

BULLETIN



Svensk förening för Beroendemedicin

www.svenskberoendemedicin.se



Nummer 4 | nov 2018 | Årgång 29

6 Kvinnor och våld

22 Kunskapspriset 2018



16 Jämlikhet på promillenivå

13 Coca Cola - kokain, cannabis?

5 Kokainsmuggling skakar Antwerpen

15 DRUG REPORT 2018

23 Vad är meskalin?



5 Naloxonkit på plats

20 Framtidsspaning



4 Medberoende diagnos?

2019 BLIR ETT
JUBILEUMSÅR
— DÅ FYLLER
BULLETIN 30 ÅR

Svensk förening för Beroendemedicins studiebesök 2018

Portugals nya narkotikaprogram: Humanism, pragmatism, professionalism

Historien om Portugals nuvarande narkotikapolitik började 1974. Då störtades på fredlig väg den nästan 40 åriga diktaturen i Portugal. Landet hade varit stängt och människorna hårt kontrollerade, den nya friheten innebar tyvärr ett kraftigt ökat inflöde av droger, som man kanske inte till fullo förstod riskerna med. Dessutom återvände soldaterna med nya drogvanor från de forna kolonierna där inte minst haschrökning varit vanligt. I början av 90 talet var det skadliga bruket och beroendet av droger mycket utbrett och nästan alla kände någon som var drabbad. Ur detta växte ett starkt behov av en förändrad och effektivare narkotikapolitik.

Det var denna politik och betydelsen av den, som vi reste till Lissabon för att höra mer om. Styrelsen fick kontakt med Elsa Maia ansvarig för internationella relationer på SICAD, Portugals General-Direktoratet för interventioner gällande beroende. Elsa hjälpte oss att planera ett program, som skulle innefatta flera olika



Metadonutdelning från ambulerande metadonbuss (foto Sternebring).

aspekter av deras omhändertagande av skadligt bruk och beroende av droger.

I nästa nummer av Bulletin kommer ett utförligt reportage från denna minnesvärda studieresa.

FÖRENINGSMÖTE

Vi ses i Stockholm på mottagningen **Riddargatan 1**
Samling 16.00

Förutom årsmötesförhandlingarna får vi en presentation av föreningens *Kliniska Riktlinjer i öppenvård* som sammanställts av våra experter på uppdrag av Svensk Psykiatrisk Förening.

Under mötet står en liten delikat italiensk buffé uppdukad.
Till denna dricker vi ett utvalt sortiment av Sysebolagets alkoholfria drycker.

Alla medlemmar varmt välkomna!

Styrelsen 2018

Ordförande

Åsa Magnusson
Stockholm

Vice ordförande

Joar Guterstam
Stockholm

Facklig sekreterare

Bengt Sternebring
Malmö

Vetensk. sekreterare

Anders Håkansson
Malmö

Kassör

Gulber Asanovska
Malmö

Överiga ledamöter

Sven Andréasson
Stockholm

Cathrine Rönnbäck
Göteborg

Sven Wählin
Stockholm

Hanne Tønnesen
Malmö

Karin Stolare
Uppsala

Markus Heilig
Linköping

Martin Olsson
Malmö

Martin Hammar
Göteborg

Lösenord 2018

På vår hemsida kommer du under året att hitta dokument som är avsedda enbart för medlemmar. Du avkrävs ett lösenord och detta är under 2016 **bulle181**



Tidskriften BULLETIN är inte kodad

AVHANDLING

Johan Nordgren försvarade under 2017 sin avhandling *Making Drugs Ethnic - Khat and minority drug use in Sweden* vid fakulteten för Hälsa och Samhälle vid Malmö universitet. Fakultetsopponent var docent Matilda Hellman, Helsingfors universitet.

Avhandlingen baseras på fyra vetenskapliga artiklar som handlar om diskurser och problemrepresentationer om kat-användning och "missbruk bland invandrare".

Nya datalagringslagen (GDPR) och vårt medlemsregister

Svensk förening för Beroendemedicins medlemsregister förvaras i en datafil som finns enbart (inga kopior) hos föreningens sekreterare. Registret innehåller inga andra uppgifter än de som lämnas av den sökande medlemmen.

Medlemsregistret används endast för kommunikation med dig som medlem, egentligen endast för adressering av medlemsskriften Bulletin och mailutskick i samband med information om föreningen.

Är du medlem av Sveriges Läkarförbund finns ditt medlemskap (namn och mailadress förmedlas från Svensk förening för Beroendemedicin en gång om året) för betalning av årsavgiften till SFB (detta är en hjälp för föreningen enligt årsmötesbeslut sedan många år).

Föreningens medlemsregister publiceras aldrig, förmedlas eller säljes aldrig till någon.

Att avstå från medlemsregistrering är detsamma som att begära utträde ur föreningen.



Arvid Carlsson blev 95 år!

Han fick Nobelpriset i fysiologi/medicin tillsammans med amerikanerna Paul Greengard och Eric R Kandel år 2000. Motiveringen till professor Carlsson var "för upptäckter rörande signalsubstanser i nervsystemet", närmare bestämt dopamin och serotonin.

Det var forskning som startade under 1950-talet och han var aktiv praktiskt taget till nu. För beroendesjukdomarna har framförallt dopamin och närliggande system haft stor betydelse för den efterföljande forskning som inte minst hans efterträdare, professor Jörgel Engel och hans forskargrupp, fortsatt utveckla.

Foto: Sternebring

Som medlem i föreningen

har du möjlighet att söka vårt **Stipendium** för fördjupad alkohol- och drogkunskap. Du kan använda stipendiet till forskning, studiebesök, konferens e dyl. *Du kan ansöka när som helst under året.*

15 000 kronor kan bli dina

Ansökningsreglerna hittar du på vår hemsida www.svenskberoendemedicin.se

Protokoll

från styrelsemöten och det årliga föreningsmötet hittar du på vår hemsida så snart de är justerade.

BULLETIN

Redaktör: Bengt Sternebring
bengt.sternebring@svenskberoendemedicin.se

Annonser: Camilla Stjernholm
camilla.stjernholm@svenskberoendemedicin.se

Ansv. utgivare: Åsa Magnusson

Tryckeri: Exakta, Malmö

Bulletin är en medlemsskrift för Svensk förening för Beroendemedicin. Bulletin utkommer i pappersversion årligen i februari, maj och november. En kortare version utkommer endast på föreningens hemsida under augusti.

www.svenskberoendemedicin.se

30

Nästa år fyller Bulletin 30 år!



Adressändring

Du glömmet väl inte att meddela föreningen när Du byter adress?

Maila till
bengt@svenskberoendemedicin.se

Kommer tidningen i retur till oss avregistreras du automatiskt för pappersversionen! Medlemskap säger du enklast upp via mail.

abbvie

För vissa hepatit C-patienter är en kort 8-veckorsbehandling lång nog

Patienter kan ha fördel av en kort hepatit C-behandling av flera skäl. Sommarmånaderna kan exempelvis vara ett hinder för längre behandlingar, då vården under denna tid inte kan ge samma service som annars.

Maviret® (glekaprevir/pibrentasvir) är en 8-veckors-behandling för naiva icke-cirrotiker, oavsett genotyp, med dosering en gång om dagen.

Maviret ingår i de medicinska riktlinjerna och i NT-rådets rekommendationer^{1,2} vid behandling av hepatit C.

Referenser: 1. www.sls.se/globalassets/rav/rekommendationer/hcv-rekommendation-171212.pdf
2. www.janusinfo.se/Documents/Nationellt_inforande_av_nya_lakemedel/Hepatit-C-171215.pdf

▼ **Maviret®** (glekaprevir, pibrentasvir) 100mg/40mg filmdragerade tabletter, Rx, (F). Virushämmande medel, direktverkande. SPC 2018-02-22. Indikation: Maviret är avsett för behandling av vuxna med kronisk infektion med hepatit C-virus (HCV). För fullständig information om pris, indikationer, kontraindikationer, försiktighet, biverkningar och dosering, se Fass.se.

Förmånsbegränsningar:

Maviret subventioneras till patienter i samtliga fibrosstadier och begränsningen gäller enbart förskrivning. Subventionsbegränsningen innebär att Maviret subventioneras när läkemedlet skrivs ut av eller i samråd med läkare vid infektions- eller gastroenterologisk klinik med erfarenhet av att behandla patienter med kronisk hepatit C-infektion.

▼ **Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.**





BULLETINER

Ett hälsosamt liv förlänger levnadsåren. Från Harvard School of Public Health kommer receptet: motionera regelbundet, håll kroppsvikten, drick inte för mycket alkohol och ingen tobaksrökning. Följer du dessas råd kan du lägga till drygt 10 år på din förväntade livslängd.

Sedan USA:s afganistaninsats startade

2001 har man satsat nästan 9 miljarder dollar för att begränsa så mycket som möjligt opiumodlingarna i landet. Andra länder och Afganistans regering har också satsat pengar i projektet. En samlad utvärdering gjord 2017 visar att insatserna är ett enda stort misslyckande. Odlingarna har ökat! Guardian 20180614



Nästan 600 000 personer som regelbundet intog mer än en veckokonsumtion på 100 gram alkohol undersöktes i 19 olika länder. Ingen hade en känd kardiovaskulär sjukdom. Undersökningen visade på en ökad dödlighet men ingen specifik. Lancet 2018

Fentatyl igen! Enligt officiell statistik från England och Wales har fentanylintag förorsakat en 30-procentig ökning av dödsfallen. Från 58 fall under 2016 till 75 fall under 2017. Före år 2000 var den endast något enstaka dödsfall. Dödsorsaken anses, enligt denna rapport, bero på att det förekommer en blandning av fentanyl och heroin som leder till okontrollerade överdoser med dödlig utgång.

Då har cannabis legaliserats i Canada.

Riksdagen röstade för rekreationellt bruk med rösterna 52 mot 30. Bakgrunden lär vara att försöka få ner brottsligheten och dessutom få en rejäl inkomst till staten. Och CocaCola hoppas också på mer pengar i börser: företaget har funderingar på att blanda in cannabis (CBD) i en ny variant av CocaCola (Canna-Cola?) med lansering i just Canada. Se även sidan 13 om coca colans historik.



Trots Skolinspektionens avrådan är det allt fler gymnasieskolor som inför drogtester på elever, antingen alla eller slumpvis. Bakgrunden är att man upplever att elever kommer drogpåverkade till lektioner. Dock menar drogforskaren professor Björn Johnson vid Malmö universitet att det inte finns någon forskning som talar för att åtgärden har effekt.



Årets fågel fyllekaja fast duva. Varje år röstas Årets Fågel fram i Nya Zeeland. I år blev det kereru-fågeln som finns lite överallt på de båda öarna. Denna trädgårdsvälska har förkärlek till jästa frukter. Till den grad att det inte är ovanligt att pippin helt enkelt ramlar ner från den gren hen sitter på - i fyllan! Nyktrar dock till under sommaren innan bären hunnit bli övermogna. Går under benämningen "klumpig, full, omättlig och glamorös".

Your body sees alcohol as a poison. It can't store it, so wants to break it down and get rid of it. BBC 2018

Gorbachovs nykterhetsinsats 1985

med kraftig produktionsminskning och begränsad försäljning och höga priser ledde till signifikant och mycket snabb förbättring av hälsotillståndet i Sovjetunionen (blev Ryssland 1991). Dödligheten minskade, alkoholrelaterade sjukdomstillstånd och sociala problem minskade. Folks irritation ökade och 1988 avbröts hela projektet och alla till alkohol hörande problem återtog snabbt normala proportioner. NCBI



AVHANDLING

Sara Wallhed Finn lade i våras fram sin avhandling *Alcohol Dependence: Barriers to Treatment and New Approaches in Primary Care* vid The Department of Public Health Sciences, Karolinska Institute, Stockholm. Huvudopponent var professor **Thomas F Babor**, Farmington, USA och huvudhandledare professor **Sven Andréasson**, Stockholm.



De i avhandlingen ingående fyra studierna hade det övergripande syftet att se hur fler individer med alkoholberoende kan nås med behandling.

Sammanfattningsvis uppfattades behandling vid alkoholberoende som en uppgift för hälso- och sjukvården. Skam och stigma vara viktiga hinder till att söka behandling. Kunskapen om hälsokonsekvenser av alkohol samt behandling för alkoholberoende var begränsad. Vanliga föreställningar om behandling stod i skarp kontrast till de önskemål som individer med alkoholberoende hade på behandling. Behandling för alkoholberoende i primärvård med 15-metoden framstår som lovande då effekterna är likvärdiga med specialistvårdens.

Medberoende som diagnos saknar vetenskapligt stöd

I CAN:s tidskrift *Alkohol & Narkotika* debatteras begreppet medberoende. En grupp kliniskt verksamma forskare svarar på förslaget som presenterats i en intervju med professor Fred Nyberg i systembolagets alkoholrapport, nämligen att en diagnos baserat på begreppet medberoende skulle kunna leda till att anhöriga i högre utsträckning ska kunna få hjälp.

