
| Övrig kostnad läkare              |         | 9 000          |
| (intyg+telefon+recept)/år         | 20x450  |                |
| <b>Totalkostnad per år (2009)</b> |         | <b>204 540</b> |

### 13.5.6 Psykiatrisk mottagning Göteborg

32 patienter med AAS som helt klart dominerande huvuddrog har varit aktuella i behandling på Narkotikapolikliniken/Järntorgsmottagningen sedan 2004. Flertalet är remitterade från Thord Rosén. De flesta av de 32 har också använt andra droger, huvudsakligen centralstimulerande medel (efedrin, amfetamin och kokain), framför allt för att orka träna intensivt. GHB/GBL, bensodiazepiner och cannabis har av vissa använts för sömn, för att varva ned och för att motverka irritabilitet. Opiater har använts för smärtlindring.

Nybesöksutredning gjord av läkare har oftast innefattat ASI och för vissa SCID I och II. Att det inte kunnat göras på alla har berott på tidsbrist. Det är läkaren som sedan också i flertalet fall stått för medicinerings och fortsatt psykologisk och social behandling eller rehabilitering. Samtalsbehandlingen är individuellt anpassad, oftast huvudsakligen kognitivt inriktad, några patienter har behövt flera års samtalsbehandling och medicinerings.

### 13.5.7 Dopingjouren vid Karolinska universitetssjukhuset, Kliniken för klinisk farmakologi

#### Övergripande verksamhet

Dopingjourens arbete syftar till att motverka dopning i samhället och dess följdverkningar. Verksamhet omfattar kunskapsinhämtning, utbildning och information rörande missbruk av anabola androgena steroider och nära relaterade substanser och deltagande i kliniskt arbete tillsammans med andra specialiteter. Dopingjouren bedriver också omfattande forskning både internt och i samarbete med andra forskargrupper i Sverige. Dopingjouren tillhör Avdelningen för klinisk farmakologi vid Karolinska Universitetssjukhuset. Verksamheten startade 1993 med telefonrådgivning och har hittills besvarat över 40 000 samtal från personer som på olika sätt direkt eller indirekt berörs av missbruket av anabola androgena steroider, från skolor, sjukvården, myndigheter mm. Frågorna gäller i första hand preparatens egenskaper, deras effekter och biverkningar och hur man upptäcker dopning och missbruk av andra medel som ofta används samtidigt. Den bemannas av sjuksköterskor och läkare. För närvarande är två av medarbetarna doktorander (vid Karolinska institutet/avd klinisk farmakologi) med vetenskapliga projekt som

gäller missbrukssubstansers omsättning, effekter, och användningsmönster.

Dopingjourens verksamhet bedrivs i samverkan med klinisk farmakologis andra verksamhetsområden, främst, Dopinglaboratoriet, Missbrukslaboratoriet samt Karolinska Läkemiddelsinformationscentralen. Dopingjouren har också samarbete med andra kliniker på universitetssjukhuset. Samarbetet gäller främst individer som kontaktar telefonrådgivningen och som är i behov av medicinsk utredning. Många av dessa hänvisas till Centrum för andrologi och sexualmedicin, Klinikerna för invärtes medicin samt psykiatri på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge eller Beroendecentrum Stockholm. Utöver det kliniska samarbetet bedriver Dopingjouren forskning tillsammans Endokrinologiska kliniken avseende metabola och andra effekter av testosteron. Vidare bedrivs forskning och utveckling för diagnostik av AAS-missbruk tillsammans med Dopinglaboratoriet som ingår i kliniken för klinisk farmakologi. Dopinglaboratoriet är det enda i Sverige och är ackrediterat av Internationella Olympiska Kommittén sedan 1985, av SWEDAC sedan 2000 och av WADA sedan 2004. Dopingjouren har med stöd av särskilda forskningsmedel från landstinget utrett psykiska och somatiska biverkningar av anabola androgena steroider hos 56 individer som just avslutat sitt missbruk. Ökad muskelmassa, hjärtförstoring, bröstkörtelförstoring hos män, acne, håravfall, vätskeansamling, leverpåverkan och psykiska sjukdomar är exempel på biverkningar som observerats. Kliniska specialister inom olika områden har medverkat i projektet. Tillsammans med Centrum för andrologi och sexualmedicin och Beroendecentrum Stockholm har Dopingjouren ansökt om medel för att skapa en klinisk plattform på Karolinska universitetssjukhuset för omhändertagande av patienter med medicinska dopingproblem av olika slag.

### **13.5.8 Behandlingsmottagning på Beroendecentrum i Örebro**

Beroendecentrum (BC) har sedan 1997 utvecklat ett behandlingsmottagande för gruppen som har eller haft ett skadligt användande av AAS. Målen med behandlingen är total avhållsamhet från AAS, andra droger inklusive alkohol, ökat fysiskt och psykiskt välmående och förbättrad psykosocial funktion.

På BC i Örebro har AAS-mottagningen sedan starten 1997 haft behandlingskontakt med mellan 110 till 120 patienter. De har

oftast kommit via egenremiss, förfrågan från närstående, ett fåtal har kommit via vårdcentral, psykiatri eller kriminalvården. Drygt hälften av dessa har sökt vård för vad de ansett vara AAS-relaterade fysiska eller psykiska problem, övriga har i första hand sökt på grund av användande av andra droger, där det också förekom ett AAS-användande. Det är vanligare att de som specifikt sökt för ett AAS-problem stannar längre i behandlingskontakten än de som sökt vård av andra orsaker.

Trettiosex patienter har ingått i ett forskningsprojekt och data som följer gäller i första hand dem. Vanligtvis har åldern hos AAS-användarna vid kontakttillfället varit mellan 23–30 år. AAS-starten skedde hos dessa individer i genomsnitt vid 20,5 års ålder (15–30 år). Användningstiden innan de kommit till BC har kraftigt varierat (0,6–16,0 år) med ett medeltal på 4,7 år. De vanligaste positiva effekterna har beskrivits som "ökad styrka och kropps massa" samt "psykiskt välmående" och som negativa effekter har nämnts "aggressivitet, humörsvingningar" samt "depression". Tjugoen av 36 patienter uppgav att AAS var den drog de använde först, 7 uppgav alkohol och 6 narkotika. Patienterna kommer vanligtvis från grupperna "esteter och våldsverkare".

Bland de 36 patienterna har 31 diagnostiserats som missbrukare eller beroende av AAS enligt DSM IV. Sexton patienter (44 procent) uppfyllde kriterierna för missbruk och 15 (42 procent) för beroende.

Dessa patienter hade också andra diagnoser. Tolv patienter (33 procent) diagnostiserades som beroende och 7 (19 procent) som missbrukare av narkotika; 6 (17 procent) som beroende och 8 (22 procent) som missbrukare av alkohol; och 1 (3 procent) som beroende och 7 (19 procent) som missbrukare av bensodiazepiner.

2010 startades ett AAS-team på Beroendecentrum bestående av en psykiater på 25 procent (somatisk undersökning och psykiatrisk behandling), en psykolog 10 procent, en psykoterapeut 10 procent, en sjuksköterska 25 procent samt en socionom på 100 procent av heltid. I ronder diskuteras behandlingsupplägg och alla har kontakt med AAS-användarna. Tyvärr har ännu inte någon endokrinolog eller invärtesmedicinare visat intresse av att arbeta i teamet.

Huvudsyftet med bildandet av AAS-teamet var att inom vårdgarantin erbjuda personer som använt dopningspreparat adekvat hjälp för subjektivt upplevda AAS-relaterade problem, samt för att vidareutveckla det specialiserade medicinska, psykiatrisk-psykologiska och sociala vårdprogram för användare av AAS som finns på BC.

Beroendecentrum har sedan behandlingen av AAS-patienter startade konstaterat ett ökat intresse för kunskapen hos gruppens medlemmar. Vårdbehovet är stort hos de som använder AAS inklusive andra droger och preparat. Närheten till Universitetssjukhuset i Örebro är en stor fördel, då kontakterna med andra mottagningar behövs, till exempel vid hjärtproblematik eller bröstkörteltillväxt.

Förutom en behandlingskontakt har även kontakt skett med mellan 150 till 175 personer från mellansverige genom den jourtelefon som sedan början på 2000-talet finns på Beroendecentrum, 070-5318148. Dessa personer har erbjudits att komma till Örebro för upp till tre gångers anonym kontakt och rådgivning. Rådgivningstelefonen har även fungerat som kontakt med andra som är intresserade av AAS-frågor, till exempel anhöriga, sjukvård, kriminalvård, behandlingshem, skolor, m.m. Det har över tid konstaterats att en jourtelefon på lokal nivå, som är öppen för kvalificerad AAS-rådgivning, har fungerat mycket bra och anses i dag som nödvändig i patientarbetet.

### 13.5.9 Dopning inom Kriminalvården

#### Screening för dopningsmedel inom Kriminalvården

Några säkra siffror avseende prevalensen av användandet av dopningsmedel inom Kriminalvården finns inte. Av kostnadsskäl ingår inte screening för AAS i den urinprovsscreening som Kriminalvården regelmässigt utför. Kostnaden för analys av U-AAS är 800 svenska kronor, att jämföra med 22 svenska kronor som är screeningkostnaden för övriga så kallade missbruksmedel. Urinproverna skickas till Rättsmedicinalverkets avdelning för rättsgenetik och rättskemi. Om en substans blir positiv vid screening ska provet verifieras. Under 2009 har 33 150 urinprov skickats in från anstalter och 5 808 från Frivården. Av dessa har 9 091 respektive 2 875 verifierats, av vilka 4 973 respektive 2 358 var positiva efter verifiering. Av de sammanlagt 38 958 proven begärde Kriminalvården analys av AAS i 886 respektive 34 fall och av dessa var 50 respektive 10 positiva. Man kan alltså konstatera att från Kriminalvårdens drygt 5 000 intagna påträffades 50 positiva prov och från de nära 15 000 i frivård fanns 10 positiva prov.

Årligen sedan flera år görs en screeningundersökning i Region Stockholm, där intagna randomiseras utifrån födelsedatum (Hoffman,

2010). Under 2007–2009 screenades 196–228 intagna (841–1 035 intagna totalt i regionen) varav 13–15 vägrade och 2–3 var positiva på AAS.

År 2006 var inte anstalterna i Norrtälje och Beateberg med och 2003–2005 ingick även anstalterna i Tillberga och Åby. Som mest påträffades 12 prov positiva för AAS 2003, då sammanlagt 245 prov togs. Det finns en trend mot att färre prov är positiva, vilket kan ha att göra med ökade säkerhetsrutiner.

### 13.5.10 Vetenskapliga studier

De studier som finns beträffande användandet av dopningsmedel inom Kriminalvården gäller främst androgena anabola androgena steroider (AAS), varför begreppet AAS kommer att användas synkront med dopningsmedel.

I ett tidigare avsnitt presenterades studier som visat samband mellan användandet av AAS och våldsbrott. Detta har emellertid varit svårt att belägga vid undersökning av fängelsepopulationer. I en studie intervjuades 133 intagna för våldsbrott, men endast två medgav en koppling mellan brottet och användandet av AAS. I denna studie vägrade hälften av de tillfrågade att delta (Pope et al., 1990). I en svensk studie tillfrågades intagna arresterade för våldsbrott om deltagande i en studie om våld och AAS. Av de femtio som lät sig inkluderas testades ingen positiv för AAS, men 16 vägrade att delta (Isacsson et al., 1998). Ett återkommande fynd är alltså den höga andelen icke-deltagare i liknande studier, som försvårar slutsatser om hur stort användandet är.

I ett avhandlingsarbete har Fia Klötz gjort fyra studier på olika populationer med anknytning till Kriminalvård och användande av AAS (2008).

I den första presenteras data kring 55 dömda personer som testats positivt för AAS och genomgått rättsmedicinsk obduktion. Som kontrollgrupp har använts 67 tidigare dömda personer med drogmissbruk som också genomgått rättsmedicinsk obduktion (Klötz et al., 2007). De AAS-positiva har delats upp mellan de som bara använder AAS och de där AAS är en del i ett mer utbrett missbruk av illegala droger. Kontrollgruppen (utan AAS men med annat missbruk) uppvisade högre frekvens av bedrägerier och egendomsbrott, men i övrigt framkom inga signifikanta skillnader avseende brottstyp. Om man däremot såg till de sista tre åren före

döden i jämförelse med de första tre åren efter första brottet, så var vålds- och vapenbrott vanligare i gruppen som använde AAS, men inte andra droger. Eftersom brott avtar med ålder är denna utveckling anmärkningsvärd och talar för en koppling mellan användandet av AAS och vissa typer av brott (bedrägerier och egendomsbrott är klassiskt förknippade med droganvändande).

I den andra studien jämförs persondata från 241 personer som screenats positivt vid Dopinglaboratoriet på Huddinge sjukhus med 1 199 kontroller som screenades negativt (Klötz et al., 2006). I denna studie påvisas en signifikant högre förekomst av domar för vapenbrott bland de AAS-positiva. Även om de personer som remitterats från beroendemottagningar tas bort, så kvarstår skillnaden. Utgångspunkten för studien är Dopinglaboratoriet, vilket kan innebära att det finns en snedfördelning jämfört med AAS-användande bland individer utan myndighetskontakt.

Ett tredje arbete genomfördes på Österåkeranstalten utanför Stockholm (Klötz et al., 2010). I denna studie tillfrågades de 188 intagna om de ville delta och 59 deltog. Av dessa tillstod 33 (55,9 procent) att de någon gång använt AAS. Tolv av dem som inte använt AAS kunde inte ingå i kontrollgruppen eftersom de avvek från åldersstrukturen. Av AAS-positiva hade signifikant fler dömts till brott som klassificerades som "övriga brott", där bl.a. vapenbrott ingick. Åtta av AAS-användarna hade gjort sig skyldiga till våldsbrott, som de ansåg var ett direkt resultat av deras AAS-användande.

### 13.5.11 Diskussion

De prov som Kriminalvården skickar till RMV är direkta analyser av AAS och dessa prov tas på riktad misstanke till skillnad från screeningproverna. Mellan 2–3 procent av alla urinprov utgör alltså misstanke om AAS-användande, vilket överensstämmer med de siffror om de faktiska förhållanden som framkommer av screeningundersökningen i region Stockholm. Samtidigt måste också påtalas att "vägrarna" under senare år är cirka 5 gånger fler än de som lämnar positiva prov. Liknande resultat framkom i en av de internationella studierna av en fängelsepopulation (Pope et al., 1996). Sambandet mellan AAS och kriminalitet är också tveksamt belagt. Fia Klötz tar i sin avhandling upp att flera av studierna utgörs av små material, som gör att statistiska samband är svåra att uppnå. Sam-

tidig förekomst av AAS-användande och annat missbruk gör det svårt att avgöra vilket samband det finns mellan användandet av respektive substans och brottsligheten. Möjligen finns ett samband mellan en mer antisocial livsstil och användandet av AAS enbart eller i samband med centralstimulantia. Det kan även finnas samband mellan "organiserad brottslighet" och AAS, som är kopplat till framför allt vapenbrott och våldsbrott. Våldsbrott kan kopplas till både impulsiva våldsytttringar och operationellt våld som utövas av yrkeskriminella. Det måste också påtalas att ett hinder för mer konsekvent genomförande av prevalensstudier, såväl inom Kriminalvården som inom sjukvården, är den höga analyskostnaden. Kriminalvården överväger att under en begränsad prövotid kontrollera urinprover avseende AAS på alla intagna som rapporteras till KV-Beredskap på grund av våldsincidenter.

### 13.5.12 Fallbeskrivningar

#### John

Efter en problemfylld uppväxt med bland annat övergrepp och mobbning började han träna på gym. AAS som var hans första drog började han med vid 20 års ålder för att öka i styrka och kroppsmassa. Startade med andra preparat mot bieffekter (till exempel högt blodtryck) och för att höja effekten av AAS. Han förändrade även sitt kostintag, började använda mer kosttillskott samt efedrin. Började använda olika mediciner för vad han trodde var bieffekter från AAS. Narkotika och senare alkohol blev ytterligare preparat som användes för att kunna träna hårdare. Efter en tid utvecklades hans amfetaminmissbruk, som ökade så att han under en tid tog amfetamin varje dag, även kombinerat med alkohol. Använde 14 olika human- och veterinär AAS-preparat under fem år. Han fick i början mest positiva effekter, ökat självförtroende, ökad sexlust och positiv respons från både män och kvinnor, men efter en tid tog de negativa fysiska (till exempel testikelförminskning, hudsprickor och potensproblem) och psykiska bieffekterna (till exempel humörsvängningar, ökad aggressivitet och förföljelsetankar) över. John sökte behandling då de sociala problemen och missbruket ökade samt för att han gjorde ett självmordsförsök.



## Sune

Sune hade en bra uppväxt med många kamrater. Tidigt hade han ibland psykiska problem med aggressivitet och var lättretad. Började träna på gym vid 16 års ålder och startade med AAS, som var hans första drog, just innan han skulle fylla 17 år för att öka i styrka och kroppsmassa. Fick i början mest positiva effekter, till exempel ökade hans popularitet bland tjejerna, men märkte även att aggressiviteten ökade. Efter en tids AAS-missbruk med tabletter och injektionspreparat började han även använda flera andra hormonpreparat (tillväxthormon samt insulin), olika kosttillskott, efedrin, samt mediciner i kombination med AAS. Han missbrukade 10 olika humana AAS-preparat under fyra år. Sunes psykiska problem, som ibland inneburit att han misshandlade flera personer i aggressivitetens utbrott, sjuklig svartsjuka, humörsvängningar, samt fysiska bieffekter (till exempel hudsprickor, acne och potensproblem) gjorde att han ville avsluta missbruket av AAS. Föräldrarna kontaktade AC efter att Sune fått kraftiga humörsvängningar samt ökad aggressivitet, som också riktades mot familjen.

## Joe

Joe upplevde sin uppväxt som dålig, där han bland annat blev misshandlad av flera närstående och mobbad under skoltiden. Han debuterade med droger då han i 16–17 års ålder började dricka alkohol. Var under uppväxten populär bland kvinnor och notoriskt otrogen. Började träna på gym när han var 16 år och ett år senare även olika kampsporter. Han ansåg att träningen blev lidande av alkoholkonsumtionen, vilket gjorde att han slutade dricka alkohol. För att öka mer i styrka startade han med AAS, både som tabletter och som injektionspreparat, vid 20 års ålder. Fick under kurerna mycket bättre självförtroende. Under de 16 år han använde AAS tog han även regelbundet mediciner mot psykiska och fysiska bieffekter samt kosttillskott och efedrin. Sammanlagt använde han 13 olika AAS-preparat till en kostnad av 120 000 kronor. Hans kriminalitet blev grövre efter starten av AAS. Hans fysiska bieffekter (testikelförminskning, bröstkörteltillväxt och acne), men framförallt psykiska bieffekter (till exempel humörsvängningar, ökad aggressivitet samt känslomässigt avtrubbad i relationer), samt ökande narkotikamissbruk, fick honom att han söka hjälp på BC.

