BULLETIN

Svensk förening för Beroendemedicin

www.svenskberoendemedicin.se

Nummer 2 | MAJ 2018 | Årgång 29

9 Droger tar nya vägar

4 Coffeshops lagliga?

6 Alkoholklinik 50 år

10 Lissabon

15 Ett extra glas förkortar livet

2 15 000 SEK kan bli dina

8 Kliniska riktlinjer för öppenvård klara

15 Miljonregn över Linköping

19 Larmrapport om cannabis

22 Medicinsk marijuana

4 Engelsmän och alkoholfri öl

6 Lässugen: spännande lista

19 Ny alkohollag i Finland oroar

21 Behandling minskar överdoser

5 Ökning av beslagtagna droger

Kan du motstå årets spännande augustikonferens?

Skål
— nu smäller det

Alkohol, droger och våld är temat för våra exklusiva huvudtalare och den minst lika kompetenta panelen har som huvudspår Kvinnor, våld och beroende.

Anmäl dig redan idag! Trots största salen kan den fyllas snabbt. Anmälan görs på föreningens hemsida www.svenskberoendemedicin.se

Dr Sam Golden, NIDA, USA

Allt om årets augustikonferens hittar du på sidorna 16 och 17

Pigg 50-åring

Beroendecentrum Malmö startade som Alkoholklinik för 50 år sedan. En kort historik och utvecklingen till en komplett beroendeklinik. Se sid. 6

Kliniska riktlinjer för utredning och behandling i öppenvård

Svensk förening för Beroendemedicin har på uppdrag av Svensk Psykiatrisk Förening sammanställt riktlinjer kring beroendesjukdomar med inriktning på psykiatrisk öppenvård och primärvård. Många av landets ledande inom området har skrivit eller bidragit med kunskap inom området.
Se sedan 8.

Nytt perspektiv på behandling vid opiatberoende!

Följ med till ***Lissabon*** - en tvådagars studieresa som omfattar studiebesök på SICAD, ett beroendecentrum och ett lågtröskelprogram.

11 - 12 OKTOBER 2018

Studiebesöken är naturligtvis kostnadsfria men du eller din arbetsgivare betalar resa och boende.
Se program sidan 10 - 11.

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

Övriga ledamöter
Sven Andréasson
Stockholm

Cathrine Rönnbäck
Göteborg

Sven Wåhlin
Stockholm

Hanne Tönnesen
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

Christoffer Sundström försvarade sin avhandling *Therapist-guided internet treatment for alcohol use disorders* vid Institutionen för klinisk neurovetenskap i slutet av 2017. Huvudhandledare var docent Anne H Berman och opponent professor Heleen Riper vid Vrije University, Department of Clinical Psychology.

Huvudresultatet visar att det är möjligt och med god effekt genomföra internetbehandling vid alkoholsjukdom. De i studien deltagande patienterna var nöjda med behandlingen och få negativa effekter rapporterades.

David Forsström försvarade sin avhandling *The use and experience of responsible gambling tools : An explorative analysis of user behavior regarding a responsible gambling tool and the consequences of use* vid Stockholms Universitets psykologiska institution i november 2017. Huvudhandledare var professor Per Carlbring och opponent professor Anders Håkansson vid Lunds universitet.

Responsible gambling är en arbetsmetod för att minska spelande för individer som har ett riskbeteende. Avhandlingens syfte var att undersöka hur denna metod fungerar i den kliniska verkligheten.

Läkemedel – inte kosttillskott

Läkemedelsverket förbjuder försäljning av cannabisolja, nu med eftertryck.

Det är tre företag som marknadsför cannabindiololja (CBD i olika produkter, först som medicin men sedan läkemedelsverket sagt att de får inte marknadsföra CBD utan läkemedelsreglering. Då ändrade företagen indikation: kosttillskott.

Detta gillar inte Läkemedelsverket och förbjuder fortsatt marknadsföring mot rejält tilltaget vitesföreläggande.

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

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

Dags att betala medlemsavgiften

Årsavgiften 2018 är 275 kronor

Swisha till 1233552130

om du inte redan har betalat. Osäker? Maila bengt@svenskberoendemedicin.se - så kollar vi

Behandling vid kronisk hepatit C

Hela farmakalistan

I förra nmret av Bulletin fick vi inte med den kompletta listan av läkemedel. Så här ser regelverket ut:

Patienter med kronisk hepatit C, oavsett fibrosstadium:

Epclusa, Harvoni, Maviret, Sovaldi, Vosevi och **Zepatier** ingår i läkemedelsförmånen och rekommenderas vid förskrivning av eller i samråd med läkare vid infektions- eller gastroenterologisk klinik med erfarenhet av att behandla patienter med kronisk hepatit C-infektion. Patienten ska också följas upp i samråd med sådan läkare.

Hela farmakaarsenalen - med eller utan rekommendation eller läkemedelsförmån:

daklatasvir (Daklinza), dasabuvir (Exviera), elbasvir/grazoprevir (Zepatier), glekaprevir/pibrentasvir (Maviret), ombitasvir/paritaprevir (Viekirax), simeprevir (Olysio), sofosbuvir (Sovaldi), sofosbuvir/ledipasvir (Harvoni), sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa), sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir (Vosevi).

NT-rådet SKL

Utmärkt artikel om alkoholbehandling

Specialisten i allmänmedicin och numera överläkaren vid Beroendecentrum Stockholm, Sven Wåhlin, presenterar en mycket läsvärd artikel om aktuell behandling vid alkoholberoende. Skriven för *Distriktsläkaren* men lika läsvärd för alla discipliner som möter alkoholpatienter.

"Det behöver emellertid inte vara svårt att hjälpa, och det är en tacksam uppgift".

Wåhlin S. Läkemedelsbehandling vid alkoholproblem - en praktika. Distriktsläkaren. 2018;1:22-26. Tillgänglig på: http://distriktslakaren.se/sites/default/files/magazine/pdf/DLF_1-18_ma.pdf

Protokoll

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

Adressändring

Du glömmer 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!
Medlemsskap 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.