Att många anhöriga lider och att bättre metoder behöver utvecklas för att möta deras behov är oomtvistad, men att begreppet medberoende skulle lämpa sig som diagnos saknar vetenskaplig grund, skriver forskarna. Det går inte att urskilja en specifik personlighetstyp bland anhöriga till personer, den ofta stressande livssituationen kan däremot ge upphov till en rad negativa reaktioner hos anhöriga. Istället bör evidensbaserade metoder spridas, som tex stödprogram (CRAFT), som i studier visat goda resultat för att hjälpa anhöriga.

Länk till inlägget: <https://www.alkoholochnarkotika.se/opinion/medberoende-bor-inte-bli-diagnos/>



Skåne först med naloxonkit mot heroinöverdoser

Region Skånes Naloxonprojekt har fått sin licensansökan godkänd och blir därmed först i landet med utbildning och distribuering till samtliga LARO- och sprutbytesmottagningar i regionen av ett naloxonkit som innehåller spray, kompress, handskar och andningsmask. Naloxonutbildning med utdelning av naloxon-nässpray (ett motgift mot opioider) kommer att erbjudas cirka 2500 personer genom Region Skåne.

Enstaka mottagningar i andra landsting delar också ut naloxonkit som exempelvis sprutbytesmottagningen i Stockholm.

Möjligheten att förebygga dödsfall och allvarliga skador till följd av opioidöverdoser ökar när naloxon blir tillgängligt för fler och i miljöer där överdoser sker.



Inget nytt inom sjukvården

Naloxonhydroklorid (naloxon) har använts inom sjukvården sedan 70-talet för att häva opioidöverdoser. Naloxon är ofarligt att använda och har ingen effekt på en person som inte tagit opioider. Effekten på en person som tagit opioider kan vara jämförbar med abstinens. Naloxon har ingen missbrukspotential och farhågor att tillgång till naloxon skulle öka risktagande har visat sig ogrundade. Risken att bli abstinent när man får naloxon i kombination med ökad medvetenhet om överdoser, leder till medvetenhet om vad överdoser ställer till med och därmed försiktighet.

Än så länge krävs licensansökan varför naloxonkitet är tillgängligt endast för de som är inskrivna i ett LARO-program eller tillhör någon sprutbytesenhet.



Tufft i Liatuen

I Litauen har nya alkohollagar trätt i kraft i början av januari 2018. Det blir en kraftfull skärpning som bland annat innebär att all alkoholreklam i TV, radio och tidningar förbjuds, öppettider för försäljning snävas in och det kommer att bli illegalt att inte bara förtära alkohol före 20 års ålder utan till och med komma i beröring med drycken.

Det är den tuffaste alkohollagstiftningen i Europa, men så har Litauet också en av de hösta alkoholintagen inom EU



Som medlem

i Svensk förening för Beroendemedicin är du varmt välkommen till föreningens årsmöte på Riddargatan 1 (alkoholmottagningen) den 30 nov kl 16.00.

Tonåringars tobaks- och alkoholvanor ger allvarliga kärlskador

Artärer hos tonåringar som röker har signifikant styvare artärer än de som avstår från tobak. Ju fler cigaretter som röks, desto allvarligare är skadorna. Om ungdomarna dessutom dricker alkohol påverkas kärlen än mer.

Det är en svensk-engelsk studie med 1 266 sjuttonåringar (425 pojkar och 841 flickor) som besvarat en enkät och dessutom fått sina kärls styvhet undersökt medelst en icke-invasiv metod (puls vågen mellan carotis och femur mättes – PWV-metoden). Av deltagarna var det 23,8 procent som rökte och av dessa var det mer än 75 procent som drack mellan 3 och 9 standardglas alkohol vid de tillfällen då alkohol konsumerades. Många beskrev större mängd.

Ju tidigare rökdebuten är desto allvarligare blir effekten på artärerna, men glädjande nog konstaterar forskargruppen att slutar tonåringen så återgår kärlen till ett för ålder ”normalt” tillstånd. Vi alla får dessvärre med stigande ålder styvare kärl.

Charakida M, et al. Early vascular damage from smoking and alcohol in teenage years: the ALSPAC study. *European Heart Journal* (doi.org/10.1093/eurheartj/ehy524)



Kokainsmuggling skakar politiska livet i Antwerpen

Hamnstaden Antwerpen står för hälften av det kokain som kommer till Europa. Tull och polis beslagtar stor mängd av smuggelgodset men långt ifrån allt. Uppskattningsvis hade förra årets beslag ett marknadsvärde på 1,5 miljarder euro. Stora mängder pengar stannar i Antwerpen vilket har lett till bl a stora politiska och sociala problem: omfattande korruption inom den lokala politiken.

Borgmästare Bart De Wever är synnerligen orolig för att de enorma mängder pengar som kokainhandeln omsätter skadar inte bara Antwerpen utan andra storstäder i Belgien och Nederländerna, dit 80 procent av kokainet från Antwerpen transporteras för att sedan portioneras ut över främst Europa.

The Guardian 2018



Augustikonferensen: paneldiskussion om kvinnor, våld och beroende

Ett enormt lidande för kvinnorna

Enorm kostnad för samhället

Under årets augustikonferens om Alkohol, droger och våld genomlystes i en paneldiskussion kvinnors utsatthet. Det blev en engagerad och initierad information/diskussion med Sanna Detlefsen (direktor och psykoterapeut vid Linköpings stadsmission), Anna Persson (psykolog och doktorand vid KI) och Stefan de Vylder (nationalekonom och docent i utvecklingsekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm).

Med eftertryck inledde Sanna Detlefsen med att det minsann inte är något nytt med våld och sexuella övergrepp mot kvinnor. Ännu under början av 2000-talet pratade man inte om detta i samhället. När Stadsmissionen i Linköping började fråga kvinnorna som sökte fick man svar. Problemet visade sig inte vara nytt – det var bara det att ingen hade ställt de lika självklara som enkla frågorna. Sedan 2005 har man här fokuserat och börjat behandlingen av dessa utsatta kvinnor.

Anna Persson har sett och dessvärre ser fortfarande problemet.

—Vi i sjukvården är dåliga på att fråga om övergrepp. Många av de kvinnor vi möter i forskningen kring övergrepp och våld har inte blivit tillfrågade trots att de sökt somatisk och psykiatrisk vård.

Stefan de Vylder kompletterade med en fördjupad om än kortfattad analys av vad samhällets kostnad är för såväl det fysiska som psykiska lidandet. Att sätta ett pris på fysiskt lidandet är inte så svårt men än viktigare är att se vad det psykiska lidandet har för prislapp.

Stefan de Vylder visade att det går att räkna fram kostnad för psykiskt lidande. Det blev en skrämmande bild som han målade upp. Det fysiska lidandet kostar pengar men inte tillnärmelsevis vad det psykiska kostar.

—Det är ofantliga samhällskostnader som våra politiker inte klarar av att ta till sig. Politiker räknar inte på totala samhällskostnaden utan tänker kortsiktigt (mandatperioden) och bara på sitt eget konto.

Stefan de Vylder framhåller att alla ekonomiska studier som beräknar samhällskostnad för kvinnors utsatthet (våld och sex) som stannar på 1 miljon kronor bör hanteras på ett enda sätt: släng dem i papperskorgen. Samhällskostnaden är långt större.

Ett av de viktigaste problemen vid omhändertagandet av en utsatt kvinna är svårigheten att nå samarbete mellan olika institutioner.

Sanna Detlefsen uttryckte förvåning över att det ska vara så svårt att hjälpa till och inte arbeta efter den gängse principen att ”det är inte mitt bord”.

Anna Persson kompletterade med att det är viktigt att vara medveten om att alla som mår psykiskt dåligt efter utsatthet inte alltid tillhör de utslagna utan det kan vara tvärtom:

—Många är välfungerande i samhället men mår förfärligt dåligt.

När det gäller drogberoende kvinnor som utsatts för våld och övergrepp är det många gånger svårt att kräva drogfrihet före behandling av den psykiska ohälsan. Våra två behandlare var överens om att det kan för den utsatta

bli svårt att till en början hantera livskrisen i ett drogfritt tillstånd. Det är helheten som ska behandlas och framstegen kommer successivt såväl för drogfriheten

som den psykiska hälsan.

De tre paneldeltagarna var rörande ense om att det första vi ska göra är att ställa frågor om måendet, vad som hänt...

Ur behandlingssynpunkt framhöll de två behandlarna att det är oerhört viktigt att de våldsutsatta kvinnorna ska behandlas separat från män.

Är det bara elände? Nej. Det är betydligt bättre behandlingsmöjligheter idag än för bara några år sedan, men det är långt kvar till att vi kan säga att nu är det bra.

Sanna Detlefsen säger avslutningsvis att för att bli bra måste vi få hjälp av våra politiker och vara tydliga med vad vi kan och vill göra för de utsatta kvinnorna. För som det är idag är politikerna okunniga – alternativ ”skiter i problemet”.

Låt oss hoppas att inget av alternativen inom rimlig framtid finns kvar.



Sanna Detlefsen



Anna Persson



Stefan de Vylder

Psykiskt lidande drabbar hårdare livskvaliteten än fysiskt lidande. Även samhällsekonomiskt.

Stefan de Vylder

Det är inte varje dag man kan vara med och utrota en global sjukdom.

WHO har som mål att hepatit C ska vara utrotad globalt år 2030. Det är ett ambitiöst mål, men inte omöjligt. Vi i Sverige kan dra vårt strå till stacken genom att lokalisera, testa och remittera patienter med hepatit C så att de kan botas på landets infektionskliniker.

Vi hoppas att du vill vara med i kampen, så att vi tillsammans kan uppnå WHO:s mål om en värld utan hepatit C.

Kill HepC Now! är ett initiativ från Gilead Sciences Sweden AB
Läs mer på killhepc.se

KILL 
HEP-C
NOW!

Gilead Sciences Sweden AB | Hemvärnsgatan 9, 171 54 Solna, Sweden | Phone: +46 (0)8 505 71 800 | Fax: +46 (0)8 505 71 801

Nordic Drugs Stora Pris 2018

Primärvård inom LARO PRIO

Nordic Drugs Stora Pris 2018 tilldelades **"PRIO-projektet"** för dess arbete med att hjälpa LARO-patienter till en allsidig vård, vilket inget hopp om en bättre hälsa och framtid. Mottagare av priset var Katja Troberg, Disa Dahlman och Anders Håkansson.

År 2014 gick startskottet för det samarbete mellan LARO och primärvård som sedermera fått namnet PRIO. Personalen på LARO Matris vid Beroendecentrum Malmö tog initiativ till triagering även för somatiska problem hos sina patienter, och hjälpte till att boka tid till läkare på vårdcentralen Granen. I projektets början gick det till så att LARO-patienterna kunde bokas på särskilda "LARO-tider" på vårdcentralen. Tanken var att det skulle finnas ett tydligt triageunderlag, att väntetiden inte skulle vara längre än två veckor, och att patienterna skulle få träffa en och samma läkare varje besök. Efter ett knappt år anslöt sig även LARO INM (Integrerad närsjukvård Malmö) till projektet på samma premisser som LARO Matris.

Samarbetet var uppskattat, men antalet patienter som kom till vårdcentralens tider motsvarade inte det behov av primärvård som LARO-personalen såg hos sina patienter. Ungefär hälften av de bokade patienterna uteblev från sina läkartider. Vi som arbetat i projektet från start upplevde att systemet inte var tillräckligt effektivt och anpassat till patienternas behov.

Efter inspiration från amerikanska kollegor kom vi våren 2016 fram till att den rimliga utvecklingen av projektet var att sluta försöka skicka patienterna till vårdcentralen, och istället skicka vårdcentralen till patienterna. Med stöd från vårdcentralen Granens verksamhetschef Ingrid Svenning började on-site-verksamheten på LARO Matris och LARO INM under mitten av 2016. Principen var enkel: Läkare från vårdcentralen hade fasta tider varannan vecka på respektive LARO-mottagning. Patienterna kunde boka tid i förväg genom att tala med LARO-personalen, eller komma förbi på drop-in i mån av tid. Verksamheten var alltså som en blandning av akut och planerad primärvård, med flexibilitet utifrån patienternas behov som ledstjärna. Det blev nu också lättare att motivera sjukvårdsrädda eller avogt inställda patienter till läkarbesök, då läkaren blev en bekant person på mottagningen, och LARO-personalen fick större möjligheter att medfölja på läkarbesöken. Provtagning, uppföljande undersökningar (t ex vikt och blodtryck) samt påminnelser om externa besök (röntgen, skopier, läkarbesök till övriga



Anders Håkansson, Katja Troberg, Disa Dahlman och prisutdelaren Hans Morén.

mottagningar) sköttes av LARO-personalen.

Under 2016 påbörjades också planer för forskning avseende den fysiska hälsan hos personer med opioidberoende. Vårt kliniska intryck – och utgångspunkten för projektets tillkomst – var att patientgruppen generellt hade sämre fysisk hälsa än andra i samma ålder. Sörsakerna omfattade klassiska

Nordic Drugs Pristagare

2011	Leif Grönbladh, Uppsala
2012	Metadonmottagningen, Lund
2013	ITOK, Stockholm
2014	Sprutbytet, Lund
2015	Convictus, Stockholm
2016	Annica Rhodin, Uppsala
2017	Markus Heilig, Linköping

→ Forts. sid. 19

Alkohol kan orsaka irreversibla dödliga genskador



Ännu en studie som förstärker den tidigare bilden att alkohol kan orsaka irreversibla genetiska skador på kroppens vilande stamceller. En mycket omfattande och välgjord studie publicerad i Nature visar på sambandet mellan alkoholkonsumtion och utvecklingen av cancer. Det är genetiskt modifierade möss som står för bevisningen att alkohol orsakar DNA-förändringar som till slut leder till dödliga mutationer.