## Bill

Bill hade en mycket bra uppväxt och efter att han flyttat till eget boende vid 15 års ålder började han träna på gym, vilket gjorde att skolarbetet gick sämre på grund av den hårda träningen. Han ville tävla i bodybuilding och tog därför AAS-tabletter första gången vid en ålder av 19 år, då han trodde att "alla" inom den idrotten använde det. Fick mycket positiva effekter av AAS, till exempel en kraftig styrkeökning och ökat självförtroende med minskad blyghet som följd. Började även med kosttillskott och andra hormonpreparat som tillväxthormon, insulin och IGF-1. Under de fyra år han använde nio olika human- och veterinär-AAS, i form av tabletter och injektionspreparat, har han också missbrukat efedrin och mediciner. Han har endast testat narkotika och alkohol vid några få tillfällen på grund av att han ansåg träningen gick sämre när han tog dessa preparat. Han har under sitt liv haft ett fåtal relationer med tjejer på grund av sin blyghet. Han blev också kriminell efter AAS-starten. Bill fick flera fysiska bieffekter som bröstkörteltillväxt, acne, hudsprickor, testikelförminskning och potensproblem, men det var på grund av flera psykiska bieffekter (till exempel depression, panikångest, humörsvängningar, kraftig kroppsfixering och aggressivitet) som han sökte kontakt med Beroendecentrum.

## Irene

Irene beskriver sin uppväxt som problematisk, var bland annat utsatt för övergrepp av en närstående samt mobbad under skoltiden. Hon avslutade skolan med betyg som var sämre än medel. Hon var redan i tonåren fixerad vid sitt kroppsliga utseende och började träna på gym, som komplement till sin handbollsträning, när hon var 17 år. Irene blev genast förtjust i kroppsträningen, slutade med all annan idrott och började träna hårdare på gym för att tävla inom bodybuilding. På grund av dessa tävlingstankar började hon vid 20 års ålder injicera AAS under en tremånaderskur, tillväxthormon samt efedrin och mediciner, eftersom hon trodde att "alla" inom denna idrott gjorde så. Hon fick under nästa kur, som var under sex månader, flera fysiska problem, som att hon tappade stora tusar av sitt hår samt blev gulaktig i huden, klitoristillväxt, men framför allt psykiska problem (till exempel ökad aggressivitet, depressioner samt självmordstankar) av AAS-missbruket. Irene upplevde

i början av användandet ökad muskelmassa, ökad hårdhet i kroppen samt bättre psykiskt mående, som efterhand övergick i ökad kroppsfixering, svartsjuka, fördjupad depression samt förstorad klitoris. Hon har haft ett flertal samboförhållanden som alla spruckit på grund av hennes kroppsfixering och svartsjuka. De ökande AAS-relaterade problemen hon upplevde gjorde att hon slutade med AAS, efter sex års användande av fyra olika AAS-preparat (tabletter och injektionspreparat), och även sökte hjälp vid Beroendecentrum.

### Sonja

Sonjas uppväxt hos modern var fylld av problem, hon fick bland annat inte träffa fadern för modern. Hon ansåg sig också vara psykiskt misshandlad av modern. Vid 17 års ålder flyttade hon till egen lägenhet och började då umgås med fadern. Under skoltiden hade Sonja stora problem med att hänga med i skolarbetet, delvis på grund av hennes psykiska problem med bland annat koncentrationssvårigheter, men även på grund av att hon bråkade med lärarna och mobbade andra tjejer. Sonja gick aldrig klart grundskolan. Hon debuterade med amfetamin tillsammans med första pojkvännen när hon var drygt 19 år och andra narkotiska preparat kom in i hennes liv efter detta. I samband med detta slutade hon med all idrott. Hon återupptog träning, nu på gym, vid 21 års ålder och slutade med narkotika i samband med att hon träffade en ny kille. Istället började hon använda AAS-tabletter. Hennes önskan med AAS-användandet var att bli starkare och kroppsligt större. Hon mårde psykiskt bra på AAS, men hon blev mer aggressiv. Hennes aggressivitet gjorde så att hon började söka slagsmål, då hon tyckte sig må psykiskt bättre efter detta. Sonja missbrukade AAS, efedrin, mediciner och kosttillskott under nio månader. Hennes kriminalitet ökade även sedan AAS-starten. Hon sökte hjälp på Beroendecentrum och slutade med AAS på grund av de fysiska och psykiska bieffekter hon upplevde, till exempel fetare hud, acne, humörsvängningar, ett självmordsförsök och de allt oftare aggressiva utbrotten.

## Frank

Remiss från fängelseläkare angående hypogonadism och depression. Kommer med tre väktare. Gift, tre barn. 9-årig grundskola, utbildad rörmokare, arbetat som livvakt. Fängelsevistelse sedan 2005. Idrott sedan barndomen, främst kampsporter, tävlat internationellt. Gymträning sedan 15-årsåldern, främst styrketräning. Sedan 21-års ålder (1977–2005) kontinuerligt bruk av AAS. ”Behöver styrka i kampsporten”. Tagit främst Deca-Durabol, Testosprutor, Parabolan, Anavar, Tribolan i 6–8-veckorskurer, cirka 4 kurer/år. Även någon enstaka GH-kur, men ej insulin eller IGF-1. Dock ren sedan 2005 pga. fängelsevistelse. I övrigt rök- och spritfri och inga övriga droger. Upplevt positiva effekter av AAS vad gäller muskelstyrka och självförtroende, inkluderande sexfunktionen. Inga aggressionsutbrott. Somatiskt noteras vestibularisneurit vid två tillfällen, behandlingskrävande hypertoni, muskelrupturer, gynekomasti och akne. Senaste åren även vattenkastningsbesvär, nedsatt minne och koncentration samt sömnsvårigheter. Vidare sista tiden utan AAS utvecklat depression, hyperlipidemi samt nedsatt sexfunktion, både vad gäller lust och förmåga. Remiss till Resurscentrum för bedömning. God emotionell kontakt. Uttalat muskulär status med viss gynekomasti. Rester efter muskelruptur och akne. Cor-pulm ua. 136/86. Labbmässigt noteras hypogonadism samt hyperlipidemi. UCG väsentligen normalt. Efter diskussion beslutas om Arimidex (aromatashämmare) i första hand mot hypogonadism och gynekomasti, med förhoppningsvis indirekt positiv effekt även mot depressionen; i nuläget ej indicerat med Pregnyl (LH) eller Nebido. Simvastatin mot hyperlipidemi inkl. dietråd. Fortsatt anti-depressivum samt remiss till specialintresserad psykiater. Uppföljning i första hand via anstaltsläkare men åter till specialmottagningen vid behov.

## Adam

Ensamstående. Flyttat från trygg uppväxtmiljö efter föräldrarnas skilsmässa till stökigare förort, utsatts för mobbning. Började träna på gym för att ”få respekt”, började med AAS vid 14 år, använde oavbrutet till 18 år. Utvecklade mycket invalidiserande tvångsritualer, som gjorde honom oförmögen till studier eller annan sysselsättning via socialtjänsten. Hade initialt en mycket störd kropps-

uppfattning. Drygt ett år efter avslutad AAS-användning och med medicinering, venlafaxin 150 mg x 1, blev patientens tvång hanterligt och han uppfattar sin kropps-konstitution på ett normalt sätt. Viss kognitiv dysfunktion kvarstår, neuropsykologisk testning kan ej fullföljas pga. patientens ovilja att delta, han tycker det är "skämmigt" när han presterar dåligt på testerna. Bestämt sig för att aldrig någonsin använda AAS igen, fått drogfri flickvän, klarat att ta körkort och återfått sin sexuella funktion. Behövt mycket stöd i kontakt med socialtjänst och försäkringskassa. Förutom medicinering har patienten behövt kognitivt inriktad samtalsbehandling. Medicinerar fortsatt med venlafaxin.

### 13.5.13 Evidensbaserade behandlingsmöjligheter

#### Litteraturgenomgång

Det finns inga randomiserade behandlingsstudier av patienter med beroende av anabola androgena steroider. De få artiklar som finns inom behandlingsområdet diskuterar behandlingsfokus på användarnas störda kroppsuppfattning, muskeldysmorfi (Wroblewska, 1997) och behandlingsstrategier (Anshel, 1991; Corcoran & Longo, 1992). I avsaknad av randomiserade kontrollerade studier inom dopningområdet är en möjlighet att använda generella evidensbaserade strategier för behandling av beroendetillstånd. Mycket talar för att det finns generella principer som är väl evidensbaserade. Miller och Carroll (2006) utvecklar i sin bok detta tema.

Deras evidensbaserade strategi kan kortfattat sammanfattas i följande punkter:

- Identifiera (risk)konsumtion och intervensera tidigt
- Öka individens motivation för förändring
- Förstärk det sociala stödet för missbruksfrihet
- Använd empati
- Åtgärda andra sociala och psykiska problem
- Stöd deltagandet i AA och länkar och andra frivillighetsorgan
- Gör vården lättillgänglig och attraktiv
- Använd evidensbaserade interventioner.

Om man gör detta, så kan de olika delkomponenterna systematiskt utvärderas i enkla randomiserade designar, särskilt om man har ett samarbete nationellt mellan de olika behandlingsenheterna.

#### **13.5.14 Nationellt vårdprogram för patienter med missbruk av vissa hormonläkemedel, särskilt AAS: Behandlingsaspekter**

Detta avsnitt är en kort version av det nationella vårdprogram som nätverksgruppen håller på att sammanställa. Den aktuella versionen är influerad av behandlingstraditionerna i Göteborg.

##### **Primärvårdsnivå**

##### **Misstänka AAS-bruk hos patient som spontant ej uppger detta**

Det viktigaste på denna nivå är att vara uppmärksam på ett eventuellt AAS-missbruk, dvs. känna igen de symtom som bör ge misstänksamhet om AAS-bruk. Vidare att allmänt hos särskilt manliga patienter under 35 år fråga om eventuellt AAS-bruk, samtidigt som man frågar om konsumtion av kaffe och alkohol samt rökvanor och övriga droger. Detta visar att man har en hög lyhörddhet för AAS- bruket och visar för patienten att man är medveten om att AAS-missbruk förekommer.

*Symtom som bör föranleda misstanke om AAS-bruk*

##### Allmänt:

- Stor viktuppgång under kort tid (10–20 kg på 2–3 månader)

##### Muskler:

- Muskelös kroppsbyggnad
- Sen-muskelbristningar

##### Hud:

- Nyttillkommen svår acne
- Hudbristningar, särskilt axillärt
- Prematur skallighet

##### Sexuellt:

- Förstorade bröstkörtlar
- Förtvinate testiklar
- Sexuella bekymmer – svårt få barn

Psyke:

- Nyttillkomna psykiska besvär, särskilt depression
- Humörsvängningar med aggressionsutbrott

*Primära symtom – sökorsaker för patienter som medger AAS-bruk*

- Psykiska besvär (depression, oro, psykos, humörsvängningar)
- Gynekomasti
- Sexbekymmer inkl. infertilitet
- Hud- eller hårproblem
- Oro hjärtproblem
- Oro leverbekymmer
- Muskler och leder
- Vill hälsotesta sig (utan spontan intention att avsluta AAS-bruket)
- Vill bli rentvådd.

**Åtgärd**

- Identifiera direkt AAS-brukets omfattning, dvs. duration i år, preparat, doser, övriga droger inkl. alkohol, träningsaktivitet, aktuella symtom samt eventuella uppenbara sociala bekymmer (skola, sjukskrivning, kriminalitet). Är AAS-bruket aktuellt eller avslutat, med aktuella restsymtom? Fråga om eventuellt övrigt missbruk.
- Identifiera aktuella symtomen, och fråga alltid efter påtagliga psykiska symtom, särskilt depression som kan vara svår med hög suicidrisk och kräver akut omhändertagande av psykiater. Fråga efter sömnbesvär och psykostecken såsom aggressivitet och paranoia med svartsjuka. Om hjälp med avslutande av AAS-bruk, remiss till missbruksenhet.
- Identifiera somatiska symtom och åtgärda därefter.
- Tag alltid åtminstone, följande basprover:
  - Utöver rutinprover såsom HB EVF, B-glukos, SR och elstatus
  - Längd-vikt-EKG
  - Leverstatus
  - S-testo S-SHBG S-LH S-FSH

- S-IGF-1
  - Fritt T4 TSH
  - Lipidstatus
  - AAS/urin
- Beskriv riskerna med AAS-bruk på kort och lång sikt. Visa provsvaren, så att patienten själv kan läsa dem. Behåll egen trovärdighet, individuell variation, ”alla får inte alla komplikationerna”. Bästa terapin är att sluta med AAS! Om inga uppenbart allvarliga symtom finns, men labbmässiga förändringar och uppriktig vilja till att avsluta AAS-bruket, låt patienten återkomma med nya labprover efter 2–3 månader, med då förhoppningsvis regress av symtom-patologiska labvärden.

Då patienterna trots allt är få föreslås att patienterna vid tecken till aktuellt eller genomgången missbruk med kvarstående symtom och mycket oro, remitteras vidare till specialistnivå, då omhändertagandet kommer att kräva stora resurser och specialkunskaper. Vid tveksamhet ring till regional expert. Alltid akutremiss till psykiater vid tecken till svår depression med suicidrisk.

### Specialistnivå

Specialistläkaren, mest idealt endokrinolog eller invärtesmedicinare med specialintresse, är tillsammans med specialintresserad psykiater på beroendeklinik med tillhörande personal nyckelpersoner i omhändertagandet av AAS-patienterna. Specialistenheter, gärna i form av Resurscentrum, med hög lokal kunskap i ämnet, är därmed naturlig remissinstans för övriga läkare, samt för direktkontakt för patienter, anhöriga och övrig personal, såsom skola, polis, sociala myndigheter.

Specialistläkaren på Resurscentrat identifierar patientens aktuella problem utifrån dennes tidigare och aktuella AAS-bruk, inkluderande övriga droger, och beslutar efter symtombild och labbsvar om ytterligare utredningar, samt om remisser till övriga subspecialister, såsom kardiolog, ortoped, plastikkirurg, dermatolog, urolog, läkare inom reproduktionsenheter samt psykiater. Med sin bas inom endokrinologi-internmedicin kan läkaren på Resurscentrat hantera de vanligaste frågeställningarna inom internmedicin-endokrinologi,



såsom störningar inom gonad- och tyreoideaaxeln, lipidmönstret, hypertoni och leverpåverkan, och kan även föra en adekvat diskussion om AAS-medlens effekter och bi-effekter med patienterna, som själva ofta är väl insatta i ämnet.

Provtagning på specialistnivå är i stort identisk med den på primärvårdsnivån, gärna dock kompletterad med PSA/s samt UCG, sålunda givande:

- HB EVF, LPK SR B-glukos och elstatus
- Längd-vikt- EKG UCG
- Leverstatus
- S-testosteron S-SHBG S-LH S-FSH
- S-IGF-1
- Fritt T4 TSH
- Lipidstatus
- S-PSA
- AAS/urin.

Utöver provtagningen enligt ovan förordas noggrann genomgång av AAS-bruket vad gäller tidsperiod, kumulativ dos för varje enskilt preparat samt förfrågan om de specifika biverkningar, som är förknippade med AAS-bruk.

Vid specifika symtom kan följande specialister behöva kontaktas:

- Psykiater: Depression, psykostecken, aggression
- Kardiolog: Hjärtsvikt, särskilt kardiomyopati, hjärtklaffsdysfunktion, hjärtischemi
- Plastikkirurgi: Gynekomasti, som ej läker på medicinsk terapi
- Ortoped: Muskel-senrupturer
- Dermatolog: Akne, prematur skallighet.

Specialistläkaren på Resurscentrat har trots eventuella utgående remisser huvudansvaret för patienter, vad gäller långsiktig planering. Inte sällan sker nära samarbete mellan läkaren på Resurscentrum samt psykiater och kardiolog.

### 13.5.15 Behandling

#### Utsättning av AAS

AAS påverkar både belöningscentrum och aggressionscentrum i hjärnan, vilket ger ett beroende och konsekvenser vid försök till avbrytande av missbruket. Utsättning av långvarigt, uttalat AAS-missbruk ger förutom symtom direkt kopplade till hypogonadism, även uttalad risk för ”withdrawal symtom”. Dessa yttrar sig, (Brower et al., 1991) i form av:

- Ökat sug efter steroider (52 procent)
- Trötthet (43 procent)
- Missnöje med egna kroppen (42 procent)
- Depression (41 procent)
- Rastlöshet (29 procent)
- Anorexia (24 procent)
- Sömnbesvär (20 procent)
- Minskad sexlust (20 procent)
- Huvudvärk (20 procent).

Viktigt är att under denna abstinensfas symptomatiskt behandla de enskilda symptomen. Långsam seponering (2–4 veckor) av AAS kan ibland försökas för undvikande av abstinensproblem.

#### Övriga behandlingsaspekter

- Depression/Psykos kräver långvarig behandling med samarbete mellan psykiater, psykolog, kurator och arbetsterapeut.
- Testosteronbrist kan förvärra depressionen. Behandling med Pregnyl/Gonal F eller Arimidex kan vara motiverat.
- Vid samtidigt opiatmissbruk kan behandling med metadon eller buprenorfin övervägas.

## Uppföljning

Viktigt är att patienten fortsätter att träna, trots den försämring som inträder i muskelstatus sekundärt till utsättandet av AAS. Uppföljning av behandlande läkare är viktig med klinisk bedömning och laboratorieprover med AAS/urin samt UCG.

## Psykosocialt omhändertagande

Remissvägen till Resurscentrat kan ha en icke obetydlig effekt på den fortsatta utredningen. En patient, med egenremiss eller med remiss från primärvård eller övrig läkare som patienten själv uppsökt, är oftast medveten om sitt missbruk och risker, och är därmed motiverad till terapi, vilket underlättar handläggandet. Däremot kan patienter, som inkommit via oroliga anhöriga, skolpersonal eller sociala myndigheter (pga. samtidiga övriga drogproblem), inte sällan helt förneka eller åtminstone nedtona sitt AAS-missbruk, vilket kan skapa initiala hinder i utrednings- och behandlingsprocessen. Det är därför viktigt att individualisera utredningen för varje enskild patient och identifiera kort- och långsiktiga mål.

Trettio till fyrtio procent av patienterna med AAS-missbruk har samtidigt annat drogmissbruk och därmed kända sociala problem, såsom störd skolgång eller utbildning med arbetslöshet och kriminalitet, och patienterna är då oftast kända inom socialtjänsten. Viktigt att kontakt mellan patient, Resurscentrum och sociala myndigheter etableras för stöttning och samarbete vad gäller arbete, drogfrihet via tester, körkortsintyg etc.

Patientens kontakt med anhöriga uppvisar stor variationsbredd, och kan ha en avgörande inverkan på förloppet. Stöd till anhöriga, i form av stöttande samtal via telefon eller uppmuntran till närvaro vid patientens återbesök med tillhörande information, är värdefullt, inte minst för att motivera patienten att komma på ny- och återbesök. Ge telefonnummer för direktkontakt vid behov; gärna sekreterare eller sjuksköterska för kontakt av löpande ärenden.

## Behandlingsreflektioner

Detta avsnitt är baserat på erfarenheter från Örebro och täcker samma område som föregående avsnitt.

Det är sällan att en användare av AAS som söker vård berättar om sitt AAS-användande. Hos användare finns en misstänksamhet mot sjukvårdens kunskaper inom detta område. Ett annat skäl för att det inte nämns är att om en användare berättar att denne använt AAS, så är det samma sak som att de erkänner att deras muskularitet och uppträdande är ett resultat av AAS, eller att AAS-användaren, liksom andra droganvändare, anser att deras beteende är sjukligt. Vi kan också jämföra en anorektiker med en AAS-användare; en anorektiker söker inte gärna vård på grund av att denne är för smal, inte heller söker en muskulös AAS-användare vård på grund av för mycket muskler. Ett problem som ökat på senare tid är att AAS-användarna blivit rädda för att erkänna sitt användande, då risken för att dömas för dopningsbrott ökat.