8 VECKORS BEHANDLING

EN GÅNG PER DAG

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.**

AbbVie AB, Box 1523, 171 29 Solna. Tel. 08-684 44 600 | SEMAV180197

MAVIRET™
glekaprevir/pibrentasvir

Bulletiner

En del av våra små glada fåglar är lite gladare än andra. Sidensvansen är en gourmand som har smak för mycken mat och då även rönnbär, gärna lite jästa vilket medför en viss onykterhet. Vi hade vid vinterns matbord ett gäng matvrak och fylltrattar!

Under 2016 avled varje dag 174 amerikaner (det är 7 personer i timmen!) till följd av överdoser. Statistiskt är det fler amerikaner än som dog i vietnamkriget.

Giftinformationen har sett en dramatisk ökning av förgiftningar efter intag av kylarvätskan etylenglykol. Finnas ingen förklaring till detta. Etylenglykol kan ge allvarliga intoxikationer med kramper och njurskador som följd. TT

Hälsoministeriet i Storbritannien har i februari kommit med en alarmerande rapport om att felaktiga recept skrivits ut i stort antal. Av 1 miljon recept som skrivs ut årligen är ungefär 200 000 felaktiga och av dessa är det inte uteslutet att cirka 22 000 dödsfall orsakats av felaktig drogförskrivning eller felaktig dosering. Bakomliggande orsak är säkert komplex, men the Guardian tillskriver den kaotiska engelska sjukvården som delaktig.

Av de anmälningar som görs till IVO är det 39 procent som leder till anmärkning av något slag.

Europeiska kommissionen har bestämt att Alvedon 665 mg ska dras tillbaka från marknaden. Orsaken är allvarlig risk för överdoseringar. I Sverige kommer preparatet kunna förskrivas och lämnas ut till och med den 31 maj.

Läkemedelsboken uppdateras regelbundet. Ladda ner appen - finns för såväl PC som Apple. Läkemedelsbiverkningar är uppdaterade 2018, förra året kom nya versioner av tobaksberoende, narkotika och alkohol.

Är månne grunden för Gin Lane på väg tillbaka. Britterna dricker allt mer gin. Jämfört med 2016 så ökade konsumtionen med 27 procent. I flaskor räknat är ökningen 9,5 miljoner fler ginflaskor! Bryggerierna ligger heller inte på latsidan. Idag finns det 315 producerande spritfabriker. Det är dubbelt så många som var igång för fem år sedan. The Independent mars 2018

Under 2017 ökade resandeinförseln av alkohol samtidigt som köp av smugglad alkohol minskade. Den totala alkoholkonsumtionen ligger däremot kvar på samma nivå under 2017 som året innan. CAN

I UK har nu äldre en liberalare attityd till alkohol. NHS visar att 65+-are svarar för 30 procent av alkoholrelaterad sjukhusvård. Det är mer än en fördubbling sedan 2010. The Royal College of Psychiatrists, som gjort undersökningen, varnar också för att andelen äldre som blivit beroende av läkemedel ökat. Daily Mail.

Cannabis har på den illegala marknaden blivit dyrare medan såväl amfetamin som brunt heroin har sjunkit i pris. Nettoomsättningen för cannabis uppskattas till över en halv miljard kronor per år under de senaste fem åren. CAN

Nationella trafikkontrollveckan hade i år fokus på alkohol och speciellt droger. Av 55 000 kontrollerade konstaterades 171 vara rattfulla och inte mindre än 261 misstänks ha haft droger i kroppen.

When you're drinking wine at home, don't look as if you're enjoying it - at least not if you have kids. Institute of Alcohol Studies, UK

Engelsmän gillar alkoholfri öl

Konsumtionen av alkoholfria drycker eller drycker med låg (<1,2%) alkoholhalt har ökat i Storbritannien. Jämfört med 2015 har det skett en 30-procentig ökning för öl och cider, mindre för vin.

Sedan något år finns vin med mycket låg alkoholhalt.

Totalt har alkoholkonsumtionen i Storbritannien minskat med 18% under den senaste tioårsperioden. Konsumtionen ligger nu på 2005 års nivå, vilket hälsovårdsdepartementet konstaterar med glädje. Man noterar med tillfredsställelse att engelsmännen tycker att alkoholfri öl smakar förvånansvärt bra, nästan som vanlig öl!

Är holländska coffeeshops lagliga?

Cannabis blir i allt fler länder lagliga för rekreationsbruk. Du får kanske frågan hur det är i Nederländerna egentligen - med sina coffeeshops. Cannabis är väl lagligt i Nederländerna också?

- Nej, så är det inte.

Cannabis är en illegal drog i dessa coffeeshops förlovade land. Lagstiftningen är i viss mån diffus, men otvetydigt är cannabis och coffeeshops inte inom lagens råmärken, men däremot är myndigheterna toleranta.

Trots olagligheten är det ingen polis som ingriper mot en person som har 5 gram cannabis (eller mindre) på sig. Lagen håller på att snävas in eftersom den allt starkare THC-halten medför ökande medicinska problem. På de olagliga coffeeshops är det för närvarande tillåtet att vid varje tidpunkt inne max 500 gram cannabis.

De flesta coffeshops finns i Amsterdam, men sedan 1990-talet har antalet halverats är nu finns det 175 coffeeshops i staden. Det finns också coffeshops i många större och mindre städer.

The Telegraph

Tullverket summerar 2017

Kraftig ökning av beslagtag av droger

Tullverket beslagtog betydligt större mängder narkotika, alkohol, tobaksprodukter och dopningsmedel under 2017 jämfört med 2016. Det är en generell ökning med beslagen av cannabis och amfetamin som sticker ut.

I faktiska tal är ökningen störst för cannabisharts (hasch) där tullverket noterar en beslagtagen volym på 2002 kg jämfört med 690 kg för 2016. Marijuanabelagen minskade dock från 695 kg till 393 kg.

Amfetaminbeslagen ökade också rejält: från 86 kg till 368 kg. Den mer potenta varianten metamfetamin ökade också stort även om volymen jämförelsevis inte är så stor.

Den totala beslagsmängden för kokain ökade med nästan 100 procent till 97 kg och sammantagna heroinbeslaget var ungefär hälften stå stort: 37 kg, vilket är en 20-procentig ökning under 2017.