Det har tidigare visats att acetaldehyd kan vara orsaken till alkohols cancerogena effekt, men bevisen har inte varit tydliga nog. Inte förrän nu. Denna rapport ger ett klart besked om acetaldehyds toxiska effekt.

Studien fokuserar på stamceller i blod, men författarna är övertygade om att sambandet alkohol-stamcellsskada föreligger även hos andra celltyper.

Forskargruppen gör gällande att ett stop öl eller ett stort glas vin om dagen signifikant ökar risken att utveckla cancer i mun, hals, matstrupe, bröst och tarm. Intressant är dock att det inte finns forskning som tyder på att det föreligger en ökad risk för blodcancer - trots den nya forskningen som påvisar alkohols DNA-skada på blodstamceller.

Garaycochea JI, et al. Alcohol and endogenous aldehydes damage chromosomes and mutate stem cells. Nature 2018; 553:171-77.

I nästa nummer av BULLETIN

Presentation av Jörgen Engel-stipendiaten 2018: **Eric Augier**.

Han beskriver i en kortfattad version det arbete han blev prisbelönad för.



Jörgen Engel och Eric Augier

En rejäl presentation av Svensk förening för Beroendemedicins synnerligen intressanta och givande studiebesök i Lissabon.

En beskrivning av Portugals "nya" narkotikaprogram som imponerade!



Nordic Drugs Stora Pris

Ett stipendium á 50.000 kronor.

Nordic Drugs Stora Pris 2018 avser att belöna upptäckter eller arbete som på olika sätt bidrar till bättre vård och behandling av patienter med opiat/opioidberoende i Sverige.

På Svensk förening för Beroendemedicins augustisymposium, delas 2018 års stipendie ut till ett arbete/projekt som har eller haft som målsättning att förbättra diagnos, behandling och/eller patientomhändertagande inom beroendevården vid opiat/opioidberoende.

Välkomna!

Med vänliga hälsningar
/Stipendiekommittén

NORDIC
DRUGS

Box 300 35 · 200 61 Limhamn
Tel. 040-36 66 00 · Fax 040-36 66 01
www.nordicdrugs.se

Augustikonferensen 2018

Alkohol, droger och våld

Föreläsningssessionen med Markus Heilig, Tomas Moberg och Sven Andréasson

Markus Heilig fokuserade i sitt föredrag på aggression och droger i sin ultimata verklighet: krig. Redan de gamla grekerna hade klart för sig vad det innebar att vara i krig och ha ihjäl folk. Soldaten fick av Olympens dotter Helena en cocktail. I vinbägaren hällde hon en läkesaft som dödade smärta, harm och minnet av alla bekymmer.

För krigaren då som nu är ett av de stora problemen att komma över vad som hänt. Efter krigsvåldet kommer vardagen och många återvändande har stora problem med det vi idag kallar för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Markus Heilig nämnde exempelvis irakkrieger där det var så många som upp emot 20% av de återvändande amerikanska soldaterna som hade svåra psykiska problem – och drogproblem.

Krigsdrogerna har genom sekler varit för individen farliga. Drogerna släcker ut humanismen och är våldsglorifierande. Detta har naturligtvis inte undgått krigshärskarna. Tar vi exempel från relativt närtid blev metamfetaminet en stor krigsdrog i Japan. De krigande soldaterna laddade upp med saké och metamfetamin, de tyska soldaterna under andra världskriget var ibland så drogade att de över huvud taget inte behövde sova vilket ledde till utdragna offensiver som överraskade de allierade, som dock inte heller avstod från droger.

Den utan jämförelse vanligaste drogen i krig är alkohol och under senare krigssituationer som exempelvis vietnamkriget var även cannabis (THC) en stor belastning. Andra droger i detta och flera andra krig är heroin och amfetaminderivat.

Varför har det blivit så här?

Krig och interpersonell aggression är en central faktor bakom människan evolution. Människans föregångare avskildes från andra primater genom sin högre aggressivitet och denna aggressivitet lever kvar hos oss.

Krigar gör vi, men utvecklingen har sprungit ifrån oss. Människan är faktiskt inte lämplig för strid. Utvecklingen av en stor hjärna har skett på bekostnad av att vi gett upp muskelmassa och omfördelat metabolismen (alla gym till trots). En hake är också att den sociala komplexa organisation som människan

skapat har drivit fram en tidigare aldrig skådad förmåga till empati, att känna andras smärta.

Våld i samhället

Rättspsykiatrikern **Tomas Moberg** analyserade våld och våldsbenägenhet i samhället. Han var nog med att inom sjukvård och socialtjänst inte slentrianmässigt kalla någon våldsbenägen utan att göra en fördjupad utredning som vid positivt utfall ska följas av behandling.

Det finns en uppsjö av möjliga tester eller instrument för att ha som bakgrund vid diagnostisering av våld. Ett 10-tal kan vara aktuella och rimliga att använda och bakgrunden till de diagnostiska instrumenten är ett stort antal riskfaktorer (130 olika) som indelas i 20 domäner (exempelvis alkohol, narkotika, stress, personlighetstyp).

Våldet har ett dynamiskt förlopp. Det finns en gärningsman och ett offer och därtill ett sammanhang. Vi har i grunden att hantera två sorters våld: impulsivt eller planerat våld.

Det impulsiva våldet är vanligen en reaktion på en provokation eller en autonom upphetsning. Våldet kan också följa på en regelrätt ilska (eller rädsla) och vara förknippat med en försämrad impuls kontroll.

Det planerade våldet är en följd av att gärningsmannen ska uppnå ett visst mål och inte

en respons på något hot. Det finns ingen akut frustration.

Kan man vara våldsberoende?

Tomas Moberg menar att man kan tala om våldsberoende och han

liknar detta beroende vid substansberoende. Det finns en toleransutveckling som kan börja med att plåga djur, mobba kamrater, göra sig skyldig till ringa misshandel och till slut allvarliga våldsbrott.

När våldsamheten ökat och blir en del i personens vardag kommer utstötning från social samvaro och även legala påföljder, allvarliga sociala konsekvenser är nu ett faktum och oförmågan att hantera social stress och frustration driver på sent i sjukdomsförloppet.

Alkohol leder till en 13-faldig riskökning för våld som kommer inom 24 timmar efter



Tomas Moberg

alkoholkonsumtion. Andra riskfaktorer kan förekomma och ökar risken än mer att våld ska utövas.

Våldet samvarierar också med snabba belöningar. Våldsverkare dras till gränsöverskridande aktiviteter som ger snabba belöningar som riskfylld bilkörning, vådliga sexuella aktiviteter, hasardspel och droger. Det finns en samvariation mellan antisocial personlighetsstörning och substansberoende. Våldet förstärker effekten av berusning! Våldet ger en kick, som vi också kan se hos sadisten som blir upphetsad och fylld av lust under våldshandlingen.

En våldsbenägen person är dock inte helt utlämnad till enbart en diagnos. Tomas Moberg avslutade sin föreläsning med att det finns bra och effektiv behandling att tillgå.

Alkohol och våld

Svensk förening för Beroendemedicins augustikonferens avslutades med en presentation av en forskningsrapport om alkohol och våld. **Sven Andréasson** är en av huvudförfattarna till denna internationella sammanställning av relevant vetenskaplig litteratur. Det är flera tunga sponsorer bakom den serie av utredningar som hittills årligen getts ut sedan 2013.

Sven Andréasson sammanfattade några av de huvudsakliga budskapen. Det framkommer

Riskfaktorer för våld

- ung man
- intellektuell funktionsnedsättning
- missbruk/beroende
- personlighetsstörning
- tidiga beteendeproblem
- sociala riskfaktorer

tydligt att de länder som har hög alkoholkonsumtion också har större våldsbrottslighet även om många dricker alkohol utan att bli aggressiva.

Ser vi Våld och alkohol i ett globalt perspektiv så har alkohol tvivelsutan en närmare koppling till mord, våldtäkt och miss-handel än någon annan drog. Hög andel av såväl förövare som offer är vid våldsbrottet berusade. Även de skador som uppkommer i samband med alkohol och våldsbrott är allvarigare än utan alkohol.

Barn som utsatts för våld och kvinnor som utsatts för partnervåld och sexuellt våld har större hälsoproblem än icke våldsutsatta. De utsatta har också högre vårdkostnader och fler besök hos vårdgivare och fler vård dagar på sjukhus.

Ett sätt för samhället att få ner det alkoholrelaterade våldet är, enligt forskargruppen bakom Alkohol och våld, att använda sig av högt pris, begränsat antal försäljningsställen, reglerad marknadsföring och begränsade öppettider och åldersgränser för försäljning. Ett alkoholmonopol begränsar också skador relaterade till alkoholkonsumtion. För närvarande finns det alkoholmonopol i ett 30-tal länder.

Årets vetenskapliga sammanställning med rubriken Alkohol och våld och kan, liksom de övriga, beställas iogntno.shop.texttalk.se

Att välja aggression som belöning

Interpersonellt våld är ett globalt folkhälsoproblem. Vissa människor tycks vara höggradigt motiverade att aktivt uppsöka aggressiva interaktioner. Bland fotbollshuliganer är det t.ex. vanligt att man beskriver slagsmål i direkt lustfyllda termer. Man planerar slagsmålen ungefär på samma sätt som andra planerar ett party, och förbereder sig på samma sätt med förfester och alkoholintag. Benägenhet för denna typ av aggression tycks vara en egenskap hos individen snarare än ett resultat av situationen, vilket bl.a. visas av mycket hög recidivism-frekvensen bland personer som gjort sig skyldiga till denna typ av aggressivt beteende. Därmed delar vissa typer av våld två centrala egenskaper med beroendesjukdomar: Personen uppvisar en hög motivation att trots negativa konsekvenser uppsöka tillfällena till aggressivitet, på samma sätt som beroendepatienten uppsöker de psykoaktiva medel hen är beroende av. Vidare är återfallsfrekvensen hög i båda fallen.

Sam Golden som var en av talarna på augustikonferensen, har i flera år varit post-doc i Yavin Shaham's grupp vid National Institute on Drug Abuse (NIDA), och är nu på väg att etablera en egen forskargrupp vid University of Washington i Seattle. Han har redan som doktorand vid Mount Sinai School of Medicine i New York visat exceptionell talang, och publicerat ett banbrytande arbete i Nature om neurala mekanismer bakom aggressivitet. Därefter har han som post-doc på NIDA använt djurmodeller för att studera om aggressivitet verkligen har gemensamma mekanismer med beroendesjukdomar. Gruppen har använt sig av etablerade musmodeller av narkotikamissbruk för att avgöra om dessa skulle ge belägg för "beroendeframkallande" egenskaper av aggression.

Golden och hans kollegor gav äldre, större han-möss möjlighet att trycka på en spak för att som belöning under 1 min få möjlighet att attackera yngre, mindre han-möss. Aggressor-mössen lärde sig snabbt, och var sedan beredda att välja aggression som belöning framför t.ex. välsmakande mat. Mössen blev sedan "avgiftade" från aggression, antingen genom påtvingad abstinens eller "viljemässig" sådan. I det första fallet uppnåddes abstinensen helt enkelt genom månadslång frånvaro av undergivna möss att vara aggressiv mot, medan möjlighet att vara aggressiv i det andra fallet bestraffades med elstöt av en intensitet som till sist fick aggressor-mössen att avstå. Aggressor-mössen blev sedan testade för

Det är bara en minoritet som verkar få en kick av att spöa upp andra.

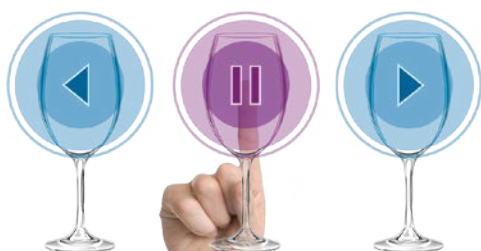


Sam Golden

sin benägenhet att "återfalla" till aggression. När djuren kom tillbaka till den miljö där de lärt sig möjlighet skulle ges att vara aggressiv hände samma sak som när djur – eller människor – får återuppleva miljöer där de tidigare fått drog: De anstränger sig för att återfå belöningen. Det var precis vad det "aggressionsberoende"-mössen gjorde.

Mus-forskare använder oftast inavlade möss för att eliminera så mycket av individuell variation som möjligt. Golden och hans kollegor insåg dock att benägenhet för aggressivitet hos människan varierar starkt mellan individer. Det är bara en minoritet som verkar få en kick av att spöa upp andra. Forskarna arbetade därför med utavlade (dvs genetiskt heterogena) möss, där individuell variation till följd av genetiska faktorer är bevarad. I de avslutande experimenten tränade de en stor kohort av dessa möss, och testade dem sedan för olika beteenden som avspeglar motivation för aggressivitet, benägenhet att vara aggressiv trots negativa konsekvenser, och benägenhet att återfalla. De använde sedan klusteranalys, en statistisk metod för att identifiera undergrupper i en population. Syftet var för att identifiera mönster av individuella skillnader i kompulsivt, "beroende-liknande" aggressivt beteende. Klusteranalysen identifierade mycket riktigt en undergrupp av "aggressionsberoende" möss om ca 20%. Forskarna drar slutsatsen klassiska beroendemodeller visar att en subpopulation av möss visar «beroendeframkallande» aggressivt beteende.

Erbjud dina patienter en **Paus!**



Hur man föreslår en farmakologisk behandling för en alkoholberoende kan ha stor inverkan på hur patienten accepterar behandlingen*.

För många kan Antabus (disulfiram) symbolisera ett svårt och permanent beslut att helt sluta dricka alkohol. Så behöver det inte alltid vara.

Presentera istället Antabus som en möjlighet att få en Paus från alkohol, då underlättas beslutet att påbörja behandling.

Beställ ...

... Antabus behandlingsmanual och patientinformationsbroschyr genom att skicka ett mail till: pia.jarl@teva.se

*Miller, et al (1999). Motivational enhancement therapy manual. Volume 2.

Antabus, Disulfiram, brustablett 200mg och 400 mg. Rx F. ATC-kod N07BB01. Antabus är indicerat vid alkoholmissbruk. Försiktighet bör iaktas vid nedsatt leverfunktion. Antabus får aldrig ges utan patientens vetskap. Symtom på disulfiram/alkohol-reaktion kan uppträda redan efter intag av mycket små mängder alkohol. Stora mängder alkohol kan resultera i ytterst kritiska tillstånd. Kontraindicerat vid Inkompenenserade hjärtsjukdomar. Manifesta psykoser. Allvarlig organisk hjärnskada (då dessa tillstånd kan försämas). Tidigare leverpåverkan vid behandling med Antabus. Informationen är baserad på produktresumé daterad 2016-02-03. För ytterligare information och aktuellt pris se www.Fass.se.



Teva Sweden AB
Box 1070, 251 10 Helsingborg
Tfn. 042-12 11 00, teva.se

antabus
disulfiram

Nytt koncept: Coca Cola med alkohol

Coca Colas försäljning går inte så bra (allt är relativt) men uppenbarligen önskas bättre klirr i kassan. Detta kan vara bakgrunden till att Coca Cola annonserar att man ska ta upp kampen med den japanska bubeldrycken Chu-Hi som är en dryck som bygger på kolsyrat vatten med citronsmak som spetsas med alkoholdrycken shochu. Alkoholhalten ligger på mellan 3 – 8 procent för den japanska drycken, som bl.a. säljs i någon av de tusen och åter tusen automaterna som finns allerstädes med ett enormt stort utbud av såväl kalla som varma drycker.

Historiskt har Coca Cola inte haft någon alkoholhaltig ingrediens under den 132-åriga levnaden. Men dock - det började i drogernas tecken.



Ett glas rött med lite kokain i – det skulle bli starten för världens mest sålda dryck

Så började historien om Coca Cola

Angelo Mariani var en italiensk kemist, som verkade i Frankrike. Han blev intresserad av kokainets effekter efter att ha läst en artikel av landsmannen Paolo Mantegazza. Han tänkte i hälsotermer och resultatet såg dagens ljus 1863: ett vin kryddat med behandlade kokabladd och produkten kom att säljas över hela i Europa under en trettioårsperiod. En uppiggande hälsodryck som inmundigades i såväl slott som koja, ja, till och med ur påvens silverpokal. Drycken kom att heta Vin Mariani. Angelo Marianis lycka var gjord och han blev faktiskt världens förste kokainmiljonär – och kanske den ende legale?

Vin Mariani är en lika enkel som genial dekokt: kokabladd läggs i bordauxvin och alkoholen tjänar som lösningsmedel och gör att den verksamma kokainsubstansen extraheras från de i drycken ilagda kokabladderna.

Dr Pemberton

I USA grundade en apoketare och läkare vid namn John S Pemberton på möjligheten att göra sig en hacka på samma koncept. Kunde kokainblandningen ge hälsa och välbefinnande i Europa så skulle den väl kunna göra samma i staterna. Dr Pemberton gjorde

det enkelt för sig – han kopierade helt enkelt Marianis recept och drycken fick följdenligt namnet Pemberton's French Wine Coca. Nu var Pemberton inte ensam om kopieringen, det fanns flera varianter, men Pembertons formula visade sig vara den bäst säljande och den som överlevde de övriga.

Tänkt som ett läkemedel

Pemberton fortsatte sina experiment och 1886 hade han framställt en tilltalande sodadryck med huvudingredienserna kokaextrakt blandat med koffeinhaltig kolanöt och den 8 maj 1886 såldes den första muggen Coca Cola på Jacob's apotek i Atlanta. Att Coca Cola såldes på apotek var inte så konstigt med tanke på att drycken i första hand var tänkt som ett läkemedel.

Under de första 15 åren innehöll Coca Cola en mindre mängd kokain, men sedan reducerades mängden så att den helt enkelt inte gick att upptäcka vid analys.

Ingen kokain i Coca

Sedan 1929 finns det över huvud taget ingen kokain i Coca Cola. Dock användes kokabladd som essens, men alkaloiden (den verksamma substansen) var fullständigt borta.

John S Pemberton var en sjuk man och sannolikt till följd av smärtor som han ådragit sig som soldat i det amerikanska inbördeskriget, blev han morfinist och för att klara sig ekonomiskt fick han sälja av det "hemliga" receptet på Coca Cola. Det gjorde han i omgångar till en samlat belopp om cirka 2 500 dollars 1887. En i och för sig inte obetydlig summa,



men Asa G Candler som tillskansade sig hela äganderätten till receptet kunde i sin tur 25 år senare sälja företaget för 25 miljoner dollars. **Då hade Candler gjort Coca Cola till en amerikansk nationaldryck och gjort sig själv till Atlantas rikaste man.**

Varför inte cannabis i Cola?

Nu försöker CocaCola lansera en ny dryck med cannabis som ingrediens. Det är legaliseringen i Canada som hägrar jätteföretaget att finna nya marknader. Företaget har funderingar på att blanda in cannabisvarianten CBD i en ny version av CocaCola (CannaCola?).

Rakt på sak

Kort väntan.

Låg risk för spridning

Endast buprenorfin
som verksamt substans

Espranor®

Buprenorfin oral frystorkad tablett

Modern formulering*

* Espranor har utvecklats för att ge en smidigare och snabbare upplösning. Espranor skall placeras på tungan och löser sig inom 15 sekunder.¹

Espranor är indicerat för substitutionsbehandling vid opioidberoende i samband med medicinsk, social och psykologisk behandling.

Behandlingen är avsedd för vuxna och ungdomar över 15 år som har samtyckt till behandling.¹

UNIMEDIC®
PHARMA

Unimedic Pharma AB, Box 6216, 102 34 Stockholm
Telefon: 010 130 99 50

REFERENS:

1. www.fass.se

Espranor (Buprenorfin) Frystorkad tablett 2 mg och 8 mg ATC-kod: N07BC01 **Dosering** Behandling bör ske under överseende av en läkare med erfarenhet av vård av opiatberoende. Espranor kan inte ersättas med andra buprenorfinpreparat. Olika buprenorfinpreparat har olika biotillgänglighet. Därför kan dosen i milligram variera mellan olika preparat. När den lämpliga dosen väl har fastställts för en patient med en viss produkt (läkemedelsmärke), kan man inte bara byta ut produkten mot en annan produkt. Administreringsvägen för Espranor är på tungan, inte under den. Administrering är oromukosal. Den frystorkade tablett ska tas ut ur blisteret med torra fingrar, och placeras helt på tungan tills den är upplöst, vilket vanligtvis sker inom 15 sekunder, varefter den absorberas via slemhinnorna i munnen. Patienten ska undvika att svälja i 2 minuter. Den frystorkade tablett ska tas så snart blisteret har öppnats. Patienter ska inte äta eller dricka på 5 minuter efter administrering. **Indikation** Substitutionsbehandling för opioidberoende, inom ramen för en medicinsk, social och psykologisk behandling. Behandling med Espranor frystorkad tablett är avsedd för vuxna och ungdomar i åldern 15 år och äldre som har samtyckt till behandling av sitt beroende. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne som anges i Innehåll. Allvarlig andningsinsufficiens. Allvarlig leverinsufficiens. Akut alkoholism eller delirium tremens. Varningar och försiktighet. **Varningar** Espranor frystorkad tablett rekommenderas endast för behandling av opioidberoende. Det rekommenderas också att behandlingen förskrivs av en läkare som garanterar en övergripande behandling av den eller de drogberoende patienterna. Läkaren bör beakta risken för missbruk och felaktig användning (t.ex. iv-administrering) i synnerhet i början av behandlingen. **Interaktioner** Espranor bör inte tas tillsammans med alkoholhaltiga drycker eller läkemedel som innehåller alkohol. Alkohol ökar den sedativa verkan av buprenorfin. Espranor bör användas med försiktighet när det administreras samtidigt som: Bensodiazepiner: Denna kombination kan leda till döden på grund av andningsdepression av centralt ursprung. Därför måste doseringar begränsas och denna kombination måste undvikas i fall där det finns risk för felaktig användning. Patienter ska förvarnas om att det är extremt farligt att självadministrera ej förskrivna bensodiazepiner medan de tar denna produkt, och de ska även instrueras att endast använda bensodiazepiner samtidigt med denna produkt på det sätt som anvisats av deras läkare (se Varningar och försiktighet). Andra hämmare av det centrala nervsystemet: andra opioidderivat (t.ex. metadon, analgetika och hostdämpande medel), vissa antidepressiva, sedativa H1-receptorantagonister, barbiturater, anxiolytika utöver bensodiazepiner, neuroleptika, klonidin och relaterade substanser. Denna kombination ökar hämningen av det centrala nervsystemet. Den nedsatta uppmärksamhetsnivån kan göra det riskabelt att framföra fordon och använda maskiner. Dessutom kan det vara svårt att uppnå adekvat smärtlindring vid administrering av en fullständig opioidagonist för patienter som får buprenorfin. Därför finns det en risk för överdosering med en fullständig agonist, särskilt när man försöker övervinna buprenorfinets effekter som partiell agonist, eller när plasmakoncentrationerna av buprenorfin sjunker. Naltrexon är en opioidantagonist som kan blockera de farmakologiska effekterna av buprenorfin. Samadministrering under buprenorfinbehandling ska absolut undvikas, på grund av den potentiellt farliga interaktion som kan utlösa plötsliga långvariga och intensiva symtom på opioidabstinens. CYP3A4-hämmare: en interaktionsstudie av buprenorfin med ketokonazol (en potent hämmare av CYP3A4) ledde till ökad C_{max} och AUC (area under kurvan) för buprenorfin (cirka 50 % respektive 70 %) och, i mindre omfattning, för norbuprenorfin. Patienter som får Espranor bör kontrolleras noga, och kan behöva dosreduktion om behandlingen kombineras med potentia CYP3A4-hämmare (t.ex. proteashämmare som ritonavir, nelfinavir eller indinavir eller azolantmykotika som ketokonazol, makrolidantibiotika eller itrakonazol). CYP3A4-inducerare: Samtidig användning av CYP3A4-inducerare och buprenorfin kan sänka plasmakoncentrationerna av buprenorfin, vilket potentiellt leder till att behandlingen av opioidberoende med buprenorfin blir suboptimal. Det rekommenderas att patienter som får buprenorfin kontrolleras noga om inducerare (t.ex. fenobarbital, karbamazepin, fenytoin, rifampicin) samadministreras. Dosen av buprenorfin eller CYP3A4-induceraren kan behöva justeras i enlighet med detta. Samtidig användning av monoaminoxidashämmare (MAO-hämmare): Möjlig förstärkning av effekterna av opioider, baserat på erfarenhet av morfin. Hittills har ingen anmärkningsvärd interaktion observerats med kokain, substansen som används mest frekvent av multimitisbrukare i samband med opioider. En misstänkt interaktion mellan buprenorfininjektion och fenpropionum, som ledde till purpura, har rapporterats. Buprenorfin är en CYP3A4-hämmare in vitro. Risken för hämning in vivo vid terapeutiska koncentrationer förefaller låg, men kan dock inte uteslutas. När buprenorfin kombineras med CYP3A4-substrat kan plasmakoncentrationerna av dessa substrat öka och dosberoende biverkningar kan uppkomma. Buprenorfin hämmar inte CYP2C19 in vitro. Den hämmande effekten av buprenorfin på andra enzymer som kan metabolisera substrat i läkemedel har inte studerats. **Förpackningsinformation** Frystorkad tablett 2 mg Vit till benvit rund frystorkad tablett med en diameter på 10,3 mm, märkt med "M2" på ena sidan. 7 tablett(er) blister, 105; 02. (F). Frystorkad tablett 8 mg Vit till benvit rund frystorkad tablett med en diameter på 16,2 mm, märkt med "M8" på ena sidan. 7 tablett(er) blister, 273; 04. (F). Subventioneras endast vid övervakad administrering. **För fullständig information hänvisas till** www.fass.se

European Drug Report 2018

Narkotikaproduktionen ökar i Europa

I början av sommaren publicerades den årliga narkotikarapporten från EMCDDA, det europeiska narkotikaorganet inom EU inklusive Norge och Turkiet. Rapporten sammanfattar statistik från 2016 men refererar även delundersökningar från 2017. En fjärdedel av Europas vuxna befolkning har någon gång i livet provat narkotika. Cannabis är den vanligaste drogen men omfattningen skiljer sig mycket mellan de olika länderna. Ungefär 1 procent använder cannabis dagligen, vanligen lite äldre (35-64 års ålder).