AAS-användande kan jämföras med läkemedelsberoende. Vid AAS-beroende, och efter en förlängd tids användande, kan det vara farligt att sätta ut preparatet eller preparaten direkt. Speciellt om personen injicerat preparat av typen testosteron. Då kan det krävas en successiv och systematisk nedtrappning. Vid varje sänkning av dosen får användaren abstinenssymptom. Vid nedtrappning behövs en tät kontakt med användaren.

En diskussion har startat vid AAS-teamets möten i Örebro om ett möjligt användande av t.ex. Pregnyl vid avslutat AAS-användande, samt att vid bröstkörteltillväxt använda Tamoxifen under begränsad tid (maximalt några månader) för att motverka ytterligare bröstkörteltillväxt.

Den första kontakten med en användare sker hos AAS-teamets socionom, som gör en tidig bedömning av problembilden. Denna första kontakt är mycket viktig till att relationen stärks mellan behandlare och AAS-användaren.

Vissa inledande frågor ställs: Om personen kommer via remiss – Varifrån kommer remissen? Vill han eller hon sluta med preparat-användandet? Varför har AAS använts? Varför vill användaren sluta med AAS?

Vi beskriver vad mottagningen kan och inte kan erbjuda. Vad erbjuder och "kräver" vi på mottagningen. Kostnader för behandling.

Oftast börjar vi med en genomgång av det totala drog- och preparatanvändandet. Detta ger en viss hjälp att förstå eller förutse

vilka problem användaren har. Vi går vidare med en liten social utredning, som görs inledningsvis, där förutom preparatanvändandet speciell tonvikt läggs på psykisk och fysisk hälsa samt socialt liv. ASI kan användas så snart som möjligt efter inskrivning, som sedan upprepas efter en tids behandling.

Många kommer via egenremiss genom en jourtelefon, som varje vardag sköts av vår socionom. Än så länge har ingen annan kunskap nog att svara på AAS-relaterade frågor. På en missbruksmottagning är dålig kunskap ett problem, då inte alla behandlare upptäcker att någon patient använder AAS. Detta kan bero på att de inte frågar eller inte frågar på rätt sätt. AAS-användare kan vara försiktiga med att berätta om ett användande, om de inte får förtroende för behandlaren.

På senare tid har det blivit vanligare att det på vårdavdelningen upptäcks att den inlagda patienten är AAS-användare. Oftast är det narkomaner som läggs in för avgiftning, där det framkommer att dessa även använder AAS. Däremot är det ovanligt att AAS-användare läggs in på grund av AAS-användandet, även om det också sker. Patienter som söker vård på Beroendecentrum har oftast psykiska problem eller söker för att få hjälp att avsluta ett annat drog-användande. Det är mycket vanligt att AAS-patienter är kriminellt belastade.

Efter de inledande allmänna samtalen koncentreras dessa till att följa patienten i dennes AAS-avslut. Stödjande samtal inleds, som syftar till att uppmuntra till drogfrihet, lära patienten att leva utan droger, samt att vägleda i abstinensen efter avslutat intag av AAS.

Motivationsarbetet är det primära i kontakten med en användare av AAS. Det bör ges möjlighet till täta samtal (i början möjlighet till kontakt dygnet runt) med behandlaren. Många patienter är osäkra på om vi går att lita på. I början av behandlingen är det därför viktigt att relationen baseras på ömsesidig tillit.

I behandlingsrummet på Beroendecentrum är alla speglar gömda eller bortplockade, då dessa stör patienternas koncentrationsförmåga. De kan bli alltför intresserade av hur de ser ut. En spegelbild kan även "trigga" igång ett AAS-sug – liksom behandlarens bemötande. Om behandlaren förstärker patientens syn på kroppen, till exempel genom att kalla personen för Big och namnet, kan suget efter AAS öka. Istället bör behandlaren koncentrera sitt samtal kring patientens psykiska och fysiska mående. Det kan ibland ta lång tid innan patienten förstår att behandlaren inte är intresserad

av utseendet utan måendet, men när detta sker förstärks relationen positivt.

Efter några samtal görs en omfattande social intervju (beskriven i Skårberg & Engstrom, 2007), vilken följs av en preparatbakgrund. Vilka preparat som kan kombineras har nogsamt beskrivits av Skårberg & Engstrom (2009).

På Beroendecentrum i Örebro diskuteras alltid behandlingsinslagen i AAS-teamets rond. Då varje patient och dennes problem är individuella läggs behandlingens innehåll i nivå med vad patienten behöver och klarar.

Några av ämnena som diskuteras är innehållet och tätheten av urinprov. I början görs alltid en totalscreening av droger (amfetamin, cannabis, opiater, dextropoxifen, bensodiazepiner; inklusive AAS och GHB), blodprov (t.ex. testosteron, SHBG, LH, FSH, GT, ALAT, ASAT, HB, total kolesterol, LDL, HDL samt andra prover vid behov), men sedan är urinproven individuellt utformade.

Man fortsätter med att utreda vilka preparat som använts, hur det totala preparatanvändandet utvecklats över tid, ålder när användandet startade, hur långa perioder AAS och andra preparat använts (kur-längder), doser, hur preparaten tagits (när det gäller AAS: oralt som tabletter eller pulver, intramuskulära injektioner, droppar under tungan, plåster eller som krämer), äkta eller undergroundpreparat, positiva och negativa effekter av preparaten. Man frågar även varför de olika preparaten används (t.ex. används insulin både för att öka i vikt eller som fettreducerare).

Ganska snart görs en somatisk utredning, som specifikt tittar på vanliga bieffekter från ett AAS-användande. Varje utredning diskuteras i den speciella AAS-ronden, där beslut tas om patienten behöver remiss till någon annan specialist. Vid utvecklad bröstkörteltillväxt remitteras patienten till kirurgmottagning för bedömning. Vid misstanke om kardiovaskulära problem remitteras patienten till kardiologen. Vid behandling av nedsatt HPG-axel- (hypotalamus-hypofys-könskörtel) funktion följs detta upp med s-testosteron, S-SHBG, S-LH och S-FSH samt eventuellt spermaprov och patienten kan remitteras till en endokrinolog.

Efter cirka en månads drogfrihet görs den psykiatriska utredningen, även denna undersöker vanligt förekommande problem som kan komma av ett AAS-användande. Vid psykiatrisk bedömning beslutar specialist i psykiatri om sedvanlig behandling av aktuellt tillstånd, där det vanligaste är depression, vilket kan ha inslag av suicidala tankar, olika ångesttillstånd samt sömnproblem. Andra

utredningsinstrument som används är ADDIS (Alkohol Drug Diagnos Instrument) och TCI (Temperament and Character Inventory).

Om patienten behöver inläggning är det speciellt vid tre indikationer hos patienten som inläggning bör diskuteras:

1. Om patienten har självmordstankar (ett depressivt abstinenssyndrom börjar vanligtvis inom en vecka efter avslutat AAS-intag och kan vara i flera månader).
2. Om patienten visar ett irriterat humör under abstinensstiden eller är våldsam och en fara för andra eller är öppet psykotisk.
3. Om patienten inte klarar av att vara drogfri.

Under hela behandlingstiden kan det vara av stort värde att även anhöriga inbjuds i behandlingsarbetet. Speciellt då patientens sociala problem efter en tids kontakt vanligen ökar. Det kan vara i relationer eller på grund av ekonomiska förändringar. Patientens anknytning till behandlaren, som i behandlingsarbetet var positivt, kan när det gäller närmare avslutad kontakt bli ett stort problem. Vid ett avslut av behandlingskontakten har vi uppmärksammat vikten av att noga övervaka patientens psykiska mående, i synnerhet ökad självmordsrisk. Oftast fungerar behandlingen bra för att avsluta AAS-användandet. I stället ökar risken för att ett annat droganvändande ska öka, till exempel i form av narkotikamissbruk (vanligtvis amfetamin eller opiater), ökat medicinanvändande eller alkoholmissbruk.

Det har visat sig svårt att avsluta AAS-användande patienter på grund av att många av dem har svårt med avslut. Detta betyder att behandlingstiderna ibland blir långa. Ett flertal patienter som kom till Beroendecentrum i slutet på 1990-talet har fortfarande kontakt med mottagningen. Det rör sig då om långvarigt deprimerade patienter eller patienter som inte kan släppa taget utan hör av sig med olika frågor emellanåt.

## **13.6 Struktur för den vård som bör kunna erbjudas lokalt, regionalt och nationellt**

### **13.6.1 Nationell nivå**

I aktionsplanen mot missbruk av hormonpreparat 2006 (MOB) föreslogs nationella kunskapscentra. Denna uppfattning stödjer arbetsgruppen, som föreslår att ett sådant centrum upprättas. Ett nationellt kunskapscentrum ska ha en koppling till ett universitet för den fortsatta kunskapsutvecklingen. Med tanke på var sådan verksamhet bedrivs i dag kan Göteborg, Stockholm eller Örebro komma i fråga och samtliga dessa verksamheter har nära anknytning till universiteten i de tre städerna. Utvärdering och forskning bör knytas ihop och stimuleras för att så fort som möjligt utveckla en bra kärna av kunskap.

Parallellt med utvecklingen av vården krävs kvalitetsregister och kvalitetskriterier för att kunna följa utvecklingen inom området. En förutsättning är att vi också stödjer utvecklingen av dokumentation och standardiserade bedömningsinstrument.

I första skedet bör en högspecialiserad utvecklingsorganisation utvecklas genom ett nationellt kunskapscentrum, som kan stå för kunskapstillväxt. Inom varje region bör det finnas ett kompetenscentrum, dit kommuner och landsting kan vända sig.

### **13.6.2 Regional nivå**

Ett regionalt kompetenscentrum är ett kliniskt centrum som stödjer flera landsting och som har tillgång till bredare kompetens än vad som finns inom ett enskilt landsting. Var sådana centra ska utvecklas får avgöras beroende på var kompetensen finns inom regionerna. Det är emellertid viktigt att det även för dessa finns ett nära samarbete med universitet och högskolor, som är en förutsättning för metodutveckling, utvärdering och implementering. De olika universiteten och högskolorna bedriver redan i dag arbete mot missbruk av hormonpreparat med olika inriktning och kompletterar varandra.

Enheterna bör vara tvärprofessionella och arbeta i form av en vårdkedja (liknande den verksamhet som bedrivs i dag vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg), för att tillförsäkra tillgång till all den kompetens som behövs i en komplex behandlingsverksamhet.



Endokrinologi, beroendevård, farmakologi, psykiatri och socialtjänst är självklara enheter i vårdkedjan. Man bör också tänka en dörr in i systemet för dessa patienter, dvs. mottagande enhet ansvarar för att vården erbjuds som helhet. Dessa enheter bör arbeta mot såväl hälso- och sjukvården, kommunernas socialtjänst, Statens institutionsstyrelse (SiS) som mot Kriminalvården. Det bör vara möjligt för konsultläkare inom SiS och Kriminalvården att remittera patienter direkt till ett regionalt centrum.

Den kliniska verksamheten på det regionala centrumet kan antingen ha sin hemvist inom beroendevården eller inom endokrinologin. Flera modeller kan tänkas. I Örebro finns ansvaret inom beroendevården, i Göteborg inom endokrinologin och i Stockholm är den etablerad i anslutning till Andrologiskt centrum i Huddinge. På ett sätt är det naturligt med hemvist inom beroendevården, eftersom behandlingen tar fasta på behandlingsprinciper som tillämpas inom denna. Dock kan en hemvist inom endokrinologin upplevas som mer neutralt av personer som huvudsakligen lider av medicinska komplikationer till ett tidigare användande. Det väsentliga är inte inom vilken specialitet handläggningen sker, utan att enheten oavsett hemvist har tillgång till samma kärnbemanning.

Kärnbemanningen föreslås bestå av en endokrinolog (100 procent), en psykiater med beroendekompetens (100 procent), en socionom med beroendekompetens (100 procent), två sjuksköterskor (200 procent), en sekreterare med administrativa uppgifter (100 procent). Enheten behöver även tillgång till psykologisk och psykoterapeutisk kompetens liksom till konsulterande gynekolog. För att resurserna ska användas på bästa sätt är det mest ekonomiskt att AAS-användarna har regelbunden samtalskontakt med en socionom.

### 13.6.3 Lokal nivå

Varje landsting måste ha en enhet inom hälso- och sjukvården, dit personer med medicinska problem relaterade till dopningsmedel kan söka eller hänvisas till från socialtjänsten. Enheten ska vara känd inom landstinget och alla läkare inom primärvård och på sjukhus ska kunna remittera patienter till den. Det finns inga hinder för att den fortsatta kontakten med en patient sker på primärvårdsnivå, om intresse och kompetens finns hos allmänläkaren, liksom möjlighet till handledning och stöd. Socialtjänsten inom varje kommun ska på samma sätt kunna hänvisa till enhet inom hälso- och sjuk-

vården, när den kommer i kontakt med personer som har medicinska problem relaterade till dopningsmedel. Handläggare inom socialtjänsten bör involveras när vården för den enskilde patienten planeras. Inom vilken specialitet denna enhet ska finnas får avgöras av lokala förutsättningar.

### **13.7 Struktur för kontinuerlig kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning samt former för kompetensutveckling**

Utbildning i beroendelära föreslås bli ett obligatoriskt avsnitt i grundutbildningen för läkare, sjuksköterskor, psykologer, socionomer och beteendevetare. Inom detta ämne bör kunskaper om dopningsmedel ingå, både vad avser användande, psykiska och kroppsliga komplikationer samt beroendemekanismer. Att den teoretiska utbildningen ska förläggas till beroendeläran är för att mekanismerna som styr beroendet är centrala och behandlingen grundar sig på principerna i behandlingen av beroendetillstånd. Än mer än vad som gäller för alkoholberoende, så finns betydande kroppsliga komplikationer, vilket motiverar att endokrinologisk kompetens ska finnas i den kliniska utbildningen.

Tillsammans bör de nationella centra ansvara för påbyggnadsutbildningar såsom ST-kurs för läkare och vidareutbildning för sjuksköterskor, psykologer och socionomer.

Arbetsgivaren ansvarar för fortbildning och vidareutbildning av personal som inte har genomgått utbildning i beroendelära. Utbildningarna kan förslagsvis vara i olika steg och poängomfattning och på så vis också vara meriterande. Detta är viktigt för kunskapsutvecklingen och statusen för området.

## Referenser

- Andrén-Sandberg, Å. (2008). *Nordic Conference on Steroid Abuse*. Hämtad 10 februari, 2009, från <http://www.idrottsforum.org/articles/andren-sandberg/andren-sandberg080123.html>
- Anshel, M. H. (1991). Cognitive-behavioural strategies for combating drug abuse in sport: Implications for coaches and sport psychology consultants. *Sport Psychol*, 5, 152–166.
- ARS. (2003). *Drogvaneundersökning bland ungdomar, för CAN och samarbetspartners. Rapport – teknisk beskrivning*. ARS P0431. Stockholm: ARS research AB.
- Arver, S., Borg, S., & Rane, A. (2007). Ansökan om medel för etablering av ett Nationellt Kunskapscentrum-Stockholm om Dopning och Antidoping arbete samt tillhörande prospekt. 2007-04-25.
- Bahrke, M. S., Wright, J. E., Strauss, R. H., & Catlin, D. H. (1992). Psychological moods and subjectively perceived behavioral and somatic changes accompanying anabolic-androgenic steroid use. *Am J Sports Med*, 20(6), 717–724.
- Bahrke, M. S., Yesalis, C. E., Kopstein, A. N., & Stephens, J. A. (2000). Risk factors associated with anabolic-androgenic steroid use among adolescents. *J Sports Med*, 29(6), 397–405.
- Basaria, S., Wahlstrom, J. T., & Dobs, A. S. (2001). Clinical review 138: Anabolic-androgenic steroid therapy in the treatment of chronic diseases. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 86(11), 5108–5117.
- Beaver, K. M., Vaughn, M. G., Delisi, M., & Wright, J. P. (2008). Anabolic-androgenic steroid use and involvement in violent behavior in a nationally representative sample of young adult males in the United States. *Am J Publ Health*, 98(12), 2185–2187.
- Brower, K. J. (1997). Withdrawal from anabolic steroids. *Curr Ther Endocrinol Metab*, 6, 338–343.
- Brower, K. J. (2002). Anabolic steroid abuse and dependence. *Cur Psychiatry Rep*, 4(5), 377–387.
- Börjesson, A. (2008). *Behovsinventering av information i Sveriges kommuner om missbruk av dopningsmedel (anabola androgena steroider och andra hormonläkemedel)*. Stockholm: Dopingjouren.

- Chantal, Y., Soubranne, R., & Brunel, P. C. (2009). Exploring the social image of anabolic steroids users through motivation, sportspersonship orientations and aggression. *Scand J Med Sci Sports*, 19(2), 228–234.
- Choi, P. Y., & Pope, H. G., Jr. (1994). Violence toward women and illicit androgenic-anabolic steroid use. *Ann Clin Psychiatry*, 6(1), 21–25.
- Clark, A. S., & Henderson, L. P. (2003). Behavioral and physiological responses to anabolic-androgenic steroids. *Neurosci Biobehav Rev*, 27(5), 413–436.
- Cole, J. C., Smith, R., Halford, J. C., & Wagstaff, G. F. (2003). A preliminary investigation into the relationship between anabolic-androgenic steroid use and the symptoms of reverse anorexia in both current and ex-users. *Psychopharmacol (Berl)*, 166(4), 424–429.
- Corcoran, J. P., & Longo, E. D. (1992). Psychological treatment of anabolic-androgenic steroid dependent individuals. *J Subst Abuse Treat*, 9, 229–235.
- Cunningham, R. L., & McGinnis, M. Y. (2008). Prepubertal social subjugation and anabolic androgenic steroid-induced aggression in male rats. *J Neuroendocrin*, 20(8), 997–1005.
- Eklöf, A. C., Thurelius, A. M., Garle, M., Rane, A., & Sjöqvist, F. (2003). The anti-doping hot-line, a means to capture the abuse of doping agents in the Swedish society and a new service function in clinical pharmacology. *Eur J Clin Pharmacol*, 59(8–9), 571–577.
- Graham, M. R., Davies, B., Grace, F. M., Kicman, A., & Baker, J. S. (2008). Anabolic steroid use: patterns of use and detection of doping. *Sports Med*, 38(6), 505–525.
- Guttormsson, U. (2007). *Mönstrandens drogvanor. 2006*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Gårevik, N., & Rane, A. (2010). Dual use of anabolic-androgenic steroids and narcotics in Sweden. *Drug Alcohol Depend*. 2010 Jan 9. [Epub ahead of print].
- Hall, R. C., & Chapman, M. J. (2005). Psychiatric complications of anabolic steroid abuse. *Psychosom*, 46(4), 285–290.
- Hall, R. C., & Chapman, M. J. (2005). Psychiatric complications of anabolic steroid abuse. *Psychosom*, 46(4), 285–290.

- Hallberg, M., Johansson, P., Kindlundh, A. M., & Nyberg, F. (2000). Anabolic-androgenic steroids affect the content of substance P and substance P(1-7) in the rat brain. *Peptides*, 21(6), 845-852.
- Hermansson, G., & Moberg, T. (2008). *Anabola androgena steroider*. Göteborg: Mediahuset i Göteborg.
- Hildebrandt, T., Langenbucher, J., Carr, S., Sanjuan, P., & Park, S. (2006). Predicting intentions for long-term anabolic-androgenic steroid use among men: a covariance structure model. *Psychol Addict Behav*, 20(3), 234-240.
- Hildebrandt, T., Schlundt, D., Langenbucher, J., & Chung, T. (2006). Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters. *Compr Psychiatry*, 47(2), 127-135.
- Hoff, D., & Herngren, E. (2008). *En kartläggning av träningsvanor och doping i Kalmar 2007: Humanvetenskapliga institutionen vid högskolan i Kalmar*.
- Hoffman, O. (2010). Pers medd 2010-04-02.
- Hvitfeldt, T., & Gripe, I. (2010). *Skolelevers drogvanor. 2009: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Institutet för lokal och regional demokrati. (2009). Kartläggning av träningsvanor och användning av prestationshöjande preparat i Kronobergs län 2008. Växjö: Länsstyrelsen i Kronobergs län*.
- Isacsson, G., Garle, M., Ljung, E. B., Asgård, U., & Bergman, U. (1998). Anabolic steroids and violent crime--an epidemiological study at a jail in Stockholm, Sweden. *Compr Psychiatry*, 39(4), 203-205.
- Johansson, P., Hallberg, M., Kindlundh, A., & Nyberg, F. (2000). The effect on opioid peptides in the rat brain, after chronic treatment with the anabolic androgenic steroid, nandrolone decanoate. *Brain Res Bull*, 51(5), 413-418.
- Kanayama, G., Hudson, J. I., & Pope, H. G. (2008). Long-term psychiatric and medical consequences of anabolic-androgenic steroid abuse: a looming public health concern? *Drug Alcohol Depend*, 98(1-2), 1-12.
- Kanayama, G., Brower, K.J., Wood, R.I., Hudson, J.I., & Pope, H. G. Jr. (2009a) Issues for DSM-V: clarifying the diagnostic criteria for anabolic-androgenic steroid dependence. *Am J Psychiatry*, 166(6), 642-645.

- Kanayama, G., Hudson, J. I., & Pope, H. G. (2009b). Features of men with anabolic-androgenic steroid dependence: A comparison with nondependent AAS users and with AAS nonusers. *Drug Alcohol Depend*, 102(1–3), 130–137.
- Kashkin, K. B., & Kleber, H. D. (1989). Hooked on hormones? An anabolic steroid addiction hypothesis. *JAMA*, 262(22), 3166–3170.
- Kindlundh, A. M., Bergstrom, M., Monazzam, A., Hallberg, M., Blomqvist, G., Langstrom, B., et al. (2002). Dopaminergic effects after chronic treatment with nandrolone visualized in rat brain by positron emission tomography. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 26(7–8), 1303–1308.
- Kindlundh, A. M., Hagekull, B., Isacson, D. G., & Nyberg, F. (2001). Adolescent use of anabolic-androgenic steroids and relations to self-reports of social, personality and health aspects. *Eur J Publ Health*, 11(3), 322–328.
- Kindlundh, A. M., Isacson, D. G., Berglund, L., & Nyberg, F. (1998). Doping among high school students in Uppsala, Sweden: A presentation of the attitudes, distribution, side effects, and extent of use. *Scand J Soc Med*, 26(1), 71–74.
- Kindlundh, A. M., Isacson, D. G., Berglund, L., & Nyberg, F. (1999). Factors associated with adolescent use of doping agents: anabolic-androgenic steroids. *Addiction*, 94(4), 543–553.
- Kindlundh, A. M., Lindblom, J., & Nyberg, F. (2003). Chronic administration with nandrolone decanoate induces alterations in the gene-transcript content of dopamine D(1)- and D(2)-receptors in the rat brain. *Brain Research*, 979(1–2), 37–42.
- Klötz, F. (2008). *Anabolic Androgenic Steroids and Criminality*. Doktorsavhandling, Uppsala universitet, Uppsala.
- Klötz, F., Garle, M., Granath, F., & Thiblin, I. (2006). Criminality among individuals testing positive for the presence of anabolic androgenic steroids. *Arch Gen Psychiatry*, 63(11), 1274–1279.
- Klötz, F., Petersson, A., Isacson, D., & Thiblin, I. (2007). Violent crime and substance abuse: a medico-legal comparison between deceased users of anabolic androgenic steroids and abusers of illicit drugs. *Forensic Sci Int*. 173(1), 57–63. Epub 2007 Mar 2.
- Klötz, F., Petersson, A., Hoffman, O., & Thiblin, I. (2010). The significance of anabolic androgenic steroids in a Swedish prison population. *Compr Psychiatry*, 51(3), 312–318. Epub 2009 Jul 9.

- Kriminalvården. (2009). *Själv mord (suicid). Faktablad*. Hämtad 10 april, 2009, från [http://www.kriminalvarden.se/upload/documents/Faktablad\\_Sjalvmord.pdf](http://www.kriminalvarden.se/upload/documents/Faktablad_Sjalvmord.pdf)
- Käll, K. (2008). Socialmedicinska häktesprojektets helårsrapport Stockholm och Göteborg 2007.
- Leifman, H., & Rehnman, C. (2008a). Kartläggning av dopningsförekomst bland gymtränande i Stockholms län. *Rapport nr 35*. Hämtad 20 februari, 2009, från <http://www.stad.org>
- Leifman, H., & Rehnman, C. (2008b). Studie om svenska folkets användning av dopningspreparat. *Rapport 34*. Hämtad 20 februari, 2009, från <http://www.stad.org>
- Leifman, H., Rehnman, C., Sjöblom, E., & Holgersson, S. (2009). Uppskattad AAS förekomst bland tränande i Stockholms län. En observationsstudie genomförd på träningsanläggningar i Stockholms län. *Rapport 39*. Hämtad 10 juli, 2009, från <http://www.stad.org>
- Lindqvist, A. S., & Fahlke, C. (2005). Nandrolone decanoate has long-term effects on dominance in a competitive situation in male rats. *Physiol Behav*, 84(1), 45–51.
- Lundholm, L., Käll, K., Wallin, S., Thiblin, I. (2010). Use of anabolic androgenic steroids in substance abusers arrested for crime. *Drug Alcohol Depend*, 2010 Jun 3. [Epub ahead of print].
- Malmö stadskontors folkhälsoenhet. (2008). *Sammanfattning av resultat från enkätstudie riktad till tränande på gym i Malmö*. Malmö.
- Malone, D. A., Dimeff, R. J., Lombardo, J. A., & Sample, R. H. (1995). Psychiatric effects and psychoactive substance use in anabolic-androgenic steroid users. *Clin J Sports Med*, 5(1), 25–31.
- Mickelsson, K. (2010). *Dopningen i Sverige – en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder. Rapport 2009:15*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Middleman, A. B., & DuRant, R. H. (1996). Anabolic steroid use and associated health risk behaviours. *Sports Med (Auckland)*, 21(4), 251–255.
- Midgley, S. J., Heather, N., & Davies, J. B. (2001). Levels of aggression among a group of anabolic-androgenic steroid users. *Med Sci Law*, 41(4), 309–314.

- Miller, W. R., & Carroll, K. (2006). *Rethinking Substance Abuse: What The Science Shows, and What We Should Do About It*. New York: Guilford Press.
- MOB. (2004) Seminarium om missbruk av hormonbaserade dopningsmedel. 2004-01-20.
- MOB. (2006) Aktionsplan mot missbruk av hormonpreparat. 2006-12-13.
- Moberg, T., & Hermansson, G. (2006). *Mandom, mod och morske män: anabola androgena steroider: medicinskt, rättsligt och socialt*. Göteborg: Mediahuset.
- National Institute on Drug Abuse. (2006). *Research Report Series – Anabolic Steroid Abuse*. Hämtad 10 juli, 2009, från <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Steroids/AnabolicSteroids.html>
- Nilsson, S., Baigi, A., Marklund, B., & Fridlund, B. (2001). The prevalence of the use of androgenic anabolic steroids by adolescents in a county of Sweden. *Eur J Publ Health, 11*(2), 195–197.
- Nilsson, S., Spak, F., Marklund, B., Baigi, A., & Allebeck, P. (2004). Attitudes and behaviors with regards to androgenic anabolic steroids among male adolescents in a county of Sweden. *Subst Use Misuse, 39*(8), 1183–1197.
- Noakes, T. D. (2004). Tainted glory--doping and athletic performance. *N Engl J Med, 351*(9), 847–849.
- Pagonis, T. A., Angelopoulos, N. V., Koukoulis, G. N., & Hadjichristodoulou, C. S. (2006). Psychiatric side effects induced by supraphysiological doses of combinations of anabolic steroids correlate to the severity of abuse. *Eur Psychiatry, 21*(8), 551–562.
- Pagonis, T. A., Angelopoulos, N. V., Koukoulis, G. N., Hadjichristodoulou, C. S., & Toli, P. N. (2006). Psychiatric and hostility factors related to use of anabolic steroids in monozygotic twins. *Eur Psychiatry, 21*(8), 563–569.
- Papazisis, G., Kouvelas, D., Mastrogianni, A., & Karastergiou, A. (2007). Anabolic androgenic steroid abuse and mood disorder: a case report. *Int J Neuropsychopharmacol, 10*(2), 291–293.
- Parkinson, A. B., & Evans, N. A. (2006). Anabolic androgenic steroids: a survey of 500 users. *Med Sci Sports Exerc, 38*(4), 644–651.



- Petersson, A. (2008). *Characteristics and Consequences of Use of Anabolic Androgenic Steroids in Poly Substance Abuse*. Doktorsavhandling, Uppsala universitet, Uppsala.
- Petersson, A., Bengtsson, J., Voltaire-Carlsson, A., & Thiblin, I. (2010). Substance abusers' motives for using anabolic androgenic steroids. *Drug Alcohol Depend*, 111(1–2), 170–172. Epub 2010 May 21.
- Petersson, A., Garle, M., Granath, F., & Thiblin, I. (2006). Morbidity and mortality in patients testing positively for the presence of anabolic androgenic steroids in connection with receiving medical care. A controlled retrospective cohort study. *Drug Alcohol Depend*, 81(3), 215–220.
- Petersson, A., Garle, M., Holmgren, P., Druid, H., Krantz, P., & Thiblin, I. (2006). Toxicological findings and manner of death in autopsied users of anabolic androgenic steroids. *Drug Alc Depend*, 81(3), 241–249.
- Pope, H. G., Jr., & Katz, D. L. (1990). Homicide and near-homicide by anabolic steroid users. *J Clin Psychiatry*, 51(1), 28–31.
- Pope, H. G., Jr., & Katz, D. L. (1994). Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use. A controlled study of 160 athletes. *Arch Gen Psychiatry*, 51(5), 375–382.
- Pope, H. G., Jr., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosom*, 38(6), 548–557.
- Pope, H. G., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: the secret crisis of male body obsession*. New York; London: Free Press.
- Quaglio, G., Fornasiero, A., Mezzelani, P., Moreschini, S., Lugoboni, F., & Lechi, A. (2009). Anabolic steroids: dependence and complications of chronic use. *Int Emerg Med*.
- Riksidrottsförbundet. (2009). *Statistik över dopingfall per utövar-kategori 2002–2008*.
- Rikskriminalpolisen, & Tullverket. (2008). *Den illegala drogsituationen i Sverige 2007*: Rikskriminalpolisen, Tullverket.
- Rikskriminalpolisen & Tullverket. (2010) *Drogsituationen – lägesbild i Sverige 2008–2009*.  
<http://www.polisen.se/sv/Aktuellt/Rapporter-och-publikationer/Rapporter/Publicerat--->

Nationellt/Amnesrapporter/Narkotika/Drogsituationen-2008---  
2009/ 2010-11-08

- Rohman, L. (2009). The relationship between anabolic androgenic steroids and muscle dysmorphia: a review. *Eat Disord*, 17(3), 187–199.
- Rosén, T. (2009). *Dopning (hormondopning)*. Hämtad 22 januari, 2009, från [http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?page=1552](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=1552)
- Sjöqvist, F., Garle, M., & Rane, A. (2008). Use of doping agents, particularly anabolic steroids, in sports and society. *Lancet*, 371(9627), 1872–1882.
- SKOP. (1993). *Ungdomsundersökning: Skandinavisk opinion AB*.
- Skårberg, K. (2009a). *Anabolic-androgenic steroid users in treatment: social background, drug use patterns, and criminality*. Doktorsavhandling, Örebro universitet, Örebro.
- Skårberg, K. (2009b). *Is there an association between use of anabolic-androgenic steroids and criminality?* Opublicerad submitted article. Avdelningen för klinisk medicin vid Örebro universitet: Beroendecentrum vid Örebro läns landsting.
- Skårberg, K., & Engstrom, I. (2007). Troubled social background of male anabolic-androgenic steroid abusers in treatment. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2, 20.
- Skårberg, K., Nyberg, F., & Engstrom, I. (2008). The development of multiple drug use among anabolic-androgenic steroid users: six subjective case reports. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 3, 24.
- Skårberg, K., Nyberg, F., & Engstrom, I. (2009). Multisubstance Use as a Feature of Addiction to Anabolic-Androgenic Steroids. *Eur Addict Res*, 15(2), 99–106.
- Skårberg, K., Nyberg, F. & Engstrom, I. (2010). Is there an association between use of anabolic-androgenic steroids and criminality? *Eur Addict Res*. 16(4), 213-9.
- SOU. (2010). *Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården*. En diskussionspromemoria från Missbruksutredningen (S 2008:04).

- Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Delstudie i Statens folkhälsoinstituts prevalensprojekt som har till syfte att kartlägga narkotikaanvändandet bland universitets- och högskolestuderande i Sverige*. Lunds universitet, Statistiska centralbyrån, Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (Opubl.) *Delstudie i Statens folkhälsoinstituts prevalensprojekt som har till syfte att kartlägga narkotikaanvändandet bland universitets- och högskolestuderande i Sverige*. Opublicerad enkätstudie. Lunds universitet, Statistiska centralbyrån, Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (Opubl.-a) *Delstudie i Statens folkhälsoinstituts prevalensprojekt som har till syfte att kartlägga narkotikaanvändandet i Sverige*. Opublicerad enkätstudie. Lunds universitet, Statistiska centralbyrån, Statens folkhälsoinstitut.
- Steenland, P., Blakely, G., Nyberg, F., Fahlke, C., & Pohorecky, L. A. (2005). Anabolic androgenic steroid affects social aggression and fear-related behaviors in male pair-housed rats. *Horm Behav*, 48(2), 216–224.
- Steenland, P., Hallberg, M., Kindlundh, A., Fahlke, C., & Nyberg, F. (2005). Amphetamine-induced aggression is enhanced in rats pre-treated with the anabolic androgenic steroid nandrolone decanoate. *Steroids*, 70(3), 199–204.
- Talih, F., Fattal, O., & Malone, D., Jr. (2007). Anabolic steroid abuse: psychiatric and physical costs. *Cleve Clin J Med*, 74(5), 341–344, 346, 349–352.
- TEMO. (1993). *Bruket av psykofarmaka, narkotika och anabola androgena steroider. För CAN våren 1993*. FS-9318/21.
- TEMO. (1994a). *Bruket av psykofarmaka, narkotika och dopingmedel. För CAN våren 1994*. FS-9408/10.
- TEMO. (1994b). *Systembolaget. Ungdomsundersökning*. T-10004.
- TEMO. (1995). *Socialdepartementet. Utredningen om dopning*. T-11213.
- TEMO. (1996a). *Bruket av psykofarmaka, narkotika och dopingmedel. För CAN våren 1996*. FS-9607/13.
- TEMO. (1996b). *Systembolaget. Ungdomsundersökning*. T-12601.
- TEMO. (1998). *Systembolaget. Ungdomsundersökning*. T-14011.
- TEMO. (2000). *Bruket av psykofarmaka, narkotika och dopingmedel. Fråga psykofarmaka*. FS-200130/FS-200170/FS-200200/FS-200230.

- Thiblin, I. (2008). Yttrande över förekomst och vissa konsekvenser av illegal användande av anabola androgena steroider: bilaga 5(Red.), *SOU 2008:120: Bättre kontroll av missbruksmedel: en effektivare narkotika- och dopningslagstiftning m.m.: betänkande av narkotikautredningen* Stockholm: Fritze.
- Thiblin, I. (2009). Anabola androgena steroider och blandmissbruk – en prevalensuppskattning. *Missbruksutredningen* (S 2008:04). 2009-11-01.
- Thiblin, I., & Parlklö, T. (2002). Anabolic androgenic steroids and violence. *Acta psychiatr Scand. Suppl.*(412), 125–128.
- Thiblin, I., Lindquist, O., & Rajs, J. (2000). Cause and manner of death among users of anabolic androgenic steroids. *J Forensic Sci*, 45(1), 16–23.
- Wallin, S. (2009). Socialmedicinska häktesprojektets helårsrapport Stockholm 2008.
- Wichstrom, L., & Pedersen, W. (2001). Use of anabolic-androgenic steroids in adolescence: winning, looking good or being bad? *J Stud Alcohol Drugs*, 62(1), 5–13.
- Wroblewska, A. M. (1997). Androgenic anabolic steroids and body dysmorphism in young men. *J Psychosom Res*, 42, 225–234.
- Yang, C. F., Gray, P., & Pope, H. G. Jr. (2005). Male body image in Taiwan versus the West: Yanggang Zhiqi meets the Adonis complex. *Am J Psychiatry*, 162(2), 263–269.

# 14 Kvinno- och barnperspektiv på insatser inom missbruks- och beroendevården

*Karin Trulsson, fil. dr och socionom  
Vera Segraeus, fil. dr*

## Sammanfattning

Detta är en sammanställning av forskningsläget när det gäller kvinnors missbruk och behandling samt deras barns utsatta situation. Behandlingssystemen är uppbyggda för mäns behov. Kvinnor förefaller mindre intressanta för utvärderarna. Hur kvinnors missbruk ser ut och vad som utgör de bästa insatserna för dem tenderar att förbises. Kvinnor har i större utsträckning än män erfarenhet av sexuella övergrepp, fysiskt våld, suicidförsök och medicinering för psykiska problem. Detta ställer krav på "gender sensitive" behandling. Förutom individuella hänsyn behöver behandlingsinsatserna anpassas till behov hos olika subgrupper av kvinnor och utvecklas såväl i öppenvård som institutionsvård. Avgörande är kontinuitet och långsiktiga stöd och behandlingsinsatser. I dag vet man, att kvinnor under sin livstid har lägre sannolikhet att få vård och behandling för sitt missbruk än män. De har flera barriärer att övervinna, brist på insatser för gravida, rädsla för omhändertagande av barnet och brist på barnomsorg i anknytning till vården och sist men inte minst rädslan för stigmatisering som gör att kvinnan försöker dölja sitt missbruk och drar sig för att söka vård. Gravitet är en nyckelsituation, då kvinnor visat sig speciellt motiverade att avbryta sitt missbruk. Detta ställer krav på tillgång till drogfria behandlingsalternativ för kvinnor, speciellt gäller det för gravida kvinnor och inom familjebehandling för småbarnsföräldrar.

Forskning och en fördjupad kunskap utifrån ett könsperspektiv på manligt och kvinnligt missbruk skulle kunna gynna och nyansera utvecklingen av förebyggande och behandlande insatser. Ett familjeperspektiv, inkluderande mäns och kvinnors missbruksproblematik och de utsatta barnens behov behöver vidareutvecklas. Underlaget till dessa slutsatser är baserat på svenska och internationella studier och översikter.

## 14.1 Inledning

För att förstå mäns och kvinnors missbruk och behov av preventiva och behandlande insatser behövs ett teoretiskt perspektiv som synliggör kön. Yvonne Hirdman (1998) talar om genussystemet, det nätverk av processer, fenomen, föreställningar och förväntningar som bildar mönster och ordnar kön. Hon belyser "isärhållandets" logiker, att manligt och kvinnligt inte ska blandas, vilket innebär att varje samhälle och varje tid har kontrakt för samspelet mellan könen. "Genuskontrakten", idealbilden av man och kvinna, arbetsdelningen mellan könen och socialisationen är i väsentliga delar olika för de båda könen. De har genom historien styrt hur män och kvinnor ska förhålla sig till varandra. Kvinnan ansvarar för "hemmets sfär" och vården av hem och barn. Mannen ansvarar för den "offentliga sfären" och livet utanför hemmet. Hirdman (2001) beskriver också hur genuskontrakten under sista seklet tappat kraft i det svenska och andra västerländska samhällen. "Det moderna projektet" har skakat om könen relationer. Kvinnans idealbild som husmor med sin plats i hemmet under förra seklets början har fått ge vika för en jämställd kvinna, som delar ansvaret för hem och barn med mannen och en offentlig sektor, som avlastar hemuppgifter. Samtidigt ges exempel på hur genusstereotypierna tenderar att komma till korta, i "verkliga" mäns och kvinnors liv.

En genomgång beträffande mäns och kvinnors missbruk (Trulsson 2003 a) visar på en del likheter mellan manligt och kvinnligt missbruk, men främst blir skillnaderna mellan män och kvinnor tydliga. I förhållande till idealbilden i samhället om kvinnan som nykter, kontrollerad och den sammanhållande i hem och familj, utgör den missbrukande kvinnan närmast en motbild. Missbruket förknippas också med epiteten sexuellt lösaktig och "dålig" mamma. Detta bidrar till svag självkänsla, skam och skuld hos kvinnorna. Mäns bruk och missbruk av droger möts däremot med större tolerans. Detta kan tolkas som ett utslag av att alkoholen av tradition utgör ett naturligt inslag i vardagslivet i samhället och att det ses som manligt att en man "tar sig ett järn".

En kvalitativ studie (Trulsson 1998, 1999) av psykosocialt utsatta missbrukarfamiljer visar traditionell arbetsdelning mellan könen. Mamman har enligt kvinnornas berättelser huvudansvaret för hem och barn till dess missbruket tar överhanden. Först i den situationen bryter drogfria pappor sin traditionella roll och tar över

ansvaret för barnen. Kvinnors missbruk som uttryck för frihetssträvanden och att män tar över ansvar för hem och barn kan ses som utslag av det ”moderna projektet” (Hirdman 2001).

En annan kvalitativ studie av ett terapeutiskt samhälle för kvinnor (Trulsson 2000, 2003 b) visar att missbrukande kvinnor i behandling kan ta igen brister i sin socialisation, den ofta genom tidigt missbruk förlorade tonårstiden. Det sker i nära samspel med de kvinnliga behandlarna och ”väninnorna” i kollektivet. Därigenom kan de, i likhet med vad Ravndal (1994) funnit, få tillgång till redskap både att hantera drogberoendet och relationen till män. Spak (1999) efterlyser ett könsperspektiv också på mäns familjereationer. Missbrukande kvinnors och mäns väg ut ur narkotikamissbruk belyser Blomqvist (2002) i en intervjustudie med 42 män och 33 kvinnor. Många kvinnor påtalade beslutet att sluta med narkotika som resultatet av en längre inre mognadsprocess. Männen och några kvinnor talar om en tydlig vändpunkt pga. en krisartad händelse eller starkt försämrade levnadsvillkor. Graviditet och ansvar för de egna barnen spelar en påtaglig roll för kvinnornas väg ut ur missbruk, medan männen nämner olika ”yttre” skäl. Av betydelse är vad Scheffel Birath (2010) belyst, hur en bristfällig relation till den egna modern inverkat negativt på behandlingsresultatet i öppenvårdsbehandling av alkoholberoende kvinnor.

## 14.2 Nya alkoholvanor bland kvinnor

Duckert, Lossius, Ravndal och Sandvik (2008) beskriver hur ny forskning utvecklats de sista 10–20 åren, både kliniska studier och studier om den vanliga kvinnliga befolkningens förhållande till alkohol. Dessa visar, att kvinnor i de flesta västliga, industrialiserade länder dricker mer alkohol än tidigare. Samtidigt dricker de betydligt mindre än männen i motsvarande ålderskategorier. I de olika länderna dricker både flickor och pojkar betydligt mer än den vuxna befolkningen. Alkoholkonsumtionen jämnas emellertid ut med ökande ålder. Det som påtagligt minskar bruket både bland kvinnor och män är att bilda familj och få barn. En nationell norsk studie (Hoverak, O. & Bye 2007) visar, att situationen att ha hemmavarande minderåriga barn reducerar alkoholbruket både för män och kvinnor. Från ung vuxen till förälder reduceras alkoholbruket för män med 29 procent och för kvinnor med 38 procent. Enligt författarna kan detta ses som uttryck för kvarstående

traditionella könsmonster. De förtydligar, att både biologiska faktorer och samhällsförväntningar reglerar kvinnors alkoholbruk. De allra flesta kvinnor minskar eller avhåller sig från alkoholbruk under graviditet och småbarnsperiod. Deras bruk verkar i hög grad påverkas av relationer till signifikanta andra. Författarna summerar, att trots att kvinnor och män haft samma tillgång till alkohol i många år dricker kvinnor fortfarande 30 procent av vad män konsumerar.

### 14.3 Mönster att ta droger bland ungdomar

Utredningen ”Jämställd socialtjänst? – Könsperspektiv på socialtjänsten” (2004) fann att bland ungdomar i riskzon, genom social barnavård placerade utanför hemmet, var missbruk lika vanligt bland pojkar och flickor. Asocialt beteende som kriminalitet och våld var dubbelt så vanligt bland pojkar. Sexuellt utagerande eller prostitution var det enda beteendet som noterades mer för flickor än pojkar.

Beträffande missbruksmönster visar Anderssons (1993, 1996) studie av missbrukande ungdomar vid behandlingsenheten Maria Ungdom, att konflikter med föräldrarna och rymningar eller utstötningar från familjen var vanligare för flickorna. Författarens tolkning är att flickorna blev utstötta från familjen, om de bröt alltför mycket mot normen för kvinnligt beteende. De placerades oftare än pojkarna i familjehem eller på institution. Pojkarnas avvikande beteende föreföll bli mindre fördömt och möttes med mer överseende av föräldrarna.

### 14.4 Etiologi för drogproblem

I en sin avhandling grundad på två populationsbaserade stickprov på WAG (Women and Alcohol in Göteborg) studerar Spak (2001) riskfaktorerna för alkoholmissbruk. Hon påvisar, att sexuella övergrepp i barndomen har samband med senare alkoholberoende och att detta förstärks av våld eller hot. Depression och missbruk förekommer tillsammans. I en annan avhandling (Trulsson 2003 b) om missbrukande kvinnors familjeliv och erfarenheter i behandling beskriver kvinnor brytpunkter under barndomen, som främst grundar sig på erfarenheter av separationer och sexuellt utnyttjande. Utredningen ”Jämställd socialtjänst? – Könsperspektiv på social-



tjänsten” (2004) konstaterar, att i prevention och behandling är det viktigt att ta hänsyn till att utvecklingen som riskerar leda till ett missbruk börjar tidigt i livet.

## 14.5 Kamratgruppsstrategier

Studier av missbrukande ungdomars socialisation underlättar förståelsen av kamratgruppsstrategier under tidiga tonår. Ramström (1984) belyser hur detta sker genom stegvis socialisation. Beträffande det första steget – de tidiga barndomserfarenheterna visar det sig att både pojkar och flickor har brister i sin socialisation genom tidiga erfarenheter av separationer, missbruk och på andra sätt socialt utsatta hemförhållanden.

Detta påverkar det andra steget – tonårskrisen. Både pojkar och flickor har ofta erfarenhet av en destruktiv dialog i ursprungsfamiljen och de är dåligt förberedda för tonårskrisen. Det dilemma löser de genom att få gemenskap och en plats i missbrukargängen. De som känt sig utestängda får här en kultur att komma in i. Forskning om behandling av missbrukande ungdomar visar, att samhället behandlar tonårspojkars och tonårsflickors utagerande beteende olika. Det finns en tendens att överse med vad pojkarna gör. Ansvar läggs utanför dem. Flickors utagerande speciellt det sexuella utagerandet ställs de själva till ansvar för. De får i större utsträckning flytta hemifrån eller byta fosterhem än pojkar (Sjöblom 2002, Andersson 2002). Forskarna Bjerrum Nielsen och Rudberg (1991) har i studier av pojkars och flickors socialisation sett skillnader mellan flickor som agerar ut i tonåren. En grupp ”gängflickor” lugnar ner sig efter några år. En annan grupp ”problemflickor” fortsätter utagerande och missbruk. Gemensamt för den gruppen är deras problem med köns identiteten.

## 14.6 Hedonistiskt uppförande bland ungdomar

I en studie om ”backpackers” och långresenärers användande av droger finner Svensson och Svensson (2005) att detta bör ses som ett globalt och mobilt drogande som begränsas i tid och rum. Det handlar om ett rum hemma i Sverige och ett rum utomlands där drogerna knöts till resan, det ”flummiga” rummet. Där begränsade de resandes, genomgående studenters, droganvändande till viss tid

och vissa situationer. Eftersom drogandet på detta sätt var begränsat förefaller det inte leda vidare till rekreationellt drogande eller missbruk. Inga skillnader förekommer i kvinnors och mäns förhållande till att använda illegala droger. Att kvinnor gör samma saker som män ses som ett led i resandet. Backpackerslivsstilen lyfter fram ett jämställdhetsideal, men detta bygger på en manlig norm. När kvinnorna kommer hem förefaller de inrätta sig efter rådande normer kring kvinnlighet. Det visade sig i efterkonstruktionerna av berättelserna, där de kvinnliga resenärerna ifrågasatte och i vissa fall skämdes över sina handlingar.

## 14.7 Kvinnors missbruk och behandling

Det mesta som skrivits om missbruk och behandling handlar om män. Kvinnors missbruk och behandlingsbehov har först på senare decennier uppmärksammats. En systematisk översikt från 2007 av Greenfield et al berör utfall av behandling för kvinnor. Studien baserar sig på en sökning av engelskspråkig litteratur från 1975–2005 på Medline och Psyc Info. Man fann 280 relevanta artiklar varav 90 procent publicerats efter 1990. Bara 11,8 procent av dessa studier var randomiserade kontrollerade. Resultaten visade att kvinnor under sin livstid har lägre sannolikhet att komma till behandling än män. Kön är däremot inte en signifikant prediktor på behandlingsretention eller utfall. Flera av de karaktäristika som är relaterade till gott utfall varierar dock med kön, som ex vis socioekonomisk status, inkomst, arbete, utbildning, social support och social stabilitet. En slutsats var att kvinnobehandling inte nödvändigtvis är mer effektiv än könsblandad behandling, men behandling, som inkluderar insatser för problem som är mer vanliga hos kvinnor, är något mer effektiva. Det kan ju vara så att all s.k. kvinnobehandling inte innehåller insatser för dessa problem. Det är viktigt att utveckla behandlingsinsatser och följa upp effektiviteten av dem för olika subgrupper av kvinnor. Missbrukande kvinnor är en heterogen grupp med olika behov.

I en intervjustudie av kvinnor i genderspecifika behandlingsprogram (Nelson-Zlupko et al 1996) om kvinnors behandlingserfarenheter framkom fem teman. 1. Individuellt stöd och rådgivning var den viktigaste faktorn för kvinnors behandlingsretention dvs. kvarstannande i behandling. 2. Man upplevde att sexuella trakasserier ofta förekommer i icke genderspecifika behandlingsprogram.

3. Barnomsorg är viktig för kvinnor med barn. 4. Könsblandad behandling är inte öppen för ett fritt uttryckande av kvinnors behov och erfarenheter. 5. Effektiviteten hos genderspecifik behandling framgår ej när den jämförs med icke genderspecifik behandling, med gendersensitiva inslag. Det behövs mer studier av kvinno-behandling versus könsblandad behandling för att kunna säga vad som är bäst i det enskilda fallet.

I samma riktning talar en forskningsöversikt (Sun 2006) om programfaktorers inverkan på behandlingsresultat i missbruksbehandling för kvinnor. Denna lyfter fram några centrala behandlingsfaktorer som bidrar till positiv utveckling. Enkönade kvinno-program eller kvinnogrupper är att föredra för missbrukande kvinnor. Institutionsvård tenderar att leda till ett stabilare och mer långsiktigt tillfrisknande för de kvinnor har störst belastning och stress från omgivningen. Av betydelse för resultatet är emellertid också intensiteten i behandlingen, den inledande behandlingen och eftervården. En förutsättning för optimal behandling är vård och service när det gäller barnen. En icke fördömande och non-konfrontativ behandling som innefattar både individuella samtal och gruppsamtal rekommenderas.

Ashley m.fl. (2003) har analyserat 38 studier, där sju jämförde könsblandad och könsspecifik behandling. Övriga studier blev utvalda pga. de fokuserade olika kvinno-specifika problemställningar som mor barn relationen, graviditet och missbruk behandlingsprogram för kvinnor och kvinnors psykiska hälsa. Alla studier beträffande könsspecifik behandling visade gynnsam utveckling avseende minskat missbruk och ökat psykologiskt bemästrande, medan könsblandad behandling gav varierande resultat, ofta beroende på om behandlingen innehöll könsspecifika insatser. De insatser i behandlingen som gett positivt resultat är barnomsorg, stöd under graviditet, behandling för enbart kvinnor, särskilda kvinnoaktiviteter samt mångfacetterade och innehållsrika program. Kvinnorna genomförde i större utsträckning könsspecifik behandling.

Tuchman (2010) skriver att nyare missbruksforskning visar signifikanta gend skillnader i missbruksrelaterad epidemiologi, sociala faktorer och karaktäristika, biologiska responser och beroendeutveckling, medicinska konsekvenser, samtida psykiska störningar, behandlingsbarriärer och behandlings retention. Barriärer för unga kvinnor som noterats senaste två decennierna är graviditet, brist på insatser för gravida kvinnor, rädsla för att

förlora vårdnaden av barnet efter födseln, rädsla för sexuella trakasserier och sist men inte minst bristen på barnomsorg. Få behandlingsprogram inkluderar barnomsorg eller ordnar med sådan. Tuchman säger också att tidigare forskning visat att män är mer benägna att förneka sitt missbruk. För att bryta ett sådant förnekande är konfrontativa metoder verksamma. Kvinnor förnekar inte i samma utsträckning sitt missbruk, men tenderar i stället att uppleva skuld och skam. För dem passar inte metoder som just tjänar till att väcka skuld och skamkänslor. Hon hävdar också att resultat från flera studier visar på könsberoende skillnader i interaktionsstil mellan män och kvinnor och att mäns traditionella samhällliga dominans kan påverka kvinnor negativt i könsblandad behandling i grupp. Även om man i dag känner till och försöker ta hänsyn till könsskillnader bland klienter i missbrukarvården så har de nya behandlingsambitionerna inte studerats på ett adekvat sätt. Eftersom kvinnor är underrepresenterade i missbruksvård behövs nya studier för att mäta genderekskillnader i utfall av olika behandlingsstrategier. Genderspecifika "assessment" – skalor och behandlingsprotokoll behöver utvecklas och införas för att optimera behandlingseffektiviteten. Framtida forskning bör vara teoretiskt baserad och metodologiskt godtagbar för att utveckla den evidensbaserade kunskapen om missbrukarvård för kvinnor menar Tuchman.

#### **14.8 Forskning som bedrivits i Europa och Skandinavien**

Forskning om män och kvinnor i terapeutiska samhällen i nio europeiska länder (De Wilde 2005, De Wilde & Trulsson 2006, Segraeus 2005) visar, att kvinnor har specifika behov som behöver uppmärksammas i behandling och ställer krav på "gender sensitive" behandling. Kvinnor har en specifik psykiatrisk profil som kan härledas till att de i större utsträckning än män har erfarenheter av sexuella övergrepp, fysiskt våld, suicidförsök och medicinering för psykiska problem. De har ofta relationsproblem och är i behov av stöd i vårdnaden av barn. I större utsträckning än män har de mödrar med missbruks- och psykologiska problem (jfr Dahlgren & Willander 1991, SOU 1994:28 Kvinnor och Alkohol, delbetänkande av Alkoholpolitiska Kommissionen). Dahlgren (1992) talar liksom De Wilde och Trulsson (2006) om att individuella samtal

med möjlighet att få en nära relation och att bearbeta trauman, vänneskap i grupp och fokusering på stöd i föräldrarollen samt i relationen till barn utgör centrala inslag i kvinnobehandling. Symtomtolerans, i betydelsen acceptans och förståelse för enstaka återfall i missbruk under rehabiliteringsprocessen, är också enligt kvinnorna angelägen. Detta innebär att de i samband med återfall i missbruk uppmuntras till avgiftning för att sedan återuppta och fullfölja behandlingen. Liksom långsiktighet i behandlingen är detta en grundförutsättning för ökad självkänsla och trygghet enligt kvinnorna.

Ravndal (1994) belyser, att i traditionell könsblandad behandling ökar risken för att kvinnor avbryter behandlingen, inleder destruktiva relationer med manliga medpatienter och får tidigare återfall i missbruk. Segraeus (2005) har gjort en historisk översikt över behandling i terapeutiska samhällen för missbrukande kvinnor. Hon tar upp och belyser frågan om "kvinnobehandling på männens villkor". Därvid visar hon på en riktning från könsneutral behandling mot könssegregerad behandling som tar hänsyn till kvinnors specifika behov. Hon refererar till Brown m.fl. (i Segraeus 2005) om att det behövs tre typer av större förändringar av den traditionella modellen av Terapeutiskt Samhälle, den s.k. TS-modellen, för att möta behoven hos missbrukande kvinnor. TS-modellen för missbrukare som den utvecklats i USA är en hierarkiskt uppbyggd strukturerad modell, som bygger på hjälp till självhjälpsprincipen. Den har inte tagit hänsyn till könsskillnader. (Se Segraeus 2005). Strukturen måste ta hänsyn till kvinnors relation till barn och partners. Behandlingen bör beröra kvinnors rädsla, skam och skuld. Kvinnlig personal är betydelsefull. Öjehagen (1994) beskriver hur missbrukande kvinnor har dålig självkänsla, ångest och depressioner i större utsträckning än missbrukande män. Hon talar också om den speciella stigmatiseringen av kvinnors missbruk. Dessa båda faktorer kan vara en bidragande orsak till att missbrukande kvinnor främst betonar betydelsen av individuella samtal, inte det i traditionell miljöterapi vanligaste gruppsamtalet (Trulsson 2003 b, 2008).

Duckert med flera (2008) har utifrån ett flerdimensionellt skandinaviskt perspektiv belyst kvinnors alkoholbruk och alkoholproblem. De konstaterar att det finns mycket skrivet om män och alkoholbruk, medan det finns mindre systematiserad kunskap om kvinnors alkoholbruk och alkoholrelaterade problem. Detta osynliggörande av kvinnor tenderar att leda till att kvinnor primärt

erbjuds könsblandad behandling. Författarna frågar sig: "Skulle liknande missförhållanden mellan kunskap och praktik vara möjlig inom den specialiserade hälso- och sjukvården som t.ex. i behandling av cancer eller hjärt- och kärlsjukdomar?" (Duckert et al s. 138). Samhällets intention är att ge den behandling som ger bäst resultat och relativt sett är mest kostnadseffektiv. Författarna konstaterar, att kvinnospecifik behandling inte är dyrare än könsblandad behandling, att mycket är outforskat och att forskningen har brister, men att flera undersökningar visar att den behandlingen ger gynnsamma resultat. Behandlingsresultaten kan inte förklaras utifrån kvinnornas motivation eller diagnos, utan av den behandling de exponeras för. Ett mångfacetterat behandlingsutbud behövs som erbjuder en kombination av både grupp och individuell behandling, kvinnoinriktad undervisning som föräldraroll, relationer, sexualitet, kroppsuppfattning och psykiska problem. Behandlingen behöver bearbeta trauman efter fysiska, psykiska och sexuella övergrepp (jfr Spak 2001, Trulsson 2003b). Könsspecifik behandling är att föredra för kvinnor med psykisk sjukdom, trauman och relationsproblem. För kvinnor utan psykiska störningar och med intakt social situation och relationer kan kortare interventioner i mer könsblandade miljöer vara tillräckliga. Författarna refererar till Miller och Carrol (i Duckert et al 2008) som talar om att olika kognitiv och ändringsfokuserad rådgivning i detta sammanhang gett gynnsamma resultat. De belyser också, att missbrukande kvinnor har barriärer att söka hjälp för alkoholproblem och alkoholmissbruk pga. skam, skuld och rädsla att förlora vården om sina barn eller problem att ordna vård till barnen under behandlingstiden. Dessa barriärer behöver överbryggas och tas i beaktande i samband med förebyggande och behandlande insatser. Haver, Gjerstad, Lindberg och Frank (2009) lyfter fram hur rädslan för stigmatisering leder till att kvinnor försöker dölja sitt missbruk och därigenom drar sig för att söka behandling. De talar om behovet av tidig upptäckt och hur enkla interventionsinsatser är nödvändiga. Det är också primärprevention som syftar till att sänka den allmänna konsumtionsnivån av alkohol.

## 14.9 Uppföljning av svensk missbrukarvård utifrån ett könsperspektiv

När det gäller könsskillnader visar Byqvists (1997) uppföljning av behandlingen vid narkomanvårdsinstitutioner i SWEDATE-projektet (Bergmark, Björling, Grönbladh, Oscarsson & Segraeus 1989) intressanta resultat beträffande positivt och negativt utfall av behandlingen, när det gäller missbruk och sociala förhållanden i en klientgrupp med huvudsakligen män. Inslag som är vanliga i traditionell, könsneutral missbruksbehandling, som gruppsamtal och praktiskt arbete, uppskattades mest av de klienter som fick ett positivt utfall. Klienter med negativt utfall efterlyste främst individuella samtal och att få hjälp i kontakten med barn och föräldrar. Som framgått ovan (Dahlgren 1992, Trulsson 2000, 2003b) spelar just de behandlingsinslag som efterlystes av gruppen med negativt utfall en huvudroll i kvinnobehandling. Kanske visar resultaten i Byqvists studie på att gruppen män, som brutit med traditionella mönster, är förlorarna i könsneutral behandling. Föräldraskap och relationen till närstående är något som de liksom kvinnorna kan vilja fullfölja även i missbruksbehandling. Olika trauman, skam och skuld skulle även män kunna föredra att ta upp i individuella samtal i stället för att vara hänvisade enbart till den i terapeutiska samhällen traditionella gruppbehandlingen. På motsvarande sätt behöver situationen belysas för de kvinnor som inte passar in i den ”hegemoniska femininitet” som fått en framskjuten plats i den kvinnobehandling av missbrukare som utvecklats de sista decennierna. Detta sätter fokus på att såväl könsneutral som könsspecifik behandling behöver granskas så att individuella livsvillkor och behov av får en framskjuten roll.

## 14.10 Uppföljning av svensk kvinnobehandling för missbrukare

Den första speciella alkoholtaggningen i världen, som vände sig till enbart tidigare ej behandlade kvinnor, startades av Lena Dahlgren vid EWA-mottagningen (Early treatment of Women with Alcohol Addiccion), Karolinska sjukhuset. Parallellt med det kliniska arbetet bedrev hon forskning. Dahlgren (1984) visade vid tvåårsuppföljningen av de första 100 patienterna, att mottagningen lyckats fånga upp kvinnor på ett tidigt stadium och att behandlingen varit

framgångsrik för två tredjedelar av kvinnorna som slutat eller radikalt minskat sitt missbruk. Dahlgren konstaterade, att behandlingsstudier beträffande alkoholism tidigare så gott som uteslutande gällde manliga patienter, vilket gjorde det omöjligt med jämförelser avseende kvinnobehandling. Britt Haver har följt upp patienter vid mottagningen upp till 25 år. Haver och Dahlgren (1995) studerade mönster beträffande psykiatrisk samsjuklighet hos kvinnorna. Nästan samtliga hade ett alkoholberoende och 60 procent av kvinnorna hade också åtminstone en psykisk störning under livet. 23 procent hade en personlighetsstörning, som vanligen handlade om förstärkningsstörning och ångeststörning. Störningen hade oftast startat tidigt och hälften av kvinnorna hade tidigare sökt behandling vid psykiatriska institutioner. Den första delstudien av tjugofemårsuppföljningen beträffande dödligheten hos kvinnor som sökt hjälp vid EWA-mottagningen (Haver et al 2009) visar, att kvinnor med alkoholberoende har 2,4 gånger så hög dödlighet som kvinnor i en kontrollgrupp ur normalbefolkningen. Dödligheten hos kvinnor behandlade vid EWA-mottagningen är emellertid lägre än vad tidigare studier av alkoholberoende kvinnor visat. Särskilt oroande är siffrorna för de yngsta kvinnorna som har fyra gånger högre dödlighet än kontrollgruppen. Haver med flera konstaterar, att förstärkningsbehandlade alkoholberoende kvinnor har lägre mortalitet än tidigare kliniska studier visat, utom när det gäller den yngsta gruppen.

Kvinnorna vid EWA-klinikens alkoholmottagning har också belysts av Scheffel Birath i hennes avhandling (2010). Hon har studerat 134 kvinnor som åren 2001–2005 ingått i öppenvårdsbehandlingen. Alla kvinnor hade ett diagnostiserat alkoholberoende. Syftet med studien var att undersöka kvinnornas individuella och psykosociala drag samt faktorer som inverkar på behandlingsresultatet. Enligt Scheffel Birath är riskfyllt drickande mer skadligt för kvinnor än för män. De fysiologiska konsekvenserna kommer snabbare beroende på den delvis annorlunda ämnesomsättningen och att fördelningen av vätska/fett i kroppen skiljer sig mellan kvinnor och män. De psykologiska konsekvenserna utgörs av bl.a. ökad risk för depression och suicid, vilket gäller både kvinnor och män. Särskild kvinnobehandling har utvecklats i och med den ökade alkoholkonsumtionen bland kvinnor. Enligt Scheffel Birath har svensk forskning visat bättre behandlingsresultat för kvinnor vid en mottagning anpassad för kvinnor än vid en mottagning som vänder sig både till män och



kvinnor. Detta tolkas som ett resultat av att behandlingen för alkoholproblem huvudsakligen varit inriktad på män, som utgör den största målgruppen.

I studien ingår kvinnor som sökt hjälp för alkoholproblem. De har fortfarande anknytning till arbetsmarknad, bostad och vård av minderåriga barn. Kvinnorna hade emellertid svårt att hantera sin livssituation och upplevde, att de tillhör en i samhället illa sedd grupp, vilket ledde till skuld och skam. De ansåg behandlingen värdefull. Merparten av kvinnorna hade efter behandlingen helt slutat dricka eller drack en mindre mängd alkohol, bedömd som riskfri avseende fysiska och psykiska konsekvenser. Skillnader framkom beträffande olika grupper av kvinnor. 82 procent av kvinnorna var uppväxta med alkoholproblem hos en eller båda föräldrarna. Det fanns ett positivt samband mellan att ha en negativ relation till sin mamma och att ha två föräldrar med alkoholproblem. Det fanns också ett positivt samband mellan en upplevd negativ relation till sin mamma och relativt sett sämre behandlingsutfall jämfört med andra kvinnor. Vidare fanns skillnad beträffande personlighetsdrag och upplevd psykisk hälsa. Kvinnor som drack i genomsnitt samma mängd alkohol vid behandlingens start och vid avslutning kunde indelas i två grupper. Den ena gruppen visade personlighetsdrag som avvek signifikant från normalpopulationen (somatisk och psykologisk ångest, stresskänslighet, bitterhet och mistro). De skattade sin psykiska hälsa som ej tillfredställande. Den andra gruppen uppvisade drag som inte avvek från normalpopulationen och uppskattade sin psykiska hälsa som relativt tillfredställande. Kvinnorna i den första gruppen visade sig behöva signifikant flera besök för att nå samma resultat i behandlingen. Den mest belastade gruppen behöver således större behandlingsintensitet.

Två uppföljningsstudier visar behandlingsresultaten för två grupper psykosocialt utsatta missbrukande kvinnor, dels inom frivilligvård och dels inom tvångsvård. Laanemets (2002) beskriver, hur kvinnorna har en liknande problematik och ofta under lång tid har varit föremål för samhällsinsatser och ingripanden. Anmärkningsvärt är, att båda studierna visar på förhållandevis goda resultat trots kvinnornas tunga problematik.

Hedin (2003) visar i uppföljningen av den frivilliga institutionsbehandlingen vid Sofia behandlingshem för kvinnor (se Trulsson 2003b), att resultaten av den könsspecifika behandlingen, trots kvinnornas omfattande problem, visat sig goda. En tredjedel, en

grupp unga kvinnor (20-årsåldern) förmådde lämna drogmissbruket och förändra sin livssituation radikalt med utbildning, arbete och delvis nytt socialt nätverk, en tredjedel litet äldre kvinnor (30-årsåldern) förbättrade livssituationen t.ex. genom att erhålla egen lägenhet, börja studera och återknyta kontakten med barnen. En tredje grupp förmådde inte lämna drogmissbruket utan fick täta återfall och plågades fortsatt av vacklande hälsa och sociala problem av olika slag. De viktigaste elementen i behandlingen var långvarigheten, individuella stödjande och bearbetande samtal mellan kvinnan och hennes kontaktpersoner, samtalsgrupp med andra kvinnor och möjligheter att utveckla relationer i sociala nätverket genom eftervården. Den enkönade behandlingen utgjorde enligt Hedin (2003) en viktig förutsättning för att nå dessa resultat.

I en femårsuppföljning av kvinnor vårdade vid Lundens ungdomshem och LVM-hem under åren 1997–2000 har Fridell, Billsten, Jansson och Amylon (2009) beskrivit bakgrund, fysisk och psykisk sjukdomsbild samt vårdkonsumtion. Vid uppföljningen hade 48 procent av LVM-klienterna och 42 procent av LVU-klienterna det senaste året varit drogfria. Studien visar positiva resultat i linje med jämförbar frivillig behandling. Den belyser också om och hur kvinnornas psykiska problem påverkat resultatet avseende missbruk, kriminalitet och psykologisk situation. Därvid framkommer att kvinnor, som är drogfria eller blivit drogfria sista året, markant minskat sin kriminalitet och vårdkonsumtion. De visar också ett bättre subjektivt välbefinnande. En majoritet av kvinnorna uppger att vården vid Lunden bidragit till förbättringen. Sammanfattningsvis betonar forskarna nyttoperspektivet genom reducerade kostnader för kriminalitet och sjukvård. De efterlyser också bättre struktur och kontinuitet i eftervården som ett sätt att säkra stabiliteten i förbättringen som uppnåtts av LVM- och LVU-vården.

I sin avhandling ger Jansson (2010) en fördjupad bild av de vuxna och unga kvinnorna som vårdats vid Lunden och ger en inblick i institutionens verksamhet. Institutionen har i enlighet med nationella riktlinjer eftersträvat struktur, kontaktskapande aktiviteter och aktiv planering inför utskrivning. Personal och kontaktpersoner verkar också för att överbrygga ”kränkningen” över tvångsplaceringen. Aktiviteter i grupp innefattar bl.a. återfallsprevention och sex- och samlevnad tillsammans med barnmorska. Till det dagliga arbetet har lagts erfarenheter från kvinnobehandling

som individuella samtal, gemenskap med andra kvinnor, kontinuitet i insatser och att återfall diskuteras på ett icke fördömande sätt.

Femårsuppföljningen av kvinnorna vid Lunden (2010) har belyst psykiska problems inverkan på utfallet i behandlingen. Uppföljningen omfattade 132 kvinnor som deltagit i behandlingen mellan 1997 och 2000. Majoriteten (80 procent) av kvinnorna hade en hög nivå av personlighetsstörningar. Psykisk sjukdom var mindre vanlig (20 procent). Det vanligaste var samsjuklighet med narkotikaberoende och personlighetsstörning samt depression och ångestsymptom, men i mindre grad kronisk psykisk sjukdom. Behandlingen visar som framgått ovan (Fridell et al 2009) positiva resultat för kvinnorna i form av avbrutet eller minskat missbruk. Enligt Jansson (2010) förbättrades alla kvinnor med längre drogfrihetsperioder psykiskt. Därtill kom lägre antal domar för kriminalitet och mindre sjukhusvård. Uppförandestörningar (CD) och antisociala personlighetsstörningar visade sig däremot vara negativa prediktorer för behandlingsutfallet. Kvinnor med histrion, dependent- och tvångsmässiga personlighetsstörningar hade arbete i högre utsträckning än kvinnor med CD och undvikande personlighetsstörning. Kvinnorna vid Lunden skiljer sig från dem som vårdats inom Minnesota- och tolvstegsbehandling. Studier av tolvstegsmodellen av Berglund med flera (i Jansson 2010) visar att denna främst riktar sig till personer med en förhållandevis psykosocialt välfungerande situation och huvudsakligen tungt alkohol- eller tablett beroende. Patienter som remitterades till tolvstegsbehandling efter Lunden avbröt denna ganska snabbt. Enligt Jansson skulle en stor förändring av tolvstegsbehandling behövas beträffande ramar, hållning och typ av kunskaper hos behandlarna för att lyckas. Däremot bedöms strukturerad slutenvård och en obruten vårdkedja i öppenvård kunna bli framgångsrik också för den grupp kvinnor som vårdas vid Lunden.

Betydelsen av att i behandlingssammanhang uppmärksamma, att olika subgrupper av missbrukande kvinnor kan ha differentierade behov belyses av Alm, Berman, Kristiansson, Lindqvist, Palmstierna och Hellner Gumpert (2010). De har studerat könsskillnader beträffande återfall i brott bland psykiatriskt undersökta svenska lagöverträdare. Av studien framgår att sannolikheten att ingå i behandling är mindre för kvinnor än män, men att det inte föreligger könsskillnader när det gällde kvarstannande i behandling, fullföljande och resultat. Man konstaterar emellertid, att några resultatprediktorer kan vara könsspecifika. Det gäller subgrupper

av missbrukande kvinnor som har problem med sin psykiska hälsa. Vid jämförelse mellan grupper av kvinnor visade det sig, att samtliga kvinnor med upprepade lagöverträdelser saknade anställning. Det såg annorlunda ut för dem som inte återföll i brott. Av dem hade hälften anställning. Författarna refererade till Koon med flera (i Alm et al 2010), att anställda heroinmissbrukare hade högre utbildning och mer stabilt boende än de som var arbetslösa. De konstaterade, att anställning kan vara en källa till social kapacitet som skyddar mot kriminalitet. Vi tolkar det också som uttryck för, att ingå i ett socialt sammanhang, ha tryggad ekonomi och ett stabilt boende, minskar risken för kriminalitet. Beträffande våldsbrott visar forskningen allt mindre skillnader mellan könen. Fler kvinnor än män blev dömda till psykiatrisk tvångsvård, vilket indikerar allvarliga psykiska problem. Dessa resultat pekar på att kvinnor med "dubbeldiagnos", samsjuklighet mellan psykiska hälsoproblem och missbruk kan ha olika behov än kvinnor i andra populationer och män. Enligt författarna rör studien ett tidigare bristfälligt beforskat område, vilket får till följd, att resultaten kan få stor klinisk betydelse.

Sammanfattningsvis finns det inom både alkohol- och drogområdet många luckor i forskningen om missbrukande kvinnors problematik och behov av förebyggande och behandlande insatser. Speciellt gäller detta missbrukande flickor och unga kvinnor, där det närmast handlar om en avsaknad av studier. Kunskap behövs för att kunna differentiera olika subgrupper av kvinnor både avseende ålder, livsstil och de samhällsförhållanden kvinnorna ingår i. Samtidigt behövs studier som visar bredden av livsvillkor och därmed underlättar förståelsen av att var och en har en unik livssituation, vilket ställer krav på differentierade förebyggande och behandlande insatser.

### **14.11 Familjeperspektiv på missbruk**

När det gäller familjeperspektiv på missbruk innebär det problem att såväl behandlingsarbete som forskning är specialiserade på barn- respektive vuxenperspektiv. Här behöver den helhetssyn som präglade förarbetet till Socialtjänstlagen åter lyftas fram för att uppnå optimala resultat i samband med förebyggande arbete och behandlingsinsatser. Missbruksvård och missbruksforskning har en tendens att förbise barnperspektivet, samtidigt som forskning och

behandling i samband med social barnavård har en tendens att förbise de vuxna missbrukande föräldrarnas problematik, den vanligaste anledningen till samhällsinslaganden. Detta har belysts i kunskapsöversikten "Missbrukande föräldrar, utsatta barn och socialt arbete" (Andersson, Bangura Arvidsson, Rasmusson & Trulsson 2006). Att förbise kvinno- och barnperspektivet kan i förlängningen få kostbara känslomässiga och ekonomiska konsekvenser. Därför behövs vidareutveckling av insatserna inom detta område. Tillgång till behandlingsresurser och ett långvarigt stöd har avgörande betydelse (se t.ex. Andersson 2008).

SOU 1994:29: Barn, föräldrar, alkohol, delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen redovisar kunskapsläget, insatser och verksamheter för barn till missbrukare. Utredningen konstaterar, att anhöriga som lever med missbrukare påverkas och riskerar skadas i större eller mindre grad. Speciellt betonas konsekvenserna för barnen som alarmerande. Internationella studier bekräftar risk för psykiska och psykosomatiska symptom hos anhöriga, eget missbruk och förekomst av våld.

Barns problematik förknippad med vuxnas bruk av berusningsmedel och hur man ska förhålla sig vid upptäckten, att barn lever i familjeförhållanden präglade av föräldrarnas missbruk belyses av Hansen, Meen Lørvik, Mortensen, Huseby & Linderot (1994). De lyfter fram, hur barnens problem ofta är dolda för omgivningen under lång period, eftersom deras signaler om hjälpbehov inte uppmärksammas. Att missbruk är ett tabubelagt område bidrar till att barnen har svårt att berätta om sina problem. Hur barnen kan bemötas och tillgängliga behandlingsresurser beskrivs. Vikten av att behandling vid beroende och missbruk omfattar anhöriga påpekas, vilket ökar möjligheterna till tidig intervention (jfr. Socialstyrelsen – Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem – Avrapportering av regeringsuppdrag 2007).

## 14.12 Graviditet och missbruk

Problematiken kring graviditet och missbruk har sedan upptäckten av Fetalt Alkoholsyndrom (FAS) varit föremål för en rad svenska studier sedan 1970-talet och framåt. Av dessa framkommer vikten av insatser till förmån för kvinnor och barn i samband med graviditeten. Att graviditeten är en nyckelsituation också för

kvinnor med avancerat missbruk av alkohol och narkotika visar en studie av missbrukande mammors livshistoriska berättelser (Trulsson 1999, 2003b). De flesta kvinnorna i gruppen avbryter eller minskar sitt missbruk dels av hänsyn till barnen och dels genom ökad öppenhet för relationen till den egna mamman och andra kvinnor i samband med förberedelsen för barnet. Detta kan vara en bidragande orsak till att många studier visar speciellt positiva behandlingsresultat för gravida missbrukare och småbarnsmammor, men också att brist på stöd och betoning på repressiva insatser fått negativa konsekvenser (Andersson 1995, Eriksson 1998, Stenerot et al 1996, Trulsson & Nötesjö 2000). Moderskapet har visat sig vara en viktig drivkraft till att söka sig till och fullfölja behandling (Dahlgren & Willander 1991, Laanemets 2002, Trulsson 1999). Inom tvångsvård har skillnaderna mellan män och kvinnor blivit tydliga. För kvinnorna är skapande av en bra relation till barnen och att ta tillbaka ansvaret för sina medmänniskor viktiga mål. De ser ofta tvångsomhändertagandet som en nödhjälp och vill ha individuell samtalsbehandling. Männerna ser däremot vården som ett tvångsingrepp och vill inte ha någon behandling (Kurube 2004).

Erfarenheterna från Ambulatoriet, en uppsökande verksamhet för gravida missbrukare i samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, visar på gynnsamma resultat av att tidigt nå missbrukande kvinnor med stöd och behandling under graviditeten samt fortsatt uppföljande stöd under småbarnstiden. En övervägande majoritet av kvinnorna avbryter sitt bruk av alkohol under graviditeten, men en kvarstående grupp fortsätter ett drickande som innebär risk för fosterskador. (Björkhagen Turesson 2001, Österling 2002). De största städerna i landet har specialistmottagningar för gravida missbrukare, där inriktningen är en drogfri graviditet.

Allsidiga stöd och behandlingsinsatser initieras och eftersträvas, något som under det sista decenniet har försvårats av pga. ekonomiska neddragningar kraftigt minskad tillgång på behandlingsresurser såväl i institutionsvård som öppenvård. Sarman (2000) talar om det ökade opiatmissbruket i landet, problematiken kring vården av gravida opiatmissbrukare och konsekvenserna i form av neonatal abstinens (NAS) för fostret. Han belyser vinsterna med att centralisera vården av gravida missbrukare till speciella enheter, där det finns samlad kunskap om missbrukets sociala och medicinska konsekvenser. Internationell forskning visar att metadonexponerade barn har en hög sårbarhet och deras mentala status påverkas negativt

när omgivningsbetingelserna inte är optimala. Slutsatsen är enligt Sarman, att barnen och vårdaren behöver ökat stöd för att förbättra tidig kommunikation och kognitiv utveckling. Barnen bör också följas upp av specialistläkare med särskild kompetens.

Österling (2004) har gjort en summering rörande förebyggande och behandlande insatser under graviditeten. Hon talar om att nästan alla kvinnor i Sverige har kontakt med mödrahälsovården. Detta innebär goda möjligheter att upptäcka riskkonsumtion av alkohol och drogmissbruk. Vid avancerat alkohol- eller drogmissbruk krävs mer omfattande behandlingsåtgärder med fokus på både mödrahälsovård och missbruksbehandling. Detta leder till gynnsamma effekter för både mor och barn. Fortsatt stöd efter förlossningen, som fokuserar på stöd för barnen och utveckling av föräldrarollen är också betydelsefull. Detta kräver i regel ett multidisciplinärt arbetssätt med engagemang av både MVC, sjukvården, socialtjänsten och barnhälsovården. Behandlingsprogrammets karaktär och anpassning till målgruppens speciella behov ökar kvarstannande i behandling. Svenska erfarenheter visar att ett tvärsektorielt och långsiktigt stöd för gravida missbrukare förebygger återfall och ger barnen en bättre uppväxtmiljö. Österling konstaterar, att det finns vetenskaplig evidens för goda effekter när det gäller interventioner av behandling under graviditeten.

Göransson (2004) har studerat en grupp med knappt hälften av 300 förstföderskor aktuella vid två mödravårdscentraler. Dessa genomgick en särskild screening beträffande sina alkoholvanor före graviditeten och de tre första graviditetsmånaderna. Den andra gruppen kvinnor fick sedvanligt omhändertagande inom mödravården. I screeningen identifierades en grupp 15 procent av kvinnorna, som fortsatt dricka så mycket att det enligt internationellt etablerade riktlinjer kan anses skadligt för fostret. Oroande är enligt Göransson att nästan ingen av dessa kvinnor identifierades av mödravården. Detta har lett till vidareutbildning av barnmorskor i screening av alkoholkonsumtionen enligt AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification) och TLFB Timeline Follow back-intervjuer, vilket ledde till att barnmorskorna kom upp till en godtagbar nivå att med hjälp av screening kartlägga alkoholkonsumtion. Nästan alla kvinnor var villiga att diskutera sin alkoholkonsumtion, vilket Göransson tolkar som att graviditeten är en period i livet då kvinnor är beredda att ändra på sina vanor. Göranssons forskning har bidragit till utveckling av de förebyggande insatserna inom

mödrahälsovården inom ramen för Riskbruksprojektet som lett till utvecklings- och utbildningsinsatser inom hela landet.

### 14.13 Foster/barn som exponeras för alkohol och droger i samband med graviditeten

Österling (2004) förtydligar bilden av problematiken kring graviditet och missbruk. Hon talar om att kvinnors alkoholkonsumtion har ökat med 19 procent från 1997–2002. Alkoholkonsumtionen är högst bland yngre kvinnor, 20–21 år, men en särskilt oroande förändring har skett på senare år bland kvinnor i åldersgruppen 28–38 år. Denna ålder sammanfaller ofta med kvinnors familjebildning. Foster som alkoholexponeras under graviditeten riskerar att utveckla fetala alkoholskador, fetalt alkoholsyndrom (FAS), alkoholrelaterade störningar av nervsystemets utveckling (ARND) och missbildningar/organskador (ARBD). Amerikanska studier visar en drygt fyrfaldig ökning av riskkonsumtion från början till slutet av 1990-talet. En liknande oroande utveckling har även visat sig i svenska studier av gravida kvinnors alkoholvanor.

Enligt Österling (2004) visar kartläggningen av det tunga narkotikamissbruket (injektionsmissbruk eller annan huvudsakligen daglig användning) i Sverige 1979–1998 en ökning från 17 000 till 26 000 individer. Den genomsnittliga årliga ökningstakten är 2 procent mellan 1979–1992 och 6 procent 1992–1998, motsvarande 800 och 1 900 nya missbrukare/år för respektive tidsperiod. Andelen kvinnor har varit relativt stabil och utgör c:a 25 procent av narkotikamissbrukarna, varav många i fertil ålder. Narkotikaexponering under graviditeten och konsekvenser för fostret/barnet är mindre välstuderat än för alkohol. Djurstudier visar påverkan på fosterhjärnan med åtföljande beteendestörningar. I uppföljningar av barn till 4 ½ års ålder, som drogexponerats under fosterlivet och därefter fosterhemsplacerats i optimala omvårdnadsförhållanden har norska forskare funnit psykomotoriska och mentala störningar. Neonatal abstinens (NAS) kan utvecklas hos barnet efter födelsen. Detta är vanligt vid heroin(opiat)missbruk. Metadon och buprenorfin(subutex)assisterad behandling under graviditeten ger också en hög frekvens av neonatal abstinens, som i många fall kräver läkemedelsbehandling (vanligen morfin). Störningar i mag/tarmkanalen samt de centrala och autonoma nervsystemen och ger bl.a. symptom som kräkningar, diarréer, uppfödningssvårigheter, tremor,



irritabilitet, hyperaktivitet, stört sömnmönster och andnings-svårigheter. Kramper kan uppstå i 2–11 procent av fallen. Dessa barn kräver övervakning och slutenvårdsbehandling på neonatal-avdelning, där abstinensutvecklingen följs regelbundet med specifika bedömningsinstrument. Slutsatserna som Österling drar av studien är att det finns stora vinster att göra genom att centralisera vården av gravida kvinnor med missbruksproblem, där det finns kunskap samlad om missbrukets sociala och medicinska konsekvenser. Enligt Österling utgör metadonbehandlade kvinnor en högriskpopulation jämfört med icke missbrukande gravida kvinnor. Uppföljningsstudier rörande opiatmissbrukares barn pågår vid Familjesociala mottagningen, Huddinge sjukhus i Stockholm och Ambulatoriet i Malmö.

Moe (2002) och Slinning (2003), Moe och Slinning (2007) har genomfört en longitudinell studie av 78 prenatalt substansutsatta barn. Denna grupp jämfördes med en kontrollgrupp 58 barn. De 136 barnen har följts från spädbarnsålder tills de var 4 ½ år. (78 procent av barnen hade neonatal abstinens pga. opiater). Hela urvalet har blivit efterundersökt vid 8–9 års ålder. Studien initierades pga. att forskarna som kliniskt verksamma psykologer mötte ökande problem hos barnen vid Alinekliniken, den klinik som tar emot riskgravida och psykosocialt utsatta kvinnor i Oslo-området. I Norge hade från slutet av 1980-talet till slutet av 1990-talet antalet opiatmissbrukare fördubblats till cirka 12 000. Ytterligare ökning har skett under sista decenniet. Att barnen som föddes med abstinens uppvisade en rad symptom på sensoriska störningar och problem i relation till sina vårdare väckte personalens oro. Vårdarna var i de flesta fall fosterföräldrar, eftersom 80 procent av barnen placeras i fosterhem under sina första år. Arbetet med medicinsk behandling och uppföljning av abstinenserna skedde i nära samarbete med läkarna på barnavdelningen vid Ullevål sjukhus. Studien visar att de substansutsatta barnen hade bestående problem, vilket inverkadde på uppmärksamhet, aktivering, affekter och motoriskt handlingsmönster. Barnens labilitet och frekventa frustration ledde till brister i samspelet, vilket ställde stora krav på mor/vårdare i relation till barnet. Mödrarna fick en tendens att dra sig tillbaka. Foster- och adoptivföräldrar talade om relationsproblem. Pojkar visade sig vara speciellt utsatta beträffande adaptation, socialisation och inlärningsförmåga. De neonatala abstinenssymptomen ledde till överaktivt nervsystem, sömnstörningar, matproblem, irritabilitet. Barnen måste skyddas mot ljus och sinnesintryck. Skillnaderna

mellan dessa barn och barnen i kontrollgruppen var stora. De substansutsatta barnen kan ha svårt att ta emot sensorisk information, integrera, organisera och hantera den och följaktligen utveckla adekvat social respons. Minskad förmåga att hantera sinnesintryck kan resultera i sämre förmåga att modulera upphetsning och spänning, vilket visar sig i en emotionell instabilitet/labilitet, hyperaktivitet, desorganiserat uppträdande och inlärningsproblem. Detta ställer enligt Slinning och Moe krav på större medvetenhet om de pre- och perinatale riskfaktorerna förknippade med perinatal substanspåverkan. De betonar behovet av ökad kunskap i förskolor, skolor, psykiska hälsokliniker, sjukhus, alkohol- och drogbehandlingsprogram.

De kliniska tecken på substansers påverkan på hjärnans strukturer som framkommit (Moe 2002, Slinning 2003, Moe & Slinning 2007) har ytterligare belysts av två neuroradiologiska studier av neonatalt substansutsatta barn. I den första studien (Walhovd, Slinning, Due-Tonnesen, Bjornerud, Dale, van der Kuowe, Qvinn, Kosofsky Greve & Fischl 2007) deltog 15 substansutsatta barn och 15 kontrollbarn. Vid 11 års ålder jämfördes, med hjälp av magnetresonanstomografi (MRT), karaktäristika i hjärnvolum hos barnen som prenatalt utsatts för opiater och andra substanser med barnen i kontrollgruppen. Inga tidigare MRT-studier av dessa grupper av barn har genomförts. I denna studie framkom en generellt mindre hjärnvolum hos de substansutsatta barnen. Speciellt områdena pallidum och putamen var reducerade i riskgruppen (reducerad hjärnvolum och skador i dessa områden har associerats med uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet i andra grupper). Man fann också att större problem med uppmärksamhet och socialt fungerande i gruppen kunde förknippas med mindre tjocklek på hjärnbarken i ett speciellt område (höger laterala orbitofrontala cortex).

I den andra studien (Walhovd et al 2010) jämförde forskarna en grupp av 14 prenatalt substansutsatta 11-åringar med en lika stor kontrollgrupp 10-åringar. Med hjälp av s.k. DTI- (diffusion tensor imaging) teknik fann man skillnader i graden av myelinisering av nervfibrerna (hjärnans s.k. vita substans) mellan de substansutsatta barnen och kontrollgruppen. Det finns enligt forskarna en rad andra variabler som kan spela in förutom substans exponeringen men fynden kan tyda på att denna kan ha påverkat isoleringen av nervförbindelserna i hjärnan, vilket bland annat kan innebära att

barnen behöver mer tid att ta in och bearbeta information än barnen i kontrollgruppen.

Förekomst och grad av neonatal abstinens (NAS) i samband med underhållsbehandling av gravida opiatmissbrukande kvinnor har studerats av Bakstad, Sarfi, Welle-Strand & Ravndal (2009). I studien undersökte man huruvida moderns metadon/bruprenorfin-dos och nikotinbruk under graviditeten påverkar förekomst och varaktighet avseende neonatal abstinens hos barnen. I en nationell prospektiv studie intervjuades 38 kvinnor under sista trimestern och 3 månader efter förlossningen. Neonatal abstinens (NAS) i behov av behandling inträffade för 58 procent av de metadon-exponerade och 67 procent av de buprenorfin-exponerade barnen. Det fanns inga signifikanta samband mellan moderns dos av metadon och buprenorfin och NAS-behandling för barnet. Däremot korrelerade antalet konsumerade cigaretter med varaktigheten i NAS-behandlingen. (Enligt Ravndal visar preliminära, ännu inte analyserade, data efter 2 och 4 år, att barnen har större problem att koordinera olika kroppsdelar än barnen i kontrollgruppen och att mödrarna har sämre förmåga att tolka barnens signaler och mindre sensitivitet än mödrarna i kontrollgruppen. Mödrarna i metadon-gruppen är mer deprimerade än övriga mödrar).

Kakko, Heilig och Sarman (2008) har jämfört effekterna av fetal exponering för buprenorfin och metadon vid underhållsbehandling av gravida heroinister. Studien omfattade samtliga 39 gravida kvinnor med opiatberoende och buprenorfinunderhållsbehandling i Stockholms kommun, som ingick åren 2001–2006. Neonatalt abstinenssyndrom (NAS), i de flesta fall av mild karaktär, inträffade i 40 procent av de buprenorfinexponerade fallen. Gruppen jämfördes med 35 barn födda vid samma sjukhus efter intrauterin metadonexponering. Där resulterade 77 procent av fallen i NAS av vilka 52 procent av barnen behövde abstinensbehandling. Fördelarna med buprenorfinunderhållsbehandling var, att födelsevikterna var högre till följd av längre graviditet. Incidensen av NAS, som krävde farmakologisk behandling, var lägre och slutenvårdstiden var kortare. Denna icke randomiserade jämförelse talar enligt forskarna för att buprenorfin kan innebära fördelar vid behandling av gravida heroinister som inte uppnått stabilitet utan underhållsbehandling.

Behovet av ytterligare forskning blir tydligt, eftersom ovanstående studier av underhållsbehandling i samband med opiatmissbruk visar olika utfall.

## 14.14 Avslutande reflexion

Sedan mitten av 1980 talet har i Sverige kvinnors utsatta situation i terapeutiska samhällen för män och kvinnor uppmärksammas (Björling 1986, Segraeus 2005). Detta har lett till att det under de sista decennierna vuxit fram en rad olika enkönade behandlingar för kvinnor främst olika typer av frivillig institutionsbehandling med miljöterapeutisk inriktning, Minnesotabehandling och religiöst inriktad behandling. De olika behandlingsformerna har varit föremål för flera studier (t ex Fridell 2002, Hilde 2002, Hedin 2003, Holmberg 2000, Laanemets 2002, Trulsson 2000, 2003b). Motsvarande enkönad behandling för män saknas i stort sett. Det gäller också studier om mäns specifika behov i samband med missbruksbehandling.

Det finns bara en svensk studie som genom djupintervjuer specifikt studerat faderskapets betydelse för missbrukande och socialt utsatta män. Bangura Arvidsson (2003) beskriver de missbrukande papporna som "Ifrågasatta fäder". Åtskilliga pappor vill vara delaktiga fäder, men betraktas av sociala myndigheter enbart som missbrukare, trots att de anser sig kapabla och viktiga i barnens liv. I fokus för socialtjänsten är de missbrukande mammorna både beträffande olika insatser och när det gäller ansvaret för barnen.

Inom tvångsvården har huvudmannen Statens Institutionsstyrelse satsat på kunskaps- och verksamhets utveckling. Forskning utifrån ett genusperspektiv beskrivs av Segraeus (2005). Ett dokumentationssystem har utvecklats såväl för ungdomsvården ADAD och för vuxenvården DOK, där alla data redovisas utifrån kön. För närvarande pågår en kartläggning av gravida missbrukare inom SiS (Se T. Reitan SiS). Jansson och Fridell (2003) har studerat problematik och behandlingsinsatser i samband med vården av kvinnor och unga flickor vid tvångsinstitutionen Lunden. SiS har sedan starten 1994 haft inriktningen att all tvångsbehandling för vuxna män och kvinnor ska vara enkönad. All vård av ungdomar ska också förläggas till enkönade avdelningar.

Att förhållandevis lite uppmärksamhet har ägnats åt forskning som studerar könsskillnader mellan missbrukande män och kvinnor avseende drogsituation och insatser har belysts av Trulsson och Hedin (2005). Det riskerar leda till att missbruksvård och forskning styrs utifrån en hegemonisk maskulinitet och att den

sociala barnvården och forskningen om barn och unga tenderar att ha sin utgångspunkt i moderskap och en hegemonisk femininitet.

Bland missbrukande, socialt utsatta ungdomar och vuxna är flickor/kvinnor i minoritet. Studier om prevention och behandling, som inte beaktar könsaspekter, tenderar därför att ha sin grund i kunskap om en majoritet av pojkar/män och speglar därför en hegemonisk maskulinitet. Detta gör att flickor/kvinnor och män som inte passar in i traditionellt manliga missbruksmönster tenderar att förbises. Exempel på detta framgår i kunskapsöversikter, dels om social ungdomsvård som främst grundar sig på studier av ungdomar utan att specificera pojkar och flickor (Andreassen 2003), och dels om behandling av vuxna missbrukare SBU – Behandling av alkohol- och narkotikaproblem – en evidensbaserad kunskapssammanställning (Statens beredning för medicinsk Utvärdering 2001). Den senare rapporten belyser missbruksbehandling utan att närmare lyfta fram mäns och kvinnors specifika behov. Enligt Helmersson-Bergmark (2001) innehåller flertalet studier, som granskats och där könsstrukturen redovisas, enbart män eller en mycket stor majoritet män i respondentgrupperna. Den slutsats hon drar är att kvinnor fortfarande utgör en minoritet i missbrukskollektiven. Behandlingssystemen är följaktligen uppbyggda för mäns behov. Kvinnor förefaller mindre intressanta för utvärderarna. Hur kvinnors missbruk ser ut och vad som utgör de bästa insatserna för missbrukande kvinnor tenderar att förbises. Fridell (2002) lyfter också fram denna problematik i anslutning till sin medverkan i SBU-rapporten. Han konstaterar vid en genomgång av cirka 130 artiklar med randomiserade och kontrollerade studier av behandling för narkotikamissbruk gjorde mycket få ens post hoc-jämförelser av könsskillnader. Följaktligen kan man se risk för ogynnsamma konsekvenser, om samhällets insatser inom missbruks- och beroendevården tenderar att grunda sig främst på evidensbaserade kunskapssammanställningar beträffande större populationer utan könsperspektiv, samtidigt som kvalitativ forskning och forskning som beaktar könsperspektivet kommer i skymundan.

I ett samhälle i förändring skulle fördjupad kunskap utifrån ett könsperspektiv på manligt och kvinnligt missbruk kunna gynna och nyansera utvecklingen av förebyggande och behandlande insatser. Insatserna skulle bli mer individuellt anpassade, men också inkludera individen och omgivningen. Ett familjeperspektiv, inkluderande män och kvinnors missbruksproblematik och de utsatta

barnens behov behöver vidareutvecklas. Sett i det perspektivet är långsiktiga förebyggande och behandlande insatser för gravida missbrukare och småbarnsföräldrar och deras barn av stor betydelse. Barnen och vårdaren behöver ökat stöd för att förbättra tidig kommunikation och barnets kognitiva utveckling. Barnen bör också följas upp av specialistläkare med särskild kompetens. Det visar de studier som här presenterats rörande foster/barn som exponerats för alkohol och droger i samband med graviditeten.

### 14.15 Sammanfattning

Detta är en sammanställning av forskningsläget när det gäller kvinnors missbruk och behandling samt deras barns utsatta situation. Studier om kvinnors missbruk och behandling har ökat under de senaste två decennierna. I dag vet man att kvinnor under sin livstid har lägre sannolikhet att få vård och behandling för sitt missbruk än män. De har flera barriärer att övervinna, brist på insatser för gravida, rädsla för omhändertagande av barnet och brist på barnomsorg i anknytning till vården och sist men inte minst rädslan för stigmatisering, som gör att kvinnan försöker dölja sitt missbruk och drar sig för att söka vård.

Trots att kvinnors alkohol- och drogvanor genomgått en stor förändring de sista decennierna lever traditionella könsmonster kvar, vilka bidrar till skuld och skam hos kvinnor med alkohol- och drogberoende. Kön i sig är inte relaterat till behandlingsutfall, men flera av de faktorer som är relaterade till utfall finns i högre grad hos hjälpsökande kvinnor. Det är därför viktigt att studera olika subgrupper av kvinnliga missbrukare och deras behov i både i öppen- och institutionsvård. Målgruppen innefattar kvinnor i olika livssituation från socialt integrerade alkoholberoende kvinnor till socialt utsatta alkohol- och narkotikamissbrukande kvinnor. Forskningen visar ex vis att psykiska problem och psykiska störningar är vanliga bland kvinnliga missbrukare. De mest utsatta kvinnornas sociala situation är ofta sämre än männens och de är ofta mer fysiskt nedgångna när de söker vård. Dessa faktorer är förknippade med sämre utfall. Behandlingsprogrammen innehåller ofta inte de insatser som kvinnor har särskilda behov av, som till exempel individuella samtal både för socialt stöd och för att bearbeta trauman och känslor av skuld och skam, att utveckla kvinnogemenskap i grupp samt stöd i föräldrarollen och i relation

till barnet. Behovet av långsiktighet och kontinuitet i behandlingen behöver också uppmärksammas. Speciellt bristfällig är kunskapen om missbrukande flickors och unga kvinnors problematik och behov i behandling.

Det framgår att det klart behövs ett familjeperspektiv på missbruksvård. Som det är i dag handlar missbruksforskning mest om vuxna missbrukande män och forskning om socialvård av barn och ungdom behandlar ofta inte föräldrarnas problematik. Barnens problem är ofta dolda för omgivningen under lång tid. Missbruk är tabubelagt. Föräldrar riskerar vårdnaden om det framkommer att det finns grava missbruksproblem i familjen. Graviditeten är en nyckelsituation för kvinnor med avancerat missbruk av alkohol och droger. De flesta kvinnor avbryter eller minskar sitt missbruk när de är gravida, men återupptar det några månader efter födelsen om de inte får fortsatt stöd och hjälp. Fortsatt stöd för utveckling av föräldrarollen och till barnen är viktig. Det kräver ett multidisciplinärt arbetssätt med engagemang av både socialtjänst och hälsovård. Behandlingsprogrammen måste vara anpassade till målgruppens behov.

Det finns tidigare belyst vilka konsekvenser som alkoholmissbruk kan få för barns utveckling. Narkotikaexponering under graviditet och konsekvenser det får för fostret/barnet är mindre studerat. Nu finns studier som visar på att Neonatal abstinens (NAS) kan utvecklas hos barnet efter födseln. Detta är vanligt vid heroin (opiat) missbruk. Metadon och buprenorfin under graviditeten ger också hög frekvens av Neonatal abstinens (NAS) som ofta kräver läkemedelsbehandling. Även mer långsiktiga skadeverkningar har observerats. En norsk studie med uppföljning av barn vid 4 ½ års ålder som exponerats för narkotika som foster visar, att substansutsatta barn har bestående problem, vilka inverkar på uppmärksamhet, aktivering, affekter och motorik. Barnens labilitet och frustration ledde till brister i samspel mellan mor och barn. Majoriteten av barnen hade fosterhemsplacerats. Vid 11 års ålder jämfördes 15 substansutsatta barn med 15 kontrollbarn. Resultaten visade en generellt mindre hjärnvolymer hos de substansutsatta barnen. Dessa fynd och tidigare kunskap om alkoholens skadeverkningar visar på behovet av att tidigt upptäcka och stödja gravida kvinnor med riskbruk och missbruk av alkohol och narkotika. Långsiktiga förebyggande och behandlande insatser för gravida missbrukare och småbarnsföräldrar och deras barn är av stor betydelse.

## Referenser

- Alm C., Berman A.H., Kristiansson M., Lindqvist P., Palmstierna T. & Hellner Gumpert C. (2010). "Gender differences in reoffending among psychiatrically examined Swedish offenders", *Criminal Behaviour and Mental Health*. – In press.
- Andersson, G. (1995) *Barn i samhällsvård*, Studentlitteratur, Lund.
- Andersson, G. (2002) "Fosterbarn ur ett könsperspektiv, Nordisk Socialt Arbeid. Tema barnavård. Nr. 1, s. 35–41.
- Andersson, G. (2008) "Foster children – a longitudinal study of placements and family relationships." *International Journal of Social Welfare* DOI: 10.1111/j. 1468–2397.2008.00570.
- Andersson, G., Bangura Arvidsson, M., Rasmusson, B. & Trulsson, K. (2006) "Missbrukande föräldrar, utsatta barn och socialt arbete", *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift*. Nr. 1, s. 45–56.
- Andersson, C. (1993) *The Children of Maria*. Acta Universitatis Upsaliensis: Göteborg.
- Andersson, C. (1996) "Om struliga flickor och bemötande" I Armelius m.fl. (red.) *Vård av unga med sociala problem – en forskningsöversikt*. Stockholm: SiS/Liber Utbildning.
- Andreassen, T. (2003) *Institutionsbehandling av ungdomar – vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia.
- Ashley, O.S. Marsden, M.E. & Brady, T.M. (2003). "Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Nr. 29, s. 19–53.
- Bakstad, B., Sarfi, M., Welle-Strand, G.K. & Ravndal, E. (2009) "Opioid Maintenance Treatment during Pregnancy: Occurrence and Severity of Neonatal Abstinence Syndrome". *European Addiction Research*. Nr. 15, s. 128–134.
- Bangura Arvidsson, M. (2003) *Ifrågasatta fäder – Olika bilder av fäder till socialt utsatta barn*. Lund: Lund Dissertations in Social Work, nr 13.
- Bergmark, A., Björling, B., Grönbladh, L. Oscarsson, L. & Segraeus, V. (1989) *Klienter i institutionell narkomanvård*. Uppsala: Uppsala Universitet, Pedagogiska Institutionen.
- Bjerrum-Nielsen, H. & Rudberg, M. (1991) "Jenters vej till rusmiddel, ett socialiseringsperspektiv", *Kön, rus och diciplin*,



- Nordiska nämnden för alkohol och drogforskning, NAD publikation nr. 20.
- Björkhagen Turesson A. (2001) *De första fem åren*. FoU Skåne. Skriftserie 2001:3.
- Björling, B. (1986) "Att synliggöra kvinnor" Kvinnor alkohol och behandling. Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning, *NAD publikation nr. 13*.
- Blomqvist, J. (2002) *Att sluta med narkotika – med och utan behandling*. Stockholms Stad. FoU-rapport, nr 2.
- Byqvist, S. (1997). *Svenska narkotikamissbrukande kvinnor och män – missbruksförlopp och kriminalitet*. Stockholms Universitet. Socialhögskolan. Rapport i socialt arbete nr 84 – 1997.
- Dahlgren, L. (1984) "How did the women in the early treatment of alcoholic women project fare? Report two years later". *Läkartidningen* 81: 4527-31.
- Dahlgren, L. & Willander, A. (1991) "Vilka kvinnor söker hjälp för alkoholproblem, och vilka går det bra för?", *Läkartidningen*, vol. 88, 632–635.
- Dahlgren, L. (1992). "Behandling av kvinnliga alkoholmissbrukare", *Socialmedicinsk Tidskrift*, nr. 8, 1992, 390–394.
- De Wilde, J. (2005). *Gender-specific profile of substance abusing women in therapeutic communities in Europe*. Ortopedagogische Reeks Gent. Nummer 24. Ak. avhandling.
- De Wilde, J. & Trulsson, K. (2006). "Women in European Therapeutic Communities: Conclusions of the BIOMED Project", *International Journal of Therapeutic Communities*. Nr. 1. s. 125–149.
- Duckert, F. Lossius, K. Ravndal, E. & Sandvik, B. *Kvinner og Alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksson, E. (1998) *Nu är jag mamma...* Stockholm: Familjesociala mottagningen, Huddinge sjukhus.
- Fridell, M. (2002) Kvinnor med narkotikaberoende – före, under och efter behandling i Leissner & Hedin (red.): *Könsperspektiv på missbruk* Stockholm: Bjurner och Bruno.
- Fridell, M., Billsten, J., Jansson, I. & Amylon, R. (2009) *Femårsuppföljning av kvinnor vårdade vid Lundens ungdomshem och LVM-hem*. SiS följer upp och utvecklar, nr 1.

- Greenfield, S., et al (2007) Substance abuse treatment entry, retention and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol dependence*.86 s. 1–21.
- Göransson, M. (2004) *Alcohol Consumption during pregnancy – How do we separate myth from reality*. Stockholm University, Neurotec Dep. Division of Psychiatry. (Ak avhandling).
- Hansen, F., Meen Lorvik, I., Mortensen, O., Huseby, T. & Linderot S. (1994) *Barn i familjer med missbruksproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Haver, B. & Dahlgren, L. (1995) "Early treatment of women with alcohol addiction (EWA): a comprehensive evaluation and outcome study. I. Patterns of psychiatric comorbidity at intake. *Addiction*: 90, s. 101–109.
- Haver, B. Gjestad, R., Lindberg, S. & Franck J. (2009) "Mortality risk up to 25 years after initiation of treatment among 420 Swedish women with alcohol addiction. *Addiction* :104, s. 413–419.
- Hedin UC (2003): *Se ... jag är värd något. En utvärdering av Sofia behandlingshem i Malmö*. Stockholm: Kvinnoforumgruppen.
- Helmersson Bergmark, K. (2001) "Alkoholforskning om kvinnor – från marginalitet till möjlighet", CAN 100 år. *Alkohol & Narkotika*. Nr 6.
- Hilte (2002) "Den missbrukande kvinnan, Om självregleringstekniker och subjektformer inom missbrukarvården. Leissner, T. & Hedin, U-C (red.). *Könsperspektiv på missbruk*: Bjurner och Bruno AB, Stockholm.
- Hirdman, Y. (1988) "Genussystemet – Reflektioner kring kvinnors sociala underordning". *Kvinnovetenskaplig tidskrift, nr 3*, 49–63.
- Hirdman, Y. (2001) *Genus – om det stabila föränderliga former*. Malmö: Liber AB.
- Holmberg (2000) *Aspekter av kvinnosynen i missbruksbehandling – Empiriska exempel och teoretiska funderingar*. Sköndalsinstitutets Arbetsrapportserie. Nr. 14.
- Hoverak, O. & Bye, E. *Det norske drikkemonstret. En studie basert på intervjudata fra 1973–2004*. SIRUS-rapport 2/2007: Oslo
- Jansson, I. & Fridell, M. (2003) *LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden. Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor: SiS följer upp och utvecklar*. Nr. 1.

- Jansson, I (2010) *Femårsuppföljning av tvångsvårdade kvinnor – Inverkan på det psykiska utfallet*. Akademisk avhandling. Institutionen för psykologi, Lunds Universitet.
- Kakko J., Heilig, M. & Sarman, I. (2008) "Buprenorphine and methadone treatment of opiate dependence during pregnancy: Comparison of fetal growth and neonatal outcomes in two consecutive case series". *Drug and Alcohol Dependence*. s. 69–78.
- Kurube, N. (2004) *Det förlorade livet eller livet som oändlig kamp*. Statens Institutionsstyrelse. Forskningsrapport nr. 2.
- Laanemets, L. (2002) *Skapande av femininitet, om kvinnor i missbrukarbehandling*. Lund Dissertations in Social Work. Nr 8.
- Moe, V. (2002) *A prospective, longitudinal study of children prenatally exposed to drugs. Prediction and developmental outcome at 4 years*. Dr.grads avhandling, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Nelson-Zlupko, L., Dore, M.M., Kauffman, E., Kalltenbach, K., (1996) Women in recovery: their perception of treatment effectiveness. *J Substance Abuse Treatment* 13, 51–59.
- Olofsson, M. (1991). Gravide misbrugere og deres born I: Kön, Rus och Dicipin – en nordisk antologi, *NAD-publikation nr. 20*.
- Ramström: J. (1983) *Narkomani*. Tiden Folksam, Stockholm.
- Ravndal, E. (1994) *Drug abuse, Psychopathology and Treatment in a Hierarchical Therapeutic Community, A Prospective Study*. Department of Behavioural Sciences in Medicine, University of Oslo.
- Sarman, I. (1991) "Metadonbehandling under graviditet och dess effekter på barnet": *Läkartidningen*, vol. 97, nr 18, 2000.
- SBU (Statens Beredning för medicinsk utvärdering) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsöversikt*. Rapport nr 156, 2001.
- SBU (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem – En kunskapsöversikt*. Statens beredning för utvärdering av Medicinsk vård. Stockholm.
- Scheffel Birath (2010) *Women with Alcohol Problems Seeking Treatment – Underlying individual and psychosocial characteristics*. Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm. (Ak avhandling).

- Segraeus, V. (2005) "Terapeutiskt samhälle – Kvinnobehandling på männens villkor". *Kön, behandling och kunskap*. (Hilte, M. red.) Studentlitteratur: Lund.
- Sjöblom, Y. (2002) *På väg ut: när ungdomar rymmer och kastas ut hemifrån – ur socialtjänstens perspektiv*. Rapport i socialt arbete 103. Stockholm: Stockholms Universitet. (Ak. avhandling).
- Slinning, k. (2003) *A prospective, longitudinal study of children prenatally exposed to substances: With special emphasis on attention and self-regulation*. Dr.grads avhandling, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Slinning, K. & Moe, V. (2007) *Forskning i klinikk – Langtidsoppfølging av spedbarn som har vært eksponert for rusmidler i fosterlivet*. Aline spedbarnsenter 107 – 2007.
- Socialstyrelsen (2004) *Jämställd socialtjänst? – Könsperspektiv på socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007) *Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem – Avrapportering av regeringsuppdrag*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1994:28 *Kvinnor och Alkohol, delbetänkande av Alkoholpolitiska Kommissionen*. Socialdepartementet: Stockholm.
- SOU 1994:29: *Barn, föräldrar, alkohol, delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen*. Socialdepartementet: Stockholm.
- Spak, F. (1999). "Mäns alkoholproblem – vad kan vi lära från studier av kvinnor och alkohol?" *Nordisk Alkohol & narkotikatidskrift*. Nr. 3.
- Spak, L. (2001) *Women and alcohol: Early background factors and aspects of comorbidity*. Avdelningen för socialmedicin, institutionen för samhällsmedicin. Göteborgs Universitet (Ak avhandling).
- Steneroth, G. Eriksson, M. Jonsson, L. Billing & Zetterström, R. (1996) "Support to drug-addicted parents: a help to the children?" *Scandinavian Journal Soc. Med.* Vol. 24, nr.3.
- Sun, A.- P. (2006). "Program factors related to women's substance abuse treatment retention and other outcomes: A review and critique." *Journal of Substance Abuse Treatment*. Nr. 30, s. 1–20.
- Svensson J. & Svensson B. (2005) *Speed – om ungdomars erfarenheter av narkotika utomlands*. Mobilisering mot narkotika. Rapport nr. 7.

- Trulsson, K. (1998). "Det är i alla fall mitt barn" – En studie om att vara missbrukare och mamma. Oskarshamn: Carlssons Bokförlag.
- Trulsson, K. (1999) "Motherhood and drug abuse" *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift Vol. 16. 1999 (6)*.
- Trulsson, K. (2000) "The identity of women and treatment of drug abuse". *Socialvetenskaplig Tidskrift nr. 1–2 2000, 120–136*.
- Trulsson, K. & Nötesjö, G. (2000). *Semillan ett frö i god jord – Om öppenvård för gravida missbrukare och småbarnsfamiljer*. Stockholm Qlara Management AB.
- Trulsson, K. (2003 a) "Masculine and feminine in a melting pot – A gendered perspective on substance abuse" *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift Vol. 20. 2003, s. 5–19*.
- Trulsson, K. (2003 b) *Konturer av ett kvinnligt fält – Om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling*. Lund: Lund Dissertations in Social Work, nr 12.
- Trulsson, K. & Hedin, U-C. (2005). Gender Differences“. Statens Folkhälsoinstitut. *2005 National report (2004 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point – Sweden – New Development, Trends and indepth information on selected issues, s. 46–88*.
- Trulsson, K. (2008) *Det slutna tjejrummet – Missbrukande flickor i tvångsvård*. SiS följer upp och utvecklar. Nr. 1.
- Tuchman,E. (2010) Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. *Journal of Addictive Deseases, 29:2, 127–138*.
- Walhovd, K., Moe, V., Slinning, K. Due-Tonnesen, P., Bjornerud, A., Dale, A.M. van der Kuowe, A., Quinn; B.T. Kosofsky, B., Greve, D. & Fischl, B. (2007) "Volumetric cerebral characteristics of children exposed to opiates and other substances in utero". *NeuroImage, 36, s. 1331–1344*.
- Walhovd, K., Westlye, L.T., Moe, V., Slinning, K. Due-Tonnesen, P., Bjornerud, A., van der Kuowe, A., Dale, A.M. & Fjell, A.M. "White Matter Characteristics and Cognition in Prenatally Opiate- and Polysubstance-Exposed Children: A Diffusion Tensor Imaging Study". *AJNR Am J Neuroradiol 31: May 2010*.
- Öjehagen, A (1994) "Kvinnor och alkoholmissbruk" – *Behandling av alkoholproblem – En kunskapsöversikt*, Liber Utbildning, Stockholm.

Österling, A. (2002) "Gravid och missbrukare". I Leissner & Hedin (red): *Könsperspektiv på missbruk*: Bjurner och Bruno AB, Stockholm.

Österling, A. (2004) "Gravida missbrukare – en översikt. Upptäckt och behandling": *RAM-läsa – Linköpingskonferensen 6–8 oktober 2004*, s. 17–20.