Under 2017 beslagtogs också stora mängder läkemedel. Störst här var Tramadol med 1,3 miljoner tabletter och kapslar.

Fentanyl som givit upphov till flera allvarliga fentanylförgiftningar har under året blivit ett allt större problem, vilket också återspeglar beslagen som varit betydande under 2017 även om volymen inte är så stor.

Tullen konfiskerade 835 tusen liter alkohol under 2017, motsvarande året före var 756 tusen liter. Ett omfattande spaningsarbete under året avslöjades och utmanövrerades ett antal oseriösa bussbolag som organiserade spritsmugglingsresor.

Tullverket avslöjade under året bl.a. en stor illegal cigarettfabrik i Västra Götaland. Vid detta tillslag hittade man 15 miljoner cigaretter och 10 ton röktobak. Totalt beslagtogs under 2017 28 miljoner smuggelcigaretter och 32 ton röktobak. Det är en rejäl ökning jämfört med 2016.

Tullverket.se

Fentanyldöden ökar

Dödsfallen i fentanylöverdoser har hunnit ifatt dödsfallen i heroinöverdoser. Förra året noterades 101 fall med dödlig utgång för fentanyl, 102 för heroin. Det var runt 2015 som försäljningen av fentanyl på nätet introducerades och då som ersättning av heroin. Det finns även säljare som blandar in fentanyl i heroinpulvret. Den fentanyl som säljs på nätet tillverkas i Kina som pulver eller nässpray.

Fentanylruset ter sig oftast som stillsamt och är intaget tillräckligt stort övergår stillsamheten i döden (andningsstillestånd). Ur behandlingssynpunkt är problemet med fentanylbrukarna att de inte dyker upp inom sjukvården förrän i samband med intoxikationer.

Tonåringar i Australien fimpar

En ny undersökning från Deakinuniversitetet visar på en rejäl sänkning av antalet tonåringar som röker – 1999 var den 45%, 2015 var det 10%. Samma när det gäller marijuana – från 15% till 4% och för alkohol var siffrorna för samma period en minskning från 69 till 45%.

Forskarna menar att minskningen till stor del beror på en ändrad föräldraattityd när det gäller alkohol och legala reformer har minskat tillgången till droger.

The Guardian jan 18

A Cup of tea

Är du téälskare så avstå från att dricka det riktigt hett. Enligt kinesisk forskning kan det öka risken för esofaguscancer. Risken ökas om du dessutom röker och även nyttjar lite väl mycket alkoholhaltiga drycker.

Regeringen föreslår bättre kontroll på nya psykoaktiva substanser

Regeringen föreslår att Polisen anonymt ska få köpa nya psykoaktiva substanser. Detta så att myndigheten snabbare ska kunna klassificera hälsofarliga substanser som finns eller kan komma att finnas på den svenska marknaden.

Regeringen föreslår att den som av grov oaktsamhet hanterar varor som omfattas av lagen om förbud för vissa hälsofarliga varor ska kunna dömas till ansvar.

Regeringen bedömer att regleringen av narkotika eller hälsofarliga varor inte bör ske genom generiska definitioner i betydelsen att substanserna klassificeras utifrån deras kemiska grundstruktur. Regleringen av narkotika eller hälsofarliga varor bör inte ske genom verkansbaserade eller analoga definitioner.

Regeringen kommer att ta initiativ till en ny bred analys av frågan om vilka åtgärder som kan vidtas för att mer effektivt möta problemet med nya psykoaktiva substanser som inte utgör narkotika eller hälsofarliga varor.

Lagförslagen föreslås träda i kraft 1 januari 2019.

Fler droger kan nu analyseras

Rättsmedicinalverket har utökat möjligheterna att analysera fler droger med en ny metod som också är känsligare. Dessutom med snabbare resultat. Sammantaget ska detta ge polisen möjlighet att snabbare upptäcka om den undersökte har något av de nu 12 olika substanserna eller substansgrupper som RMV kan analysera.

Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) heter den metod som nu används och bygger på att antikroppar och färgförändringar upptäcker en substans. Detta nya system har varit igång sedan februari används för att spåra droger i blodprov.

Tolv olika narkotiska substanser kan nu identifieras: cannabinoider, amfetaminer, opiater, kokainmetaboliter, bensodiazepiner, buprenorfin, metadon, tramadol, oxikodon, fentanyl, zolpidem och MDMA

rmv.se

Lässugen?
Några nya böcker inom beroendemedicin

Några förslag från styrelsen inför den stundande sköna och varma sommaren och hängmattan.

Nettelbladt Jessica. Röster innanför murarna. Lejoni produktion

Berättelse om kvinnor som i fängelset funnit en rofylld plats utan alkohol, droger och misshandlande män.

Johnson Björn, Richert Torkel, Svensson Bengt. Alkohol- och narkotikaproblem
Välskriven lärobok med brett anslag från tre forskare med samhällsvetenskaplig bakgrund.

Romberg Karin, Hammarberg Anders. För mycket, för ofta.
En utmärkt handbok/lärobok för den som vill se över sitt drickande och förändra sina alkoholvanor.

Ortiz Liria, Wirbing Peter. Återfallsprevention utifrån KBT och MI.
Modern handbok och manual för återfallsprevention, där inslag av motiverande samtalsmetodik integrerats.

Heilig Markus. Hon han och hjärnan

Är manliga och kvinnliga hjärnor delvis olika organiserade och kan vi behöva ta hänsyn till sådana skillnader för att vissa, oftast tjejerna, inte ska bli missgynnade?

Rahm Christoffer. Neurovetenskaplig psykiatri

Författaren sammanför den klassiska medicinska psykiatrin med modern neurovetenskap

Wåhlin Sven. Alkohol - en fråga för oss i vården

Brett upplagt lärobok för de flesta kliniker som vill kunna hantera patienters alkoholproblem eller förstå alkoholens påverkan på vanliga sjukdomar. E-bok och digitala verktyg ingår.

Eriksson Tobias. Beroendemedicinsk handbok.

Klinisk handbok som omfattar hela beroendepanoramat med utredningsförslag och behandling, inklusive ett kapitel om tvångsvård.