Anmärkningsvärt är att det är ett ökat antal som söker vård för sitt cannabisintag. Mellan 2006 och 2016 var det 83 000 individer som gjorde sitt förstagångsbesök inom sjukvården. Hälften av de sökande hade varje dag intagit cannabis.

Den narkotika som intas i Europa kommer huvudsakligen från Sydamerika, Asien och Nordafrika, **men det finns också en icke försumbar produktion inom EU-länderna**. Det är cannabis, ecstasy och till viss del slutfasen i produktionen av heroin. Här finns också en viss produktion av de nya psykoaktiva drogerna även om det mesta kommer från Kina.

Under 2000-talet introducerades de nya psykoaktiva drogerna som syntetiska cannabinoider och katinoner. Årtiondet tidigare kom MDMA (som vanligen går under namnet ecstasy) och kokain och under 1970-talet var det cannabis, heroin och amfetamin som nådde den stora marknaden inom Europa.

Det som oroar mest inom narkotikafären är inte bara de nya farliga drogerna utan även de mer effektiva distributionsvägarna inklusive näthandeln, som idag inte är så omfattande men tar allt större plats i distributionskedjan.

Ser vi till beslagen under 2016 så toppar cannabis utan konkurrens: 40 procent av beslagen är marijuana och 29 procent hasch. På andra plats kommer kokain/crack med 9 procent och sedan följer amfetamin (5), heroin (4), MDMA (3) och övriga (8).

Cannabis

Cannabis är fortfarande den mest allmänt använda olagliga drogen i Europa. Det tycks som om den omfattande legaliseringen i framför allt Nordamerika gjort att drogen utvecklats negativt ur medicinsk synvinkel, dvs det har framodlats starkare stammar med hög THC-

halt och lägre CBD-halt. Denna utveckling har noterats under senaste decenniet och gäller för såväl hasch som marijuana. Många länder har också juridiskt godkänt cannabis för medicinskt bruk.

Det finns en icke försumbar europeisk inhemsk produktion av hasch och marijuana, men den största delen kommer fortfarande från Marocko även om Libyen har seglat upp som en viktig knutpunkt för export till Europa.

Heroin

De som använder heroin har sedan 2015 inte ökat i antal och sedan 2013 har totalt sett skett en stabilisering. Det finns skillnader stater emellan. Mellan 2006 och 2016 har heroin minskat signifikant i Spanien och Italien medan en ökning skett i Tjeckien.

Det bruna (kemiska basformen) heroinet är vanligast i Europa. Det vita (saltformen) är mindre förekommande. Båda varianterna kommer huvudsakligen från Afghanistan och länderna runtomkring. Injektionsmissbruket minskar även under 2016.

Förutom heroin används i stor omfattning också opioiderna morfin, metadon, buprenorfin och tramadol.

Vad gäller heroin är den senaste utvecklingen i flera europeiska länder att man har upptäckt och stängt laboratorier i framför allt Nederländerna, Spanien och Tjeckien som omvandlar morfin till heroin. Det beror på att prekursorer ättiksyraanhydrid betingar ett lägre pris här.

Kokain

Den vanligaste formen av kokain är saltformen (pulver) medan crack (den fria basen) är sällsynt men en diskret ökning har noterats för 2015. Praktiskt taget all kokain kommer från



Bolivia, Colombia och Peru. Under senare år har produktionen i dessa länder ökat vilket fått konsekvenser för Europa. Det har lett till inte bara ett ökat användande utan själva drogen når användarna i en kvalitet (renhet) som inte förekommit under de senaste tio åren.

Kokain är i Europa sedan några år vanligare stimulansdrog än amfetamin.

Den ur hälsosynpunkt synnerligen farliga drogen crack kokain befaras öka i flera Europeiska länder under kommande år. För närvarande rapporteras viss problematik med crack i Italien och Storbritannien.

Störst beslag av kokain gjordes 2015 i Belgien. Tidigare har det varit Spanien.

Amfetamin/metamfetamin

Beslagen för såväl amfetamin som den starkare varianten metamfetamin har totalt sett inte ökat under 2016. Båda drogerna tillverkas till

JÄMLIKHET PÅ PROMILLENIVÅ

Alkohol ur ett genderperspektiv

Av Sven Wåhlin

Skillnader mellan kvinnor och män i relation till alkohol är ofta stora. Orsaken kan vara genetiskt/biologiskt eller kulturellt betingad. Biologiska skillnader finns i känslighet för hälsoskador, men även olika attityder och dryckesbeteenden påverkar skadeutfallet. På individnivå är variationen mycket stor för tolerans, psykisk effekt av alkohol och olika organs känslighet. Detta har större betydelse än de könsskillnader som ses på gruppnivå. Beskrivningar nedan gäller huvudsakligen på gruppnivå och får tolkas med denna bakgrund.



Sven Wåhlin

I genomsnitt dricker män (15 år och äldre) 12,9 liter ren alkohol per år och kvinnor 5,5 liter. Hos skolorngdom dricker flickor något mer än pojkar. Kvinnors andel av alkoholkonsumtionen har ökat, men tycks nu stabiliseras.

Särskilt äldre kvinnor har ökat sin konsumtion. En orsak är den förbättrade hälsan hos äldre. Exempelvis har 75-åriga svenska kvinnor med riskkonsumtion femtonfaldigats på 30 år, men detta är från en mycket låg nivå till en fortfarande låg nivå jämfört med alla andra grupper. En annan orsak är den ökade jämställdheten och bättre ekonomi.

Det har skett ett generationsskifte: under motbokstiden hade gifta kvinnor inte egen ranson, vilket speglade dåtidens syn på alkohol som en manlig angelägenhet. Yngre kvinnor började dricka alkohol på 1970-talet, då mellanölet var lättillgängligt. Även vin- och matkulturen har bidragit till att göra alkoholen även en kvinnlig angelägenhet.

Dryckesmönster

Bland män är 6 % livslånga nykterister och bland kvinnor 18 %. Kvinnor dricker försiktigare när de dricker. 33 % av männen och 14,5 % av kvinnorna har intensivkonsumerat senaste månaden. Kvinnor dricker oftare ensamma och i skyddade miljöer som i hemmet och män oftare i krogmiljöer. Köns skäl till att dricka kan också variera. Kvinnor dricker oftare för att hantera psykologisk stress och konflikter, d.v.s. hantera negativa känslor. Män

däremot dricker oftare som belöning, på grund av socialt tryck men även vid frustration. Kvinnors favoritdryck är vin, männens öl. Utav all alkohol kvinnor dricker kommer 69 % från vin, för män är siffran 31 %.

En konsekvens av köns olika konsumtion är att männen drabbas av hälsoskador och beroendutveckling betydligt oftare än kvinnor.

Våra sociala normer säger att kvinnor bör dricka mindre än män (ungdom och unga vuxna möjligen undantagna). Detta har delvis en biologisk grund då kvinnor blir mer berusade än män på samma mängd alkohol. Orsaker är att kvinnor i genomsnitt väger mindre än män samt att halten kroppsvatten är lägre. Alkohol är främst vattenlösligt, och med större volym att spädas ut i blir mäns promillehalt lägre vid samma konsumtion. Ytterligare små skillnader kan finnas i absorption och levermetabolism. Summa summarum får kvinnor som konsumerar samma mängd alkohol som en man i genomsnitt 20-30 % högre promillehalt i blodet.

Förutom att kvinnor i allmänhet får en högre promillehalt än män vid alkoholkonsumtion är de i flera avseenden mer känsliga för alkoholens skadeeffekter. Detta gäller särskilt vid hög alkoholkonsumtion, men inte säkert vid en låg/måttlig konsumtion. Män är mer risktagande och råkar ut för fler olyckor än kvinnor, även vid låg/måttlig konsumtion.

Vid högkonsumtion utvecklas hälsoskador snabbare hos kvinnor än män, och kvinnorna får en större förkortning av livslängd. Dödsor-



“Jämlikhet på promillenivå”

kvinnan dricker mindre än mannen, men når samma promillehalt

saker är då oftast samma som befolkningen i stort, d.v.s. hjärt-kärlsjukdom och cancer, men hos män är även olycksfall en framträdande dödsorsak.

Några diagnoser där man ser en särskilt tydlig könsskillnad är leverskada, hjärnskada, perifer neuropati, hypertoni, cancer och fertilitet.

Alkoholberoende

Det är 4,4 % som i Sverige uppfyller kriterier för alkoholberoende (punktprevalens). Att män dricker mer än dubbelt så mycket som kvinnor och dricker på mer skadligt sätt återspeglas i beroendeprevalensens siffror: män 6,7 %, kvinnor 2,8 %. Kvinnor börjar dricka mer senare i livet, men går snabbare igenom faserna från riskdrickande till alkoholberoende. Hälften av alkoholberoende kvinnor utvecklar sitt beroende först efter 40 års ålder. Det saknas bra svenska siffror för livstidsprevalens för män, men med ledning av svenska studier på kvinnor och data från USA bör det vara kring 15 % för könen gemensamt.

Kvinnor med alkoholberoende har oftare psykiatrisk samsjuklighet som ångest och depression, men även högre grad av somatisk samsjuklighet såsom diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Män med alkoholberoende har högre frekvens skador och olyckor.

Behandlingsutfall är likartat för män och kvinnor.

Normer och attityder

Ofta uppfattas alkoholkonsumtion som en del i den manliga könsrollen, men inte som en del i kvinnlig. Globalt är attityder till kvinnors drickande mer negativa än till mäns drickande, särskilt vad gäller intensivkonsumtion. Detta återspeglas i konsumtion och andel nyktra i olika länder. Nordamerika och Europa har här minst skillnader mellan könen och Sydostasien störst. Personer som inte stämmer in i sin kulturs sociala könsroller har mer alkoholproblem. Är man ”välanpassad” till förväntningar på könsrollen har man mindre problem, även om man dricker mer.

Homo-, bi- och transsexuella personer har generellt en högre alkoholkonsumtion, frekventare riskbruk, frekventare alkoholberoende samt har ett mer riskabelt sexuellt beteende efter alkoholinlag. Det senare var särskilt aktuellt under aids-vågen i Sverige på 1980-talet, men är fortfarande ytterst aktuellt i de länder som i dag är svårt drabbade av aids, såsom flera afrikanska länder, särskilt Sydafrika.

I Sverige pågår ett arbete för att fastställa nya riktlinjer för lågriskkonsumtion. Dagens riktlinjer för riskbruk ligger på mer än 14 standardglas per vecka för män och mer än 9 för kvinnor. Nackdelen med riskbruksbegreppet är att det felaktigt kan uppfattas som riskfritt att dricka mindre än vad riskbruksgränsen anger. Ingen konsumtion är emellertid säkert riskfri. Begreppet lågriskkonsumtion kan inte missförstås på samma vis och ersätter nu riskbruksbegreppet i allt fler länder.

Se även www.ces.sll.se

En utförlig artikel finner du i AllmänMedicin. 2018;2:16-18. Kan hämtas från: <http://www.sfam.se/tidskriften>

Referenser erhålles på begäran till redaktionen.

NYXOID[®]

naloxon

Nytt nasalt läkemedel

för akut behandling vid livshotande opioidöverdos

Nyxoid[®] (naloxon) är den första godkända intranasala sprayen för reversering av en opioidöverdos. Nyxoid[®] erbjuder en enkel och nålfri administration.



Kontakta oss gärna om du vill veta mer om Nyxoid[®]. Besök www.nyxoid.com för att ta del av ett utbildningsmaterial som tagits fram av Mundipharma AB i samråd med Europeiska Läkemedelsmyndigheten EMA. Materialet är avsett för vårdpersonal, patienter och närstående som kan komma att ge Nyxoid[®].

Ansökan om pris och subvention är inskickade till TLV.

Nyxoid[®] (naloxon) 1.8 mg Nässpray, lösning, 2 förfyllda endosbehållare med 0.1 ml (Rx) ATC-kod: V03AB15

Indikation: Akut behandling av känd eller misstänkt opioidöverdos som yttrar sig som andningsdepression och/eller depression av centrala nervsystemet, både i och utanför vårdinrättningar, för vuxna och ungdomar 14 år och äldre. Varningar och försiktighet: Nyxoid ska endast göras tillgängligt när individens lämplighet och förmåga att administrera naloxon under korrekta omständigheter har fastställts. Patienter eller annan person som kan komma att administrera Nyxoid måste få anvisningar om dess korrekta användning och vikten av att uppsöka läkarvård. Nyxoid ersätter inte akut läkarvård. Patienten ska övervakas medan akutsjukvård inväntas. Senaste översyn av produktresumé feb. 2018.

För ytterligare information och pris se www.fass.se

Innehavare av godkännande för försäljning: Mundipharma Corporation Limited, Cambridge.
Marknadsförs av: Mundipharma AB, Mölndalsvägen 30B, 412 63 Göteborg.
+46 31 773 75 30. info@mundipharma.se. www.mundipharma.se



Nordic Drugs Stora Pris 2018 PRIO-projektet

Forts. från sidan 8

primärvårdsproblem såsom ledvärk, andnings-svårigheter, infektioner och hudutslag, men med en överrepresentation av blodsmitta och traumatiska skador (såväl akuta som restsymtom efter äldre trauman). Då många patienter uppgav att de saknade, eller hade haft mycket sporadisk primärvårdskontakt tidigare, utformade vi studien som en enkät där patienterna vid fyra av Malmös fem LARO-mottagningar fick skatta sin fysiska hälsa, beskriva symtom, samt ange om de hade någon kontakt med sjukvården för detta.

I samma veva fick projektet sitt namn. PRIO är en förkortning för Primärvård i LARO, och är tänkt att föra associationerna till prioritering. Syftet med projektet är att prioritera en röstsvag grupp med förmodat hög ohälsa genom att anpassa vården till patienternas förutsättningar.

I september 2017 dubblerades PRIO-verksamheten från två till fyra enheter, så att samtliga LARO-enheter inom Beroendecentrum Malmö (LARO Matris, LARO Hasselgatan och LARO Bokgatan) fick tillgång till läkartider on-site. Respektive mottagning har sedan dess primärvårdsläkare på plats 2-3 timmar en dag varannan vecka. Patientflödet är i regel högt då obokade tider eller uteblivna besök kan tas i anspråk som drop-in tider. Implementeringen har varit oproblematisk på samtliga enheter, och bestått i ett möte med LARO-personal och primärvårdsläkare som beskriver konceptet och därefter start av verksamheten.

Smärtproblematik och bristande tandhälsa

Studien som beskrevs ovan genomfördes under 2017. Resultaten, som är opublicerade och därför inte beskrivs i detalj, var nedslående både avseende symtombilden hos patienterna och vårdsökandet. Smärtproblematik och bristande tandhälsa stack ut som extremt vanligt. Högst siffror för symtom som patienterna inte sökte vård för såg vi för smärta och sexuella/gynekologiska problem.

Den sparsamma forskning som finns kring primärvård för patienter med narkotikaberoende lyfter fram vikten av *availability*, det vill säga tillgänglighet avseende tid, plats, sekretess och kostnad, och *acceptability*, alltså i vilken mån patienterna själva godtar vården och personalen. Under de snart fem år som PRIO-projektet utvecklats, så har vi utgått från dessa framgångsfaktorer. Vi har också tagit fasta på att försöka minska de barriärer mot primärvården som förenklat kan sammanfattas i *nedprioritering*, *rädsla* och *okunskap*. Även

barriärer mot vårdsökande har undersökts vetenskapligt i vår forskargrupp, men då resultatet är opublicerat kan de inte beskrivas i detalj.

LARO-patienter prioriterar inte fysisk hälsa

Översiktligt så är vårt intryck att patienter i LARO-behandling både under perioder av mer aktivt narkotikabruk men också vid substitutionsmedicinering, inte prioriterar sin fysiska hälsa särskilt högt. Det betyder dock inte att patienterna inte är intresserade av, eller oroliga över, hälsofrågor. Tvärtom är många oroliga men upplever hela processen med tidsbokning och passande av tider, som omständlig och krånglig. Prioriteringsfrågan kan också relateras till övrig psykiatrisk komorbiditet som ytterligare försvårar aktivt vårdsökande. Genom att flytta primärvården till patienterna hoppas vi kunna minimera hindret för vårdsökande som består i att ringa vårdcentralen på särskilda tider, vänta i telefonkö, få en tid längre fram och komma ihåg denna, när dagen väl kommer.

Den andra stora barriären gentemot vårdsökande är oro för stigmatisering, bagatellisering och dåligt bemötande, grundad i tidigare erfarenheter eller farhågor. Därför lägger vi vikt vid kontinuitet i läkarmötet, samt att primärvårdsläkarens uppgift ska vara tydligt avgränsad till fysiska besvär, och patientens droghistoria och LARO-behandling ska inte stå i fokus.

En tredje barriär är relaterad till okunskap om den egna kroppen och om sjukvårds-

systemet. I våra studier uppger en majoritet av LARO-patienterna att de vet när och hur man ska kontakta vårdcentralen. Samtidigt ser vi i kliniken stora problem med bristande kroppskänedom och förståelse av utredningsförfarande. Genom att personalen på LARO informerar patienterna om att de kan få läkartid på LARO-mottagningen så kan man också förebygga obehandlade tillstånd som är lätta att åtgärda i primärvård men som kan ge stora hälsomässiga konsekvenser om patienten väntar med att söka sjukvård tills det blivit läge att söka akuten.

Vi som arbetar med PRIO upplever positiva effekter av att tätt integrera psykiatri och somatisk sjukvård: dels genom bättre hälsa för patienterna, men också genom en mer effektiv vårdkedja där tomma läkartider och uteblivna besök blir ett icke-problem.

Nästa steg i PRIO-projektet blir att även integrera fysioterapeuter från primärvården för on-site-bedömningar och behandlingar på LARO, vilket ter sig nödvändigt utifrån den omfattande smärtproblematik vi ser i patientgruppen. Framtida utmaningar rör vårdbehov hos den äldre LARO-populationen, och den bristande tandhälsan. Genom att bygga sjukvården runt patienten och dennas behov hoppas vi dock successivt kunna förbättra såväl hälsan som förtroendet för sjukvården i en ofta åsidosatt patientgrupp.

Gamla nummer av BULLETIN



I och med den grafiska uppdateringen och nya gränssnittet för vår hemsida, kommer från och med i år att samtliga äldre nummer av Bulletin ligga kvar för läsning. Har du glömt koden - maila redaktören så får du rätt till öppning av medlemsbladet. Du måste naturligtvis vara medlem av föreningen!

Vad händer med drickandet i Sverige? — en framtidsspaning

Före sommaren genomfördes en spännande konferensdag om alkoholen och framtiden i vårt land. Arrangörer var Beroendecentrum Stockholms alkoholmottagning Riddargatan 1, STAD (Stockholm förebygger Alkohol och Drogproblem) och IQ-initiativet. Syftet var att diskutera vad som händer med drickandet i Sverige; om svenskarna blir mer hälsomedvetna och restriktiva i synen på alkohol; om dagens stigmatisering av alkoholproblem och behandling kommer att minska.

Konferensen inleddes med att hälso- och sjukvårdslandstingsrådet i Stockholm, Anna Starbrink (L), presenterade nya förslag på riktlinjer för lågriskkonsumtion av alkohol. Då de nationella myndigheterna inte velat ta sig an denna fråga har landstinget i Stockholm gjort detta genom sitt Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (rapporten med nya lågriskrekommendationer finns att ladda ner från <http://ces.sll.se>). Starbrink talade också om behovet av göra modern beroendevård mer tillgänglig för den stora grupp med beroende som hittills dragit sig för att söka hjälp.

Johan Franck, verksamhetschef för Beroendecentrum Stockholm, lyfte fram digitala lösningar och e-hälsa som det viktigaste spåret för att nå dessa nya grupper.

Den internationellt ledande alkoholforskaren Tom Babor diskuterade i sin presentation behovet av att länka screening och kort



”Något av det viktigaste är att människor vågar söka den hjälpen utan att stigmatiseras och stämplas”.

Anna Starbrink
Hälso- och sjukvårdshälsolandstingsråd, Stockholm

rådgivning till breda politiska initiativ (pris, tillgänglighet, opinionsbildning), då forskningen hittills talar mot att isolerade insatser i sjukvården kan göra någon större skillnad för att minska alkoholkonsumtionen på befolkningsnivå.

En rad nya initiativ presenterades

Under dagen presenteras en rad nya initiativ, bl.a. Internetprogram, insatser mot det ökade riskdrickandet bland äldre, projektet *Fotboll utan fylla*, nya metoder för behandling av alkoholproblem och stöd för barn och andra

anhöriga. Ulrika Bjarre från SLSO (Stockholms Läns Sjukvårdsområde) presenterade ett lovande grepp från primärvårdens ledning där man årligen väljer ut vissa områden för kvalitetssatsningar, och i år bestämt sig för att satsa på alkohol. Detta innebär ett incitament för vårdcentralerna att utveckla sitt arbete inom alkoholområdet. Man mäter då pre och post hur ofta alkoholvanor efterfrågas vid diagnoserna högt blodtryck, förmaksflimmer, ångest och depression, samt hur ofta det följts upp med någon insats. Internutbildning erbjuds genom lokala dialogseminarier inom ramen för SLSO:s projekt Vårdelyftet. Denna satsning leder till ett ökat intresse från primärvården att fortbilda sig inom alkoholområdet. De kan då vända sig till Riddargatan 1, som har ett uppdrag att erbjuda sådan utbildning

I en uppskattad paneldiskussion *Vad händer med drickandet, opinionen och politiken i Sverige?* gick åsikterna skarpt isär om utvecklingen. Linda Engström från IOGT/NTO var

kritisk och menade att såväl riksdag och regering, liksom opinionsbildare hade avfört alkoholfrågan från dagordningen, medan Widar Andersson, med förflutet från Hasselarörelsen och numera frispråkig (s)-debattör, menade att på det stora hela hade alkoholfrågan utvecklats betydligt bättre än som befärades vid Sverige EU-anslutning 1995.

Under dagen genomfördes också tre parallella workshops där nya grepp inom internetbehandling, primärvården och specialistvården diskuterades. I en informell omröstning bland deltagarna om var de själva skulle föredra att söka hjälp om de hade alkoholproblem segrade internet stort.

ELIMINERA HEPATIT C!

En utbildning om hur vi kan samarbeta för att eliminera hepatit C i Sverige till 2030

Vi är glada och stolta att få bjuda in till regionala, kostnadsfria workshops på temat **Samarbete för eliminering av hepatit till 2030**. Mötena riktar sig till läkare och sjuksköterskor på infektionskliniker, beroendekliniker, LARO-enheter, kriminalvård och annan vårdpersonal med intresse för området.

Målet med mötena är att öka kunskapen om:

- Hur vi nationellt och inom regionerna kan samarbeta för bästa prevention och behandling
- Genomförande av Hepatit C-behandling i praktiken på och utanför infektionsklinikerna
- Blodsmitta, hepatit B och C
- Minskat riskbeteende
- Vaccination mot hepatit B

Föreläsare & programgrupp (3-4 per möte):

Marianne Alanko-Blomé, Soo Aleman, Mikael Carlsson, Ann-Sofie Duberg, Martin Kåberg, Martin Lagging, Simon Larsson, Karin Lindahl, Anders Nystedt, Anna Ogionwo Jerkeman, Stephan Stenmark samt lokala hepatitsjuksköterskor från respektive region.

Preliminära tider för samtliga möten:

13.30 – 17.20 inklusive en grab-and-go lunch, kaffe och fika samt intressanta föreläsningar och diskussioner

*Samtliga möten kommer även att livestreamas till utvalda kliniker inom respektive region – för mer information anmäl intresse via mediahuset.link/beroende

Mötet är gratis för all vårdpersonal.
ANMÄLAN VIA: mediahuset.link/beroende

Vid frågor gällande detta eller andra av våra möten och utbildningar, vänligen kontakta **Niklas Lundblad** på Mediahuset i Göteborg AB:
Direkt: 031 – 707 24 40, **Mobil:** 070 – 674 86 89 **Email:** niklas@mediahuset.se

Umeå
2018-11-06

Malmö
2018-11-14

Stockholm
2018-11-20

Göteborg
2019-02-07

Örebro
2019-02-14

Jönköping
2019-02-27

Webben*
Samtliga
datum ovan



Sedix[®] (*Passiflora incarnata*) vid mild oro och insomningsbesvär

Oro och beroende

Oro är vanligt förekommande i samband med beroendeproblematik. Oro är ofta åtföljt av sömnbesvär. Sedix är ett traditionellt växtbaserat läkemedel använt vid lindrig oro och tillfälliga insomningsbesvär. Inga överdoseringsfall har rapporterats och oönskade effekter förväntas inte när behandlingen avslutas. Dosering kan vid behov titreras upp i samråd med läkare.



- ✓ Vid mild oro
- ✓ Vid tillfälliga insomningsbesvär
- ✓ Inget beroende rapporterat ¹



Säljs receptfritt på apotek

Sedix[®] (*Passiflora incarnata*) Receptfritt. Tablett 200 mg. **Indikationer:** Traditionellt växtbaserat läkemedel använt vid lindriga symtom på nervös anspänning såsom oro, irritabilitet och tillfälliga insomningsbesvär. Indikationerna för ett traditionellt växtbaserat läkemedel grundar sig uteslutande på erfarenhet av långvarig användning. Sedix är avsett för vuxna och ungdomar över 12 år. **Dosering:** Nervös anspänning: 1 till 2 tabletter morgon och kväll. **Sömnsvårigheter:** 1 till 2 tabletter på kvällen, en halvtimme före läggdags. **Interaktioner:** Samtidig användning av Sedix och syntetiska sedativa läkemedel (t.ex. bensodiazepiner) rekommenderas inte, såvida inte samtidig användning har ordinerats av läkare. **Varningar och försiktighet:** I brist på tillräcklig data rekommenderas inte användning av Sedix till gravida, ammande eller barn under 12 år. Patienter som känner sig påverkade av detta läkemedel ska inte framföra fordon eller hantera maskiner. Behandlingen bör inte överstiga 6 månaders kontinuerlig användning. **Biverkningar:** Inga biverkningar har rapporterats. TVBL. EF. Översyn av produktresumé 2016-11-21, för mer information se www.fass.se.

¹Europeiska databasen för rapporter om misstänkta biverkningar, <http://www.adrreports.eu/sv/index.html>

European Drug Report 2018

Forts från sid. 15

största delen inom Europa (Belgien, Nederländerna och Polen). Sedan 2002 ökar beslagen av metamfetamin på bekostnad av amfetamin.

Amfetaminintag noteras störst i de nordliga länderna inom EU medan kokain är vanligare söderut. Metamfetaminbruket har tidigare huvudsakligen varit lokaliserat till Tjeckien och Slovakien, men sedan några år ökar spridningen till fler länder.

MDMA

Det var en rejäl nedgång i användandet av MDMA (Ecstasy) under åren runt mitten av 2000-talet, men sedan 2016 har det skett en markant ökning i flera länder medan några ser en minskning.

Den illegala tillverkningen av Ecstasy för den europeiska marknaden sker i Belgien och Nederländerna. Polis stängde under 2016 i dessa två länder 11 ecstasylaboratorier.

Nya psykoaktiva substanser (NPS)

Totalt sett är problem med NPS än så länge inte så stort i Europa. Det är endast ett fåtal individer som under senaste året upplevt problem och påbörjat behandling för sitt intag. Det är vanligen i samhället marginaliserade grupper som intar NPS.

Dock är antalet substanser som går under beteckningen NPS stort. EMCDDA har kontrollerat 670 olika fram till 2017. De flesta har nått marknaden under de senaste 5 åren. Långt ifrån alla är narkotikaklassade. Det finns illegala laboratorier i Europa, men de flesta NPS-drogerna tillverkas i och levereras från Kina.

Det är katinoner och syntetisk cannabis som svarar för ungefär 80 procent av alla beslagtagna NPS-substanser. Mängden har inte ökat utan snarare ses en lätt minskning mellan 2016 och 2015.

En översiktsartikel om de nya psykoaktiva substanserna finns i Bulletin 2016;3:13.

Syntetiska opioider

Sedan 2009 har EMCDDA fått rapporter om 38 nya syntetiska opioider; 13 nya under 2017. Det är fentanyl (28 av de 38) som dominerar beslagen av dessa. Totalt är dock dessa syntetiska droger en liten del av den totala mängden i Europa. Dock tar varje användare en stor hälsorisk – fentanylerna är betydligt starkare än heroin och utgör därmed en större risk för allvarliga skador.

I USA är fentanylerna ett stort problem. Mycket talar för att den pågående opioidkrisen bottnar i det ökande användandet av fentany-

ler med dödlig utgång till följd av överdoser.

Syntetisk cannabis

Användningen av syntetiska cannabinoider är i Europa ringa, men väl använd har drogen avsevärd potential att orsaka skada. Det sker en allvarlig ökning och beslagen av syntetisk cannabis ökade kraftigt från 2016 till 2017.

Turkiet har uttalade problem med syntetisk cannabis med en total ökning av narkotikainducerad död som anses delvis bero på denna drog.

Även om volymen är liten förekommer det en uppsjö av varianter av syntetisk cannabis. Sedan 2008 har EMCDDA noterat 179 olika varianter; under 2017 har 10 nya tillkommit.

Syntetiska katinoner

De syntetiska katinonerna har en effekt som liknar amfetamins/kokainets och även ecstasys. Totalt har 130 varianter upptäckts i Europa. De flesta katinonerna administreras i pulverform. Omfattningen av intaget av katinoner är i Europa liten.

Narkotikarelaterade skador

Det är heroin och kokain som dominerar skadeutvecklingen med cannabis på tredje plats. Intressant är att GHB (som är föga förekommande inom EU) kommer på fjärde plats. Sedan följer amfetamin, MDMA och på sjunde plats syntetisk cannabis.

När det gäller dödsfall relaterade till narkotika kommer Estland på första plats med 132 dödsfall per miljon invånare. Sverige intar den inte mindre hedrande andraplatsen med 88/miljonen invånare (dock för första gången sjunker dödligheten). Sedan följer Norge (81), Irland (70) och Storbritannien (70). Det är opioider som dominerar i statistiken.

Se hela rapporten på EMCDDAs hemsida (www.emcdda.europa.eu)

VAD ÄR

Meskalin

är en naturligt förekommande psykedelisk alkaloid som är kemiskt besläktad med transmittorer i hjärnan. Den psykedeliska effekten liknar den som LSD frambringa om än något svagare. Meskalin (C₁₁H₁₇NO₃) är ett derivat av fenetylamin.



Meskalin finns i skotten på peyotekaktusen, som växer i Mexico och närliggande områden i Nord- och Mellanamerika. Med kol-14-metoden har forskarna funnit att indianerna sedan nästan 4 000 år f.Kr. känt till peyotekaktusens meskalin och då sannolikt också dess effekt. De mexikanska indianerna använde meskalins psykedeliska effekt i religiöst rituella sammanhang för att i ruset nå högre makter, även nå döda anhörigas själ.

Meskalin framställs idag på syntetisk väg och enbart för ruseffekten, som varar mellan 8 och 10 timmar. Det finns en korstolerans mellan meskalin och LSD och även mellan meskalin och psilocybin (finns i svampar). Att smaska på peyoteknopparna var nog ingen höjdpunkt eftersom de har en starkt besk smak.

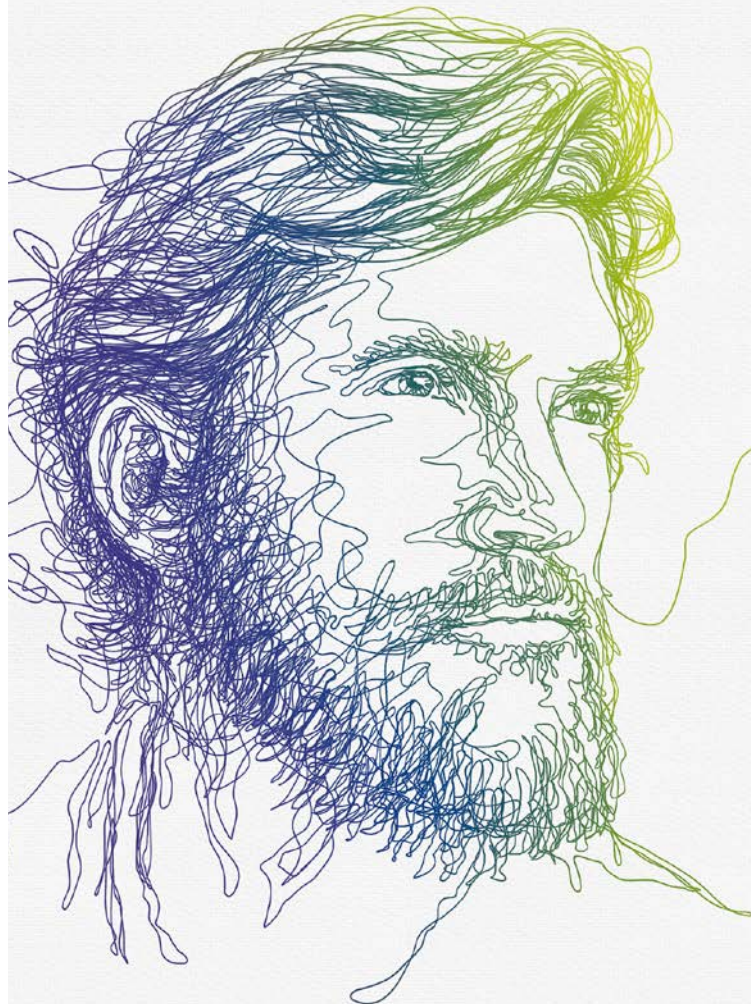
En varm anhängare av meskalin var författaren Aldous Huxley, som i sin bok *Doors of Perception* menade att effekten "öppnar portarna till medvetandet".

Hjärntvätt

Det var knappast portöppnandet till lyckligt medvetande à la Huxley som gjorde att nazisterna under andra världskriget gjorde vetenskapliga försök med meskalin för att i förhör genom "hjärntvätt" få fram gravrande uppgifter. Det skedde under sedvanlig tysk noggrannhet i utrotningslägret Auschwitz.

När amerikanska armén rensade lägret lade man beslag på de tyska vetenskapliga rapporterna om användningen av meskalin och fann de så pass intressanta att man fortsatte utforska drogen under bl.a. koreakriget för att hos krigsfångar avslöja ryska spioner. Det amerikanska meskalinet gick under beteckningen MK Ultra (Mind Kontrol Ultra – med "K"!).

Det finns ingen medicinsk indikation för meskalin.



SUBOXONE – RIKTLINJERNAS FÖRSTAHANDSVAL¹ VID LÄKEMEDELSASSISTERAD BEHANDLING FÖR OPIATBEROENDE¹

- ▶ Suboxone finns nu som en praktisk 16 mg-tablett, för enklare dosering och administrering.²
- ▶ Suboxone är den första kombinationen av buprenorfin och naloxon.
- ▶ Suboxone har låg risk för missbruk och andningsdepression.
- ▶ Nytt/riskprofilen för Suboxone har visats genom erfarenhet från över 2,5 miljoner patientbehandlingsår.

Suboxone[®]
buprenorphine/naloxone **16mg/4mg**

SUBOXONE (BUPRENORFIN OCH NALOXON I FÖRHÅLLET 4:1) Sublinguala resoribletter, 2 mg/0,5 mg, 8 mg/2 mg samt 16 mg/4 mg, N07BC51, Medel vid opioidberoende, buprenorfin, kombinationer. Receptbelagt läkemedel. Vid förskrivning krävs särskild receptblankett och förskrivarkod. F samt Ff (16 mg/4 mg 7 sublinguala tabletter ej förmån).

⚠ Läkemedlet är narkotikum enligt Läkemedelsverkets förteckning IV. Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.

INDIKATION: Substitutionsbehandling vid opioidberoende inom ramen för medicinsk, social och psykologisk behandling. Syftet med naloxon som ingrediens är att förhindra intravenöst missbruk. Behandlingen är avsedd för användning hos vuxna och ungdomar över 15 år, som har samtyckt till behandling mot sitt missbruk. **KONTRAINDIKATIONER:** Överkänslighet mot de aktiva substanserna eller mot något hjälpämne. Svår respiratorisk insufficiens. Svår leverinsufficiens. Akut alkoholism eller delirium tremens. Samtidig administrering av opioidantagonister (naltrexon, nalmeften) vid behandling av alkohol- eller opioidberoende. **VARNINGAR OCH FÖRSIKTIGHET:** Risk för felanvändning, missbruk och diversion föreligger. Dödsfall har rapporterats i samband med intag tillsammans med buprenorfin och bensodiazepiner, samt andra centralt dämpande substanser som alkohol eller andra opioider. Buprenorfin/naloxon kan orsaka allvarig, eventuellt dödlig, andningsdepression hos barn och icke-beroende personer vid fall av oavsiktlig eller avsiktlig förtäring. Läkemedel som hämmar enzymet CYP3A4 kan leda till förhöjda koncentrationer av buprenorfin. **GRAVIDITET OCH AMNING:** Buprenorfin kan framkalla andningsdepression och/eller abstinenssyndrom hos det nyfödda barnet. Suboxone bör tas under graviditeten endast om den potentiella fördelen uppväger den potentiella risken för fostret. Amning ska avbrytas under behandling med Suboxone. **TRAFIK:** Suboxone kan orsaka dåsigthet, yrsel eller nedsatt tankeförmåga. Patienter bör varnas för att framföra fordon eller använda farliga maskiner ifall Suboxone påverkar deras förmåga att utföra sådana aktiviteter.

För ytterligare information och pris se: www.fass.se

Innehavare av godkännande för försäljning: Indivior UK Limited, 103-105 Bath Road Slough Berkshire, SL1 3UH, Storbritannien.
Tel: +800 270 81 901 E-post: PatientSafetyRoW@indivior.com
Tillverkar: Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Dansom Lane, Hull, East Yorkshire HU8 7DS, Storbritannien.
Datum för översyn av produktresumén: 16.11.2015

1. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning, p44, 2015. Socialstyrelsen, Stockholm.
2. Produktresumé Suboxone 2015-12-16.

Största och mest detaljerade studien hittills:

Alkohol dödade nästan 3 miljoner människor under 2016



Från University of Washington i Seattle sammanställs de mest omfattande studierna över global hälsa (Globen Burden of Diseases - GBD) och i augusti i år publicerades den största och mest detaljerade studien någonsin rörande alkohols roll för hälsan. Rapporten är publicerad i *Lancet* och resultatet är kristallklart: det finns inga säkra gränser för alkohol, även ett tillfälligt måttligt intag är skadligt för hälsan.

Denna enorma studie som omfattar 592 studier som inkluderar 28 miljoner människor världen över bekräftar resultat från några andra välgjorda studier (metaanalyser), som kommit fram till samma slutsats. Denna studie motsäger inte andra studier som visar att en mindre mängd alkohol kan ha hjärtskyddande effekt, möjligen även skydd från diabetes och stroke. Men, framhåller Seattle-rapporten med eftertryck: **dessa möjliga fördelar överflyglas totalt och skoningslöst av de skadliga effekterna som alkohol ger upphov till.**

Alkohol viktigaste orsaken till global ohälsa

Alkohol är den viktigaste orsaken till ohälsa sett ur ett globalt perspektiv. Risken ökar med ökad konsumtion, främst när det gäller cancer. Finns det någon nedre säker gräns för alkoholintag? Studien ger ett entydigt svar: nej.

Alkohol ligger således många gånger bakom utvecklingen av cancer. Framför allt gäller detta personer som är 50 plus, speciellt kvinnor. I ett globalt perspektiv orsakar alkohol 27,1% av dödsfallen i cancer för kvinnor och 18,9% motsvarande för män.

För yngre är alkohol förknippad med dödlig utgång i tuberkulos, trafikolyckor och självsador.

De länder som har högsta andelen döda till följd av alkohol (2016) kommer sju på tio-i-topplistan från de baltiska staterna, Östeuropa och Centralasien (Ryssland, Ukraina, Litauen, Belarus, Mongoliet, Lettland och Kazakstan). De återstående tre är Lesotho, Centralafrikanska republiken och Burundi. Studien har också noterat prevalensen i procent för alkoholintag (alla åldrar 2016) och då får vi för män en dys-

ter tio-i-topplista med Danmark på ledande plats, tätt följt av Norge, Argentina och Tyskland. Island ligger på 10:e plats; Sverige platsar inte i denna grupp.

Motsvarande 10-lista för kvinnor är inte mycket vackrare. Även här leder Danmark före Norge, Tyskland och Argentina. Sverige ligger på 9:e plats med Island precis efter sig.

Anledning till eftertanke

Författarna till denna genomgång av GBD menar att det finns anledning till eftertanke och översyn över alkohols roll i samhället. I en kommentar i *The Lancet* rekommenderar Robyn Burton och Nick Sheron från King's College respektive University of Southampton tre effektiva åtgärder för att få ner alkoholkonsumtionen: pris- och skattereglering, marknadsföringsregler och restriktiv tillgänglighet.

The Lancet's redaktör Richard Horton sammanfattar i en ledare: "We now understand that alcohol is one of the major causes of death in the world today".

Originalartikeln: Alcohol use and the burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. www.healthdata.org. Hela artikeln med alla data finns i *The Lancet*.

Systembolaget och alkoholforskning

Sedan 2017 har Systembolaget ett anslag för alkoholforskning på tio miljoner kronor. Förutom pengar till specifika områden har sex miljoner avsatts till fria anslag och en miljon av dessa är öronmärkta för en junior forskare som har disputerat högst tre år före ansökan. Detta nya initiativ är för att stimulera tillväxten inom alkoholforskningsområdet.

Med samma syfte har Systembolaget också instiftat ett särskilt forskarstipendium att utdelas årligen till en ung alkoholforskare.

Systembolaget delfinansier sedan länge en professur i klinisk alkoholforskning vid Lunds universitet. Första professuren innehades av Mats Berglund och för närvarande innehas denna av Hanne Tønnesen. Till denna professur är Bertil Göransson's resestipendium knutet. Det är ett stipendium som finansieras av Systembolaget och tilldelas unga forskare.

Därtill delfinansierar Systembolaget WHO's Collaboration Center i Lund. Det är ett av 700 centra i världen som arbetar för att implementera hälsofrämjande arbete med fokus på alkohol, tobak, droger, nutrition, fysisk aktivitet och samsjuklighet.



Professor Sven Andréasson får årets Kunskapspris på 100 000 kronor från Systembolaget för sina betydande insatser inom alkoholforskningen och bidrag till arbetet med att minska alkoholskador – forskning som ofta varit direkt överförbar till praktiskt arbete.

Overläkare Sven Andréasson är professor i socialmedicin vid Karolinska Institutet och i den kliniska vardagen chef för Riddargatan 1 (Mottagningen för alkohol och hälsa) som är en öppenvårdsmottagning för personer med alkoholproblem. Mottagningen fokuserar framförallt på förebyggande insatser och att minska stigmata kring alkoholberoende.

Systembolaget delar också ut ett Juniorstipendium som 2018 gick till socionom **Jonas Raninen** som forskare på Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning. Han får stipendiet för sina forskningsinsatser om faktorer som påverkar förändrade dryckesvanor, som till exempel sambandet mellan alkoholkonsumtion i ungdomen och senare i livet. Stipendiet är på 50 000 kronor.

I korthet

Nytt koncept för föreningens augustikonferens planeras

Senaste styrelsemötet hölls i Göteborg i anslutning till vår förenings augustikonferens, som kan komma att förändras rejält inför nästa år om alla pusselbitar faller på plats. Den viktigaste är sponsring.

En arbetsgrupp inom styrelsen under ledning av Markus Heilig planerar inför en mer omfattande konferens i föreningens regi den 21 – 22 november 2019. Ämnet för konferensens arbetsnamn är ”Är beroende en kronisk recidiverande hjärnsjukdom?” De två dagarna ska struktureras i en allmän och en specifik. Olika föreläsare finns påtänkta. **Förutsättning för att mötet** kan ske är en kraftfull extern sponsring tillsammans med rimlig deltagaravgift. Lokal är diskuterad och bör vara lätt tillgänglig för så många som möjligt, d.v.s. någonstans i Mellansverige.

Ett femtontal medlemmar invaldes.

Styrelsen presenterar en möjlig producentberoende utbildning som leder till någon form av certifiering efter kunskapsinhämtande i underhållsbehandling. Olika format för utbildningen kan tänkas, ett är exempelvis som en METIS-kurs, annat som en orienteringskurs med lägre ställda kunskapskrav. Sfb:s utbildningsutskott kan vara lämplig kvalitetsgarant. Markus Heilig ansvarar för ett utbildningskoncept och går sedan vidare med förfrågan till olika aktörer. Positivt respons har hittills kommit från Indivior.

Styrelsen konstaterar att det finns ett dåligt intresse för att förbättra beroenderegistret ur vetenskaplig synvinkel. Det nuvarande är en stockholmsprodukt som inte funnit större gehör i landet i övrigt. Det finns rapport om att finansieringen framledes är tveksam. Då ett beroenderegister är viktigt kommer styrelsens ordförande att kontakta registerhållaren inför fortsatt diskussion om möjliga förbättringar.

Medberoende som diagnos har under senare tid ventilerats i några sammanhang och styrelsen har med stor förvåning noterat detta och kommer att med eftertryck försöka avstyra fortsatt diskussion.

Barnmorskeförbundet har ställt en fråga till föreningen om det finns möjlighet att ha en ”expertkonsult” i beroendefrågor eftersom förbundets tidigare kanal försvunnit. Styrelsen finner detta angeläget och Åsa Magnusson utses till kontaktperson.

Det finns 18 nationella programområden inom Sveriges Kommuner och Landsting. Jämfört med de somatiska programområdena är det psykiatriska klart underrepresenterat av medicinska specialiteter. Styrelsen uttrycker sin tveksamhet till personsammansättningen och kompetensen av representanterna i psykiatrins programområde. Styrelsen kontaktar Svensk Psykiatrisk Förening för fortsatta diskussioner för att om möjligt förbättra representationen.

Kunskapspriset 2018 Sven Andréasson Jonas Raninen



zubsolv[®] sublingual
(buprenorfin/naloxon) G
tablett

Nytt läkemedel för substitutionsbehandling vid opioidberoende

- en väl etablerad kombination i ny beredningsform.

Zubsolv[®] (buprenorfin/naloxon) erbjuder:

- **Snabb upplösning**
Tabletten upplöses vanligen inom 40 sekunder, och inom 5-10 minuter upplever patienten att den fullständigt har försvunnit.¹
- **Bättre smakupplevelse**
Fler patienter föredrar smaken av Zubsolv[®] än av Suboxone[®].^{2,3}
- **Hög sublingual absorption**
En effektiv absorption innebär att nivån av aktiv substans i blodet kan erhållas med lägre doser av buprenorfin.^{2,3}

Bilden är symbolisk och visar inte tabletternas verkliga utseende.

❖ **RISK FÖR TILLVÄNJNING FÖRELIGGER. IAKTTAG FÖRSIKTIGHET VID FÖRSKRIVNING AV DETTA LÄKEMEDEL.**

Ansökan om pris och subvention är inskickade till TLV.

ZUBSOLV[®] (buprenorfin och naloxon i förhållandet 4:1) Sublingual resoriblett, 1,4 mg/0,36 mg, 5,7 mg/1,4 mg 8,6 mg/2,1 mg. ATC-kod: N07BC51 (Rx). Särskild receptblankett krävs. **Indikation:** Substitutionsbehandling vid opioiddrogberoende inom ramen för medicinsk, social och psykologisk behandling. Syftet med naloxon som ingrediens är att förhindra intravenöst missbruk. Behandlingen är avsedd för användning hos vuxna och ungdomar över 15 år, som har samtyckt till behandling mot sitt missbruk. **Kontraindikation:** Överkänslighet mot de aktiva substanserna eller mot något hjälpämne. Svår respiratorisk insufficiens. Svår leverinsufficiens. Akut alkoholism eller delirium tremens. Samtidig administrering av opioidantagonister (naltrexon, nalmeften) vid behandling av alkohol- eller opioidberoende. **Varningar och försiktighet:** Risk för felanvändning, missbruk och diversion föreligger. Dödsfall har även rapporterats i samband med intag tillsammans med buprenorfin och andra centralt dämpande substanser som alkohol eller andra opioider. Buprenorfin/naloxon kan orsaka allvarlig, eventuellt dödlig, andningsdepression hos barn och icke-beroende personer vid fall av oavsiktlig eller avsiktlig förtäring. Graviditet: Buprenorfin kan framkalla andningsdepression och/eller abstinenssyndrom hos det nyfödda barnet. Zubsolv bör tas under graviditeten endast om den potentiella fördelen uppväger den potentiella risken för fostret. **Amning:** Amning ska avbrytas under behandling med Zubsolv. **Trafik:** Zubsolv kan orsaka däsighet, yrsel eller nedsatt tankeförmåga. Patienter bör varnas för att framföra fordon eller använda farliga maskiner ifall Zubsolv påverkar deras förmåga att utföra sådana aktiviteter. **Senaste översyn av produktresumé** februari 2018. **För fullständig information och pris** se www.fass.se

Referenser: 1. Zubsolv SPC 2. Jönsson, Data on file 3. Fischer A, et al (2015) Drug Dev Ind Pharm. 41(1), pp79-84.

Innehavare av godkännande för försäljning: Mundipharma Corporation Limited.
Marknadsförs av: Mundipharma AB, Mölndalsvägen 30B, 412 63 Göteborg.
+46 31 773 75 30. info@mundipharma.se. www.mundipharma.se

mundipharma

SE/ZUBS-16002

B



Avs. Sternebring/Roslins v 18C/217 55 Malmö

Metadon Nordic Drugs oral lösning

Genom att förskriva Metadon Nordic Drugs 7-pack istället för singelpack, gör du en besparing på hela 40 kr per flaska. Med gällande priser innebär det en möjlighet att spara 15.000 kr per patient och år!

**7-pack i
alla styrkor**



Metadon Nordic Drugs finns i 25 olika styrkor - från 10 mg upp till 200 mg. Läkemedlet är tillgängligt som singelflaska och som förpackning om 7 flaskor. Vill du förskriva 7-pack, ange **1 x 7 flaskor** på receptet.

Metadon Nordic Drugs är framtagen i samarbete med professionen och patienter. På så sätt har vi successivt kunnat anpassa läkemedlet efter de önskemål som kommit fram. Till exempel har förpackningens design tydliggjorts, så att förväxlingsrisk på klinik, för patient och på apotek minimeras.

**METADON
NORDIC DRUGS**

Originalt.

❖ **Beroendeframkallande medel. Iakttag största försiktighet vid förskrivning av detta läkemedel.**

Metadon Nordic Drugs (metadonhydroklorid) är ett medel vid opioidberoende (ATC kod: N07BC02). Metadon Nordic Drugs ingår i förmånen. **Indikationer:** Underhållsbehandling till opioidberoende patienter parallellt med medicinsk och psykologisk behandling och social rehabilitering. **Dosering:** Ett kriterium för behandling med metadon är att patienten deltar i ett "metadonprogram" med läkemedelsassisterad rehabilitering av läkemedelsmissbrukare som godkänts av behörig myndighet. Endast för oral administrering. Läkemedlet får ej injiceras. Dosen måste anpassas för varje enskild patient. **Sortiment och gällande pris:** www.fass.se. **Senaste översyn av produktresumé:** 2015-07-28.

Nordic Drugs AB • Tel 040-36 66 00

1635-1612