

Motion till riksdagen

1989/90:So535

av Karin Israelsson och Marianne Jönsson (båda c)

Läkemedelsmissbruket

Under århundranden har människan använt olika medel för att påverka psyket. De kan ha använts i religiösa eller rituella sammanhang, men säkert lika ofta som berusningsmedel eller som medicinskt botemedel.

Psykofarmaka fick sitt verkliga genombrott i och med att barbituraterna vid seklets början började användas som sömnmedel och lugnande medel. Missbruk rapporterades bara efter något års användning. Barbituraterna hade allvarliga biverkningar och kom ofta att användas som självmordspreparat. Sedan 1984 är de därför avregistrerade i Sverige och borttagna ur den medicinska praktiken.

Talidomid och meprobamat introducerades under 1950 talet. Talidomid registrerades under namnet Neurosedyn. Meprobamat visade sig snart ha samma biverkningar som barbiturater. Neurosedynen visade sig ge grava fosterskador och drogs in efter ett par år.

Under 1970-talet har gruppen lugnande medel och sömnmedel dominerats av bensodiazepinerna. De försäljs under varunamn som Librium, Valium, Sobril, Rohypnol m fl. De är alla narkotika klassade. De har under 1970-talet kommit att alltmer ersätta de äldre medlen. Bensodiazepiner kan dock i likhet med de äldre preparaten ge upphov till beroende respektive missbruk. Medlen har god klinisk effekt och mindre toxicitet, trots det uppstår beroende hos många patienter som får medlen förskrivna.

Bensodiazepinerna används främst vid behandling av ångest, depressioner och sömnbesvär. För många utgör inte läkemedelen några problem och kan anses medicinskt motiverade.

Bruk-beroende-missbruk

För en grupp patienter utgör dock dessa preparat inkörsporten till ett beroende som de inte förväntat sig. All konsumtion sker inom den medicinska praktiken och något missbruk borde därför inte bli aktuellt.

Trots att det sedan länge är känt och accepterat att bensodiazepinerna kan utveckla beroende har någon helt invändningsfri definition av beroende respektive missbruk inte kommit fram.

Inom WHO har flera definitioner lanserats. Definitionen från 1969 anger:

1. *Psykiskt beroende* – på grund av de olika psykiska effekter och upplevelser medlet ger upphov till.
2. *Fysiskt beroende* – i form av utveckling av abstinenssymptom eller tolerans.

Abstinenssymptom innebär karaktäristiska besvär som uppkommer när medlets koncentration minskar i kroppen. Tolerans innebär ett behov av att öka dosen för att uppnå samma effekt.

Övergående abstinensbesvär kan noteras även vid låga doseringar. Ofta rör det sig om en förstärkt återkomst av patientens ursprungsbesvär. Vid mer uttalade former tillkommer förutom ångest och sömnstörningar även nedstämdhet, minnes- och koncentrationssvårigheter. Vid olika studier har det visat sig att abstinensens längd kan vara åtskilliga veckor och månader.

I dag misstänker man att barn till mödrar som använder bensodiazepiner under graviditeten riskerar att få skador. Patienter som varit utsatta för höga doser av dessa medel under graviditeten har i en del fall fått barn som visat en mental retardation och i vissa fall kroppsliga skador. Om dessa orsakats av bensodiazepiner eller ej är ännu ej fullt kartlagt. Detta tyder dock på att det bör vara stor återhållsamhet när det gäller förskrivning av dessa preparat till gravida kvinnor.

Förskrivningsvägar

Det tycks vara relativt få människor som utanför den medicinska praktiken enbart missbrukar psykofarmaka. Ofta är det alkohol- och narkotikamissbrukare som också har psykofarmaka i sin missbruksbild. Man räknar med flera tiotusentals blandmissbrukare.

Preparaten fås vanligen genom en frikostig förskrivning av en eller flera läkare eller via den illegala marknaden. Det finns stora olikheter mellan olika gruppers sätt att använda sömnmedel och lugnande medel. Tydligast är skillnaderna vid en jämförelse mellan män och kvinnor samt mellan olika åldersgrupper. Kvinnorna får nästan dubbelt så många förskrivningar av lugnande medel och sömnmedel. Skillnaderna mellan könen är störst i åldersgrupperna 40–59 år.

De regionala skillnaderna visar sig i den försäljningsstatistik som redovisas. 1986 hade Göteborg och Bohuslän den högsta försäljningen i landet. Detta var mer än dubbelt så mycket som försäljningen i Norrbottens län. Den största förklaringen till dessa skillnader står förmodligen att finna på utbudssidan – i sådant som läkartäthet, läkarnas attityder till och kunskaper om psykiska problem och deras behandling, närheten till apotek m.m.

Genom begränsade insatser som exempelvis skett i Malmö har man lyckats sänka försäljningen av sömnmedel och lugnande medel. Detta skedde genom riktad information till samtliga läkare. På ett år lyckades man genom detta sänka försäljningen med 25 %.

Vi kräver kraftiga insatser i läkarnas utbildning för att förhindra onödig utskrivning av lugnande medel och sömnmedel av bensodiazepiner. Särskilt

bör äldre kvinnors situation uppmärksammas och att det inte förskrivs läkemedel då annan behandling på ett bättre sätt skulle lösa de symptom dessa patienter uppvisar.

I stället för denna förskrivning bör ett annat förhållningsätt till patienternas symptom komma ifråga. Lugnande medel och sömnmedel fyller ibland sin funktion, det får dock aldrig bli en slentrianmässig utskrivning och det är sällan motiverat att skriva ut doser som överstiger ett par dagars förbrukning. Därför bör dessa doser minimeras till högst tio tabletter per uttag.

Kontrollåtgärder för att minska missbruket

Vi anser det dessutom befogat med bättre kontrollmöjligheter som förhindrar att vissa läkare alltför frikostigt skriver ut dessa preparat inte minst till missbrukare av alkohol och narkotika. Det finns all anledning att se allvarligt på att man ersätter ett beroende med ett annat. Detta hjälper ej missbrukaren ur sin missbrukssituation. Möjligtvis att den underlättar för läkaren att behandla patienter på löpande band.

En avgiftning från missbruk och beroende av dessa läkemedel är betydligt svårare än traditionellt missbruk. För de missbrukare som genomgår behandling måste möjligheter till en längre tids förskrivning kunna ske. En behandlingsplan som upprättats av den läkare som sköter avgiftningen måste föreligga för att denna förskrivning skall kunna ske. Detta kommer att kräva stora personella resurser då antalet missbrukare är mycket högt.

Sekretessbestämmelserna är till för att skydda patienternas integritet. 1986 skärptes bestämmelserna genom en tolkning som justitieombudsmannen gjorde. Sedan dess får apotekspersonalen inte ens svara på en direkt fråga från en läkare i de fall han önskar upplysningar rörande hans patients förskrivningar från andra läkare av lugnande preparat. Apoteken får inte heller själva larma om de upptäcker oroväckande antal förskrivningar till en person.

Detta innebär att en patient kan gå till flera läkare och hämta ut många förskrivningar under en kort tid. Detta kan ske utan att apotekspersonalen kan rapportera detta eller slå larm om missförhållanden. Apotekspersonalen anser att de önskar en möjlighet att hjälpa patienter i en beroendesituation genom en möjlighet att rapportera missförhållanden. Tillsynslagen behöver därför ses över och förändras så att denna rapporteringsmöjlighet införs.

Apotekspersonalen kan, om de märker att en viss läkare skriver ut allt för mycket av t. ex. bensodiazepiner eller sprit, kontakta läkemedelsinspektionen på socialstyrelsen, som sedan kan undersöka förhållandet. Denna möjlighet kommer att förstärkas med den nya regionaliseringen som håller på att genomföras inom socialstyrelsen.

De datorer som finns på apoteken är inte uppbyggda för registrering av personaluppgifter utan enbart för prissättning och etikettskrivning. Recepten kommer in, sparas i tre år för riks försäkringsverkets eventuella ekonomiska kontroll. De förstörs sedan. För närvarande finns det ingen som känner till vem som skriver ut vad och hur mycket till vem förutom när det gäller tung narkotika. Dessa förskrivningar sparas och registreras efter ett särskilt system.

Samma förfaringsätt borde också kunna användas när det gäller bensodiazepinförskrivningar. Apoteken är inte skyldiga att arkivera dessa recept separat och göra det näst intill omöjligt att få ett grepp om enskilda läkares förskrivning. Därför bör bensodiazepinpreparat klassas som tung narkotika och recepten förvaras och registreras på samma sätt som tung narkotika.

För dem som idag har ett beroende och missbruk av bensodiazepiner måste massiva insatser till för att avgifta och behandla den missbrukande. Ofta har läkemedlen förskrivits i krissituationer som hade kunnat lösas med ett bättre omhändertagande än vad en förskrivning av en burk med lugnande preparat innebär. I denna grupp av missbrukare är det mycket vanligt med blandmissbruk där alkohol ingår som en drog som förstärker missbruket. Ett stort antal dödsfall har rapporterats på grund av detta blandmissbruk. Den särskilda vårdinsats som krävs för att komma tillrätta med detta missbruk måste ägnas särskild uppmärksamhet. I det arbetet finns det all anledning att ta tillvara de erfarenheter som klientorganisationen RFHL, riksföreningen för hjälp åt läkemedelsmissbrukare, besitter.

Hemställan

Med hänvisning till det anförda hemställs

1. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om utbildnings- och informationsinsatser för att sänka förskrivningen av sömnmedel och lugnande preparat,
2. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om förskrivning av lugnande medel och sömnmedel,
3. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om förändringar i tillsynslagen,
4. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om narkotikaklassificeringen av sömnmedel och lugnande medel,
5. att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen anförts om vård och behandling av läkemedelsberoende.

Stockholm den 22 januari 1990

Karin Israelsson (c)

Marianne Jönsson (c)