50-årsjubileum

Från Alkoholklinik till Beroendecentrum

Anno 1968 öppnade Alkoholkliniken i Malmö sina portar för tungt alkoholberoende i Malmö. Det var socialchefen i staden som såg den allt ökande alkoholismen som ett individ- och samhällsproblem som inte enbart kunde lösas inom hans ansvarsområde – här fanns också ett medicinskt problem.

Denne framsynte humanist hette Bengt Hedlén. Han fick Malmö stad att satsa pengar på ett medicinskt omhändertagande och därmed skapades förutsättningarna för Alkoholkliniken i Malmö. Malmö stad ägde så att säga kliniken men den var belägen inom stadens sjukhusområde och administrerades från sjukhusledningen. Kliniken var från början helt och hållet en sjukvårdsinrättning med personal som rekryterades från den befintliga psykiatrin.

Under förste klinikchefen Barbro Lanke växte ett nära samarbete fram med framför allt Ulf Rydberg och sedan Stefan Borg i Stockholm (Magnus Huss-kliniken) och Claes Sjöberg i Göteborg (Nordhemskliniken). Med i denna grupp var även Göran Stolt i Uppsala (Ulleråker). Detta samarbete utvidgades med åren internationellt, inte minst tack vare docent Hans Kristensons forskning och sedan professor Mats Berglunds olika forskningsprojekt som sträckte sig långt utanför Malmös och Sveriges gränser. Som emeritus är han fortfarande forskningsaktiv. Forsknings- och undervisningsmässigt har Beroendecentrum Malmö alltid tillhört Lunds universitet.

Basen har alltid varit den kliniska verksamheten

Redan från början grundades en tung klinisk basverksamhet som formade det medicinsk-psykiatriska omhändertagandet av i första hand alkoholberoende. Under 1990-talet utvidgades inriktningen successivt till de övriga beroendesjukdomarna.

Alkoholkliniken i Malmö fick något senare än stockholmskliniken uppdraget att inkorporera narkotikaberoende patienter. Det var i början av 1990-talet och kliniken bytte namn till Alkohol- och Narkotikakliniken. Kliniken avknoppades då helt från Malmö stad och är nu knuten till landstinget, d.v.s. Region Skåne. Efter hand utvidgades uppdragen än mer och kliniken följde namnmässigt den internationalisering som hade börjat under 2000-talet. Det blev Beroendecentrum Malmö.

Dagens Beroendecentrum har en bred beroendeprofil. En professur i klinisk alkoholforskning inrättades under 1990-talet och ytterligare en professur kan kliniken räkna in från 2017 i spelberoende – den första i landet

med denna inriktning. Vetenskapen har under alla år stått högt i kurs. Som ett kvitto på detta kan nämnas att det under senaste året har ett halvdussin avhandlingar presenterats. I klinikens namn har genom åren också bedrivits en omfattande utbildningsverksamhet, inte minst för blivande läkare i beroendelära.

Beroendecentrum Malmö består av en akutmottagning med tillhörande akutavdelning, en vårdavdelning för alkohol- och läkemedelspatienter och en vårdavdelning för narkotikaberoende. Därtill kommer öppenvårdsmottagningar för alkohol, läkemedel, narkotika (LARO), ungdomar (Maria Malmö), dubbeldiagnoser (DD-mottagningen), mottagning för för ADHD-patienter med beroendeproblematik, mottagning för patienter med riskkonsumtion och skadligt alkoholbruk (Triangelmottagningen), idrottsmottagning (psykiskt instabila toppidrottare) samt mottagning för spelberoende.

Klinikens professorer
Mats Berglund (emeritus)
Hanne Tönnesen (nu verksam)
Anders Håkansson (nu verksam)

Klinikens verksamhetschefer
Barbro Lanke
Hans Kristenson
Bengt Sternebring
Håkan Rosén
Åsa Magnusson
Karina Stein (nu verksam)

Beroendecentrum firar med stolthet i år sin 50-åriga tillvaro.

HCV/SE/18-03/PM/1474

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 HEP-C NOW!

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

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

Substanbruksyndrom (DSM5), Skadligt bruk och beroende (ICD10)

Kliniska riktlinjer för utredning och behandling i öppenvård

I samarbete med Svensk Psykiatrisk Förenings styrelse har sedan flera år expertgrupper utarbetat kliniska riktlinjer för stora och viktiga sjukdomsgrupper inom psykiatrin. Hösten 2016 tillfrågades styrelsen för Svensk förening för Beroendemedicin om vi kunde medverka till att skriftserien kompletterades med riktlinjer kring beroendesjukdomar. För att möjliggöra uppdraget måste det dock begränsas, eftersom beroendemedicin i dag är en specialitet som spänner över många delområden. Styrelsen valde att fokusera på områden inom beroendemedicin som är centrala inom psykiatrisk öppenvård och primärvård.

Riktlinjerna innehåller kapitel om beroendevårdens historik, om biologiska mekanismer involverade i utvecklingen av beroendesjukdom, betydelsen av arv och miljö, men fokus ligger helt på uppdaterad evidens kring utredning och behandling av problem relaterade till skadligt bruk och beroende av alkohol, cannabis och läkemedel. Ett omfattande kapitel om samsjuklighet mellan substansbruksyndrom och affektiva sjukdomar, ångestsyndrom, PTSD, ADHD och psykossjukdom avslutar riktlinjerna.

Förhoppningsvis bidrar dessa riktlinjer till att patienter med substansbruksyndrom erbjuds kunskapsbaserad vård och effektiv behandling utifrån sina specifika behov, men också till att stigmatisering och gamla föreställningar kring behandling av beroendesjukdomar kan ifrågasättas.

Några citat får tjäna som aptitretare och lockbete att skaffa skriften när den publiceras under 2018:

”För att uppmärksamma eller identifiera alkoholproblem når man inte långt med ”klinisk blick”. Däremot kan man komma långt med några enkla verktyg, som en systematisk anamnes, AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) eller biomarkörer”.

” Det har varit vanligt att rekommendera en långsam takt vid nedtrappning av bensodiazepiner i öppenvård. Det finns dock två problem att i avsaknad av påvisad nytta rekommendera det: det ena är att det slukar mycket stora resurser, det andra är att det i många fall i realiteten underhåller en användning”.

Dan Finn, Åsa Magnusson och Martin Olsson vid Svensk Psykiatrisk Förenings möte i Stockholm då de delar av de kliniska riktlinjerna presenterades.
Foto: Cathrine Rönnbäck.

”Om man har diagnostiserat och behandlat en depression eller ett paniksyndrom enligt riktlinjer och patienten trots det inte förbättras, eller kanske till och med försämras, är det hög tid att börja fundera om något i diagnostiken är fel…”

Med dessa kliniska riktlinjer för utredning och behandling av substansbruksyndrom i öppenvård, minskar risken för att du missar beroendesjukdom hos dina patienter och du får konkreta förslag på insatser som fungerar inom primärvård och psykiatrisk öppenvård.

Kliniska riktlinjer

Författarpresentation

Huvudreaktör för skriften har Åsa Magnusson varit. Samtliga medlemmar i styrelsen har samarbetat kring och granskat projektet, men för varje kapitel har en eller flera personer varit huvudansvariga författare.

Författarlistan:

Åsa Magnusson, överläkare, specialist i psykiatri vid Beroendecentrum Stockholm (BCS) och medicine doktor vid Karolinska Institutet (KI). Författare till kapitlen ”Förekomst” och ”Diagnostiska begrepp och termer” samt medförfattare till kapitlen ”Historik”, ”Sjukdomsutveckling” och ”Samsjuklighet”.

Joar Guterstam, specialistläkare i psykiatri vid BCS samt medicine doktor vid KI. Medförfattare till kapitlet ”Sjukdomsutveckling”.

Martin Hammar, specialist i allmänmedicin vid Mini-Maria, Beroendekliniken Sahlgrenska universitetssjukhuset. Medförfattare till kapitlet ”Skadligt bruk och beroende av läkemedel”.

Markus Heilig, psykiater och professor, Centrum för social och affektiv neurovetenskap, Institutionen för klinisk och experimentell medicin (IKE), Linköpings universitet. Medförfattare till kapitlet ”Skadligt bruk och beroende av läkemedel”.

Andrea Johansson Capusan, överläkare, specialist i psykiatri vid psykiatriska kliniken och beroendeenheten, Linköpings universitetssjukhus, medicine doktor vid Linköpings universitet. Medförfattare till kapitlet ”Samsjuklighet”.

Martin Olsson, överläkare, specialist i psykiatri, Beroendecentrum Malmö. Medicine doktor vid Lunds universitet. Författare till avsnittet om ”Cannabis”.

Niklas Preger, överläkare och specialist i psykiatri vid BCS. Medförfattare till kapitlet ”Skadligt bruk och beroende av läkemedel”.

Karin Stolare, specialistläkare i psykiatri, Psykiatrimottagningen för unga vuxna, Akademiska sjukhuset, Uppsala. Medförfattare till kapitlet ”Skadligt bruk och beroende av läkemedel”.

Sven Wåhlin, specialist i allmänmedicin, överläkare vid Riddargatan 1, BCS. Författare till kapitlet om ”Alkoholberoende” samt medförfattare till kapitlet ”Historik”.

Agneta Öjehagen, seniorprofessor vid Lunds universitet, Medicinska fakulteten, Institutionen för kliniska vetenskaper, psykiatri. Medförfattare till kapitlet ”Samsjuklighet”

Dan Gothefors är för Svensk Psykiatrisk Förening ansvarig för riktlinjearbeten.

Droger tar nya vägar – och behåller gamla

Under senaste decenniet har den globala narkotikamarknaden förändrats. Den allvarligaste förändringen är introduktionen av de nya syntetiska drogerna (New Psychoactive Substances - NPS) som vinner terräng. De tillverkas i industriell skala i såväl Kina som i Europa och säljs/distribueras via nätet.

Brukarna av NPS är ofta unga och farmakokemiskt många gånger pålästa. De vet vad de vill ha, en definierad psykisk effekt. Kanske har de gått i makarna Shulgins skola (Pihkal — *A Chemical Love Story*). Det finns ett problem med dessa nya droger: de är inte testade utan användaren är också försökskanin. Då innehållsförtcckning saknas kan den på nätet beställda produkten ge förväntad effekt men också vara i princip verkningslös eller fullständigt livsfarlig/dödande.

Ett tilltagande användningsområde är starka smärtstillande läkemedel. Aktuellt nu är olika varianter av fentanyler inklusive ”stridsmedlet” karfentanyl som är förödande starkt och har medfört flera dödsfall.

Även de gamla substanserna hittar nya såväl producenter som avnämare. På kort tid har länder som Nigeria och Iran blivit storproducenter av amfetamin och metamfetamin som säljs på den asiatiska marknaden. Metamfetaminanvändandet har blivit ett oroväckande stort problem i flera asiatiska länder.

Mindre mängder heroin når Europa men produktionen i Afghanistan, världens största leverantör, har ökat. Det betyder att andra marknader har vidgats och det är främst Kina, Indien, Indonesien och Malaysia.

Europa är numera nästintill självförsörjande när det gäller marijuana men fortfarande levereras hasch från Marocko och Afghanistan. Den europeiska marijuanaproduktionen sker i framför allt Nederländerna, Belgien, Frankrike och Storbritannien.

När efterfrågan på kokain minskar i Europa är producenterna i Colombia (störst), Bolivia, Venezuela och Peru inte sena att hitta eller skapa nya marknader: Brasilien, Argentina och Chile.

Källor: Svenska Dagbladet och Bulletin

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
S1636-1802

Årets studieresa går till Lissabon

Vi får ta del av hur en lyckad narkotikapolitik ser ut

Det började ganska illa i Portugal. Efter diktaturens fall 1974 och det stängda samhället öppnades blev det också inkörsporten till ett stort narkotikainflöde. Framför allt blev marijuanarökande ungdomens frihetssymbol. Snart gjorde även tyngre droger sitt intåg. Det tog några decennier innan narkotikaanvändningen blev ett stort medicinskt och socialt problem. Politiskt sett måste något göras.

Portugals narkotikapolitik ändrades radikalt 2001 med ny lagstiftning. Som första land i Europa avkriminaliserades innehav för eget bruk av alla droger. Dock var och är droger fortfarande olagliga och såväl försäljning som smuggling medför höga straff.

Att inneha små mängder narkotika kan leda till smärre böter eller erbjuds användaren behandling, men ingen hamnar i fängelse eller i något brottsregister.

Olyckskorparna förlorade

Under de första åren hände inget positivt, vilket många hade förutspått. Narkotikaförsäljningen och därmed hörande problem ökade. Hur skulle detta sluta?

Efter drygt femton år med den nya narkotikapolitiken med avkriminaliseringen och fokuseringen på hälsa och socialt arbete har utvärderingarna varit enbart positiva efter de första årens tveksamhet. En australiensk forskargrupp (Stevens, et al som följt utvecklingen från starten 2001) fick frågan om det verkligen inte finns något negativt med den portugisiska narkotikapolitiken. Svaret var entydigt och enstavigt:

— No.

Den australienska forskargruppen som gjort utvärderingen sammanfattar vad som blivit följden av den portugisiska narkotikapolitiken:

- mindre kriminalitet
- den problematiska användningen av droger har minskat, men det finns en viss ökning av re kreationsanvändning inom vissa grupper
- antalet skador och sjukdomar relaterade till droger har minskat
- flera tyngre droganvändare har efter behandling kommit i arbete
- staten har fått minskade utgifter kopplade till droger efter 2001
- problemet narkotika upplevs mindre stigmatiserande eller sensationslystet i den offentliga debatten
- droganvändaren får bättre behandling inom sjukvården

Studieresan till Lissabon

Det blir sålunda en spännande studieresa till Lissabon där vi får tillfälle att besöka olika behandlingsinsatser för narkomaner och själva bilda oss en uppfattning om hur den nya narkotikapolitiken ter sig.

Anmälan till resan är öppen för medlemmar i Svensk förening för Beroendemedicin.
Hela programmet och övriga detaljer finner du på nästa sida.

Stevens, A. og Hughes, C.E. Dépénalisation et santé publique: politiques des drogues et toxicomanies au Portugal. *Mouvements* no. 86. 2016 Doi : 10.3917/mouv.086.0022

Årets studieresa

11 - 12 oktober

Lissabon

Fokus på behandling vid heroinberoende

Vi besöker SICAD*, ett beroendecentrum och ett lågtröskelprogram

*General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies

Program

Torsdag 11 oktober 14.30 - 16.30
Möte med Dr João Goulão, SICAD. Information och samtal kring Portugals narkotikapolitik och beroendevård

Fredag 12 oktober - heldag
Besök på ett behandlingscenter samt ett mobilt lågtröskel-metadonbehandlingsenhet. God tid för samtal och diskussion på enheterna.

Fredag kväll: gemensam middag med utrymme för synpunkter och diskussion kring studiebesöken.

Förslag på hotell i Lissabon
(cirkapris för 3 nätter i dubbelrum)

Hotel Mundial ****
Praca Martim Moniz 2
6 000 SEK

Portugal Boutique Hotel ****
Rua João das Regras, 4, Santa Maria Maior
6 600 SEK

Lisboa Tejo *Rua do Poço do Borratém 13, Santa Maria Mai
5 000 SEK

Flyg till Lissabon
Kolla upp i god tid. Det är inte så många bolag som dagligen flyger direkt till Lissabon utom portugisiska TAP (från Arlanda och Kastrup). Men med ett byte blir det enklare men tar längre tid. Kan vara värt att åka kvällen före?

Studiebesöksdagar
11 och 12 oktober 2018
Resdagar
väljer du själv

Du måste
anmäla ditt deltagande, begränsat antal för studiebesöken.

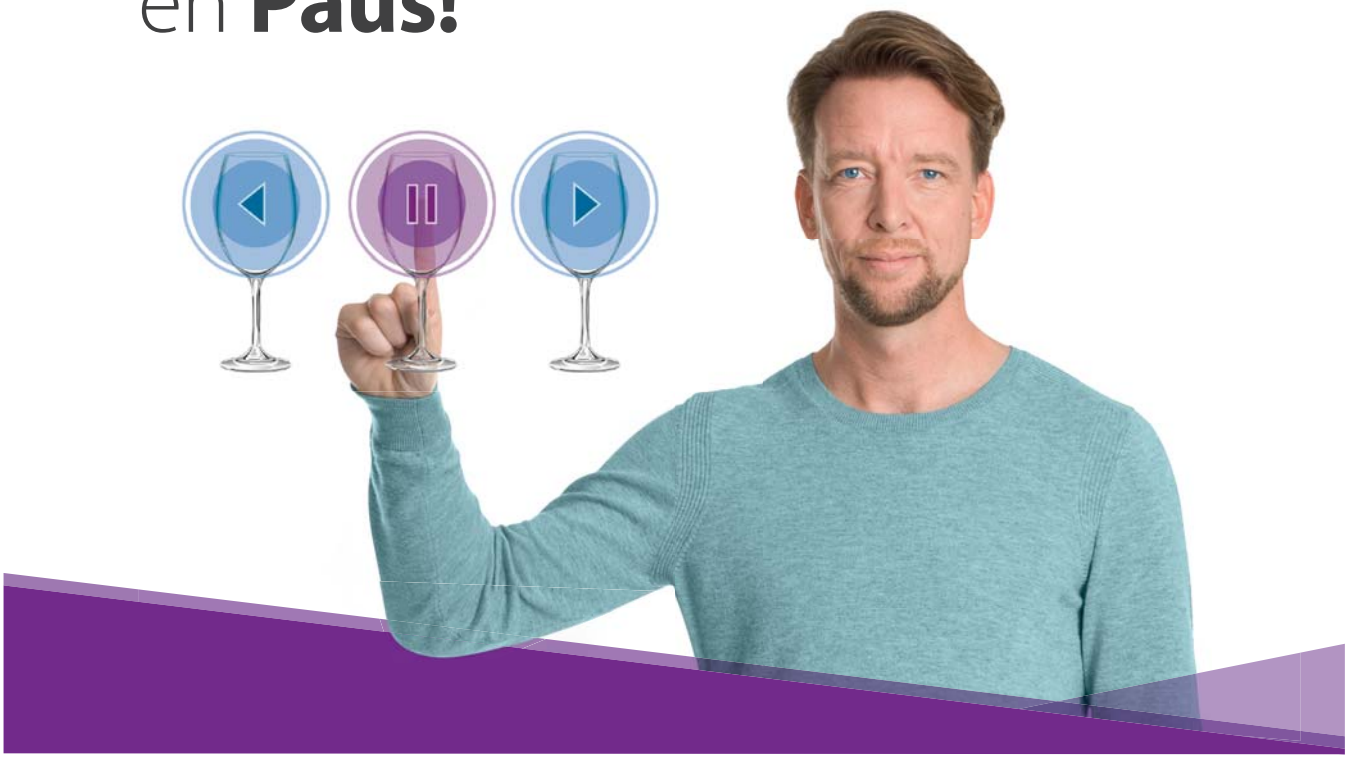
Anmälan görs till
bengt@svenskberoendemedicin.se

Du måste vara medlem i Svensk förening för beroendemedicin för att få delta i studiebesöken.

Sista anmälningsdag 10 september

Våra studiebesöksresor är inte sponsrade utan du söker själv i förekommande fall tjänstledighet och reseersättning. Det kan ur transportsynpunkt vara lämpligt att vi bor på hotell nära varandra. Ovan ser du förslag på hotell och flyg.

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.

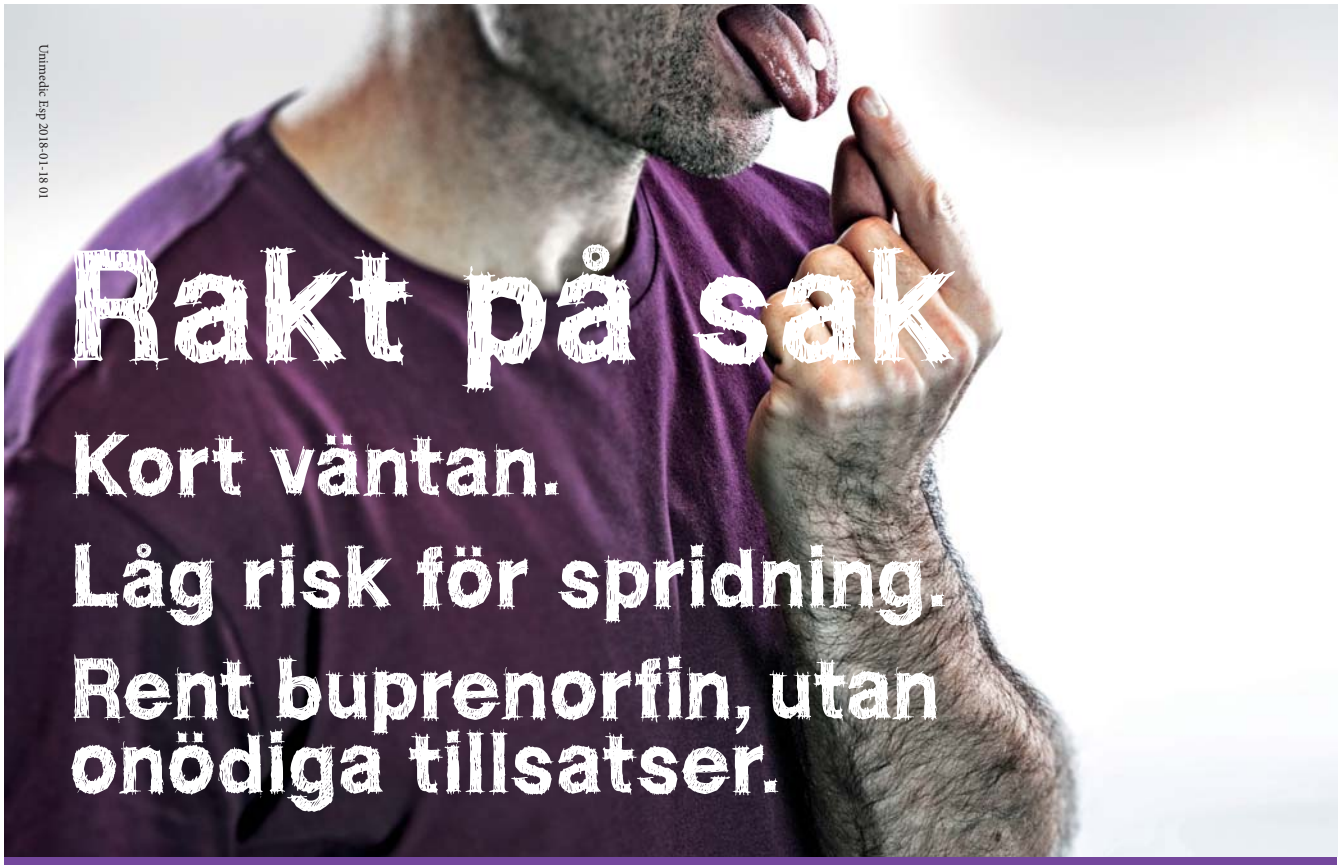
Antabus, Disulfiram, brustablett 200mg och 400 mg. Rx F. ATC-kod N07BB01. Antabus är indicerat vid alkoholmissbruk. Försiktighet bör iakttas vid nedsatt leverfunktion. Antabus får aldrig ges utan patientens vetskap. Symtom på disulfiram/alkohol-reaktion kan uppträda redan efter intag av mycket små mängder alkohol. Stora mängder alkohol kan resultera i ytterst kritiska tillstånd. Kontraindicerat vid Inkompenserade hjärtsjukdomar. Manifesta psykoser. Allvarlig organisk hjärnskada (då dessa tillstånd kan försämras). 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.

ANT-1040-April 2018

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

antabus
disulfiram

Unimedic Esp 2018-01-18 01



Espranor®

Buprenorfin oral frystorkad tablett

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

UNIMEDIC® PHARMA

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

Ny modern formulering*

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]

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 buprenorfinprodukter. Olika buprenorfinprodukter har olika biotillgänglighet. Därför kan dosen i milligram variera mellan olika produkter. 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 tabletten ska tas ut ur blistret med torra fingrar, och placeras hel 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 tabletten ska tas så snart blistret har öppnats. Patienter ska inte äta eller dricka på 5 minuter efter administrering. **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 behandlingen 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 uppmärksamhetnivån 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 plasmanivåerna 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 Cmax 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 potenta CYP3A4-hämmare (t.ex. proteashämmare som ritonavir, nelfinavir eller indinavir eller azolantimykotika 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 multimissbrukare i samband med opioider. En misstänkt interaktion mellan buprenorfininjektion och fenprokumon, 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 plasmanivåerna 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). **För fullständig information hänvisas till** www.fass.se

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

mundipharma

SE/NYXO-18019

Ännu en **hedrande utmärkelse** till Markus Heilig

...och en miljon

Torsten Söderbergs Stiftelse har till ändamål att främja vetenskaplig forskning och vetenskaplig undervisnings- eller studieverksamhet företrädesvis inom ekonomi, medicin och rättsvetenskap

Professor Markus Heilig får Söderbergska priset i medicin 2018 på en miljon kronor för viktiga forskningsinsatser för förståelsen av affektiva sjukdomar och alkoholberoende.

Markus Heilig är en internationellt väletablerad och respekterad forskare inom stress- och beroendeforskning, vars forskning har haft, och har stor, betydelse för såväl grundläggande neurovetenskap som kliniska tillämpningar inom psykiatri och beroendevård och resulterat i cirka 250 peer-review publikationer och omkring 10 000 citeringar.

Markus Heilig har gjort flera viktiga originalupptäckter. Tidigt i sin bana upptäckte han ett kroppseget antistress-system, Neuropeptid Y och dess receptorer. Han har även påvisat betydelsen av ett annat stress-relaterat system, Substans P och dess receptorer – för kontroll av alkoholintag, samt betydelsen av amygdala, en hjärnstruktur som är central för rädslo- och ångestupplevelser, vid ökande alkoholintag.

I kliniska studier var Heilig med att lägga grunden för behandling av heroinberoende med läkemedlet buprenorfin. I nuvarande forskning studerar Heilig-gruppen processer som styr val mellan alkohol och friska, naturliga belöningar.

Markus Heilig är sedan 2015 professor vid Centrum för social och affektiv neurovetenskap (CSAN), Institutionen för klinisk och experimentell medicin (IKE), Linköpings universitet.

www.sls.se

Cochrane har gått igenom aktuell litteratur

Läkemedelsbehandling vid bensodiazepinberoende

Efter en genomgång av 18 olika studier som tillsammans omfattade 2295 patienter konstaterar forskargruppen lakoniskt: inget fungerar.

Vid nedtrappning/utsättning av bensodiazepiner (bdz) finns flera möjligheter som valproat och tricykliska antidepressiva och för att dämpa abstinensen har i flera studier använts pregabalin, captodiam (ångestdämpande, finns ej i Sverige), paroxetin, tricykliska och flumazenil. För samtliga preparat är effekten mycket låg.

Cochraneredovisningen omfattar även abstinensångest efter utsättningen av bdz. Här har använts substanser som karbamazepin, pregabalin, flumazenil m.fl. och även här är resultatet nedslående.

Den danska forskargruppen som gått igenom studierna för Cochranes räkning är inte särskilt imponerade av det tekniska utförandet; det finns systemfel i flera rapporter, det finns en övervärdering av effekten och en undervärdering av negativa utfall. Tolerabilitet och säkerhet var också dåligt undersökta.

Det är uppenbart svårt att få en god underbyggd farmakologisk behandling vid bensodiazepinberoende.

I vår förenings Nya riktlinjer nämns endast KBT som tillägg till nedtrappningen och för övrigt hänvisas till Socialstyrelsens riktlinjer. Vår grupp som skrev kapitlet har inte fördjupat sig i läkemedelsbehandling av samma orsak som ovan (se sid 8 i detta nummer).

Sedan tidigare har det visat sig att tillägg av KBT vid nedtrappning av bdz kan ha effekt på sömnsvårigheter, ångest och på symtom som uppkommer vid nedtrappningen. Dessa resultat sågs vid 3-månaderskontrollen efter nedtrappningen som kombinerades med KBT.

Baandrup L, et al. Pharmacological interventions for benzodiazepine discontinuation in chronic benzodiazepine users. Cochrane 25 mars 2018.

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning. Edita Bobergs AB, Falun 2015.

Det extra glaset förkortar liv

En mycket omfattande sammanställning hur alkohols konsumtionsnivåer påverkar sjuklighet och dödlighet.

En forskningsrapport, som publicerades i The Lancet, grundar sig på 83 studier som inkluderar 600 000 alkoholkonsumenter i 19 höginkomstländer (Sverige är ett av dessa). Sammanfattningen visar att ju högre alkoholkonsumtion en individ har, desto större är risken att drabbas av stroke, hjärtsjukdom (men inte infarkt) fatalt aortaaneurysm och död.

En demarkationslinje för en konsumtion som leder till ökad sjukdomsrisk är enligt denna studie en veckokonsumtion på 100 g alkohol. ***Forskargruppen framhåller dock att det inte finns någon tydlig riskfri konsumtionsnivå.***

I Storbritannien innehåller ett standardglas cirka 17 cl vin och då är det fem glas i veckan som gäller för 100-gramsnivån. Vid en konsumtion som överstiger 100-gramsgränsen ökar dödligheten. Det kan finnas anledning att fundera över värdet på det extra glaset som, enligt denna studie, förkortar livet med en halvtimme(?).

Forskarna har räknat på den förtida döden i relation till alkoholkonsumtionen och statistiskt ger en fördubbling av riskkonsumtionen, dvs 200 – 350 g i veckan en tvåårig livsförlust, över 350 gram så förloras 4 – 5 år.

Det finns forskning som visar på fördelar med intag av alkohol. Även denna studie visar att risken för hjärtinfarkt minskar med viss ökad alkoholkonsumtion över 100-gramsgränsen, men denna ”vinst” måste ställas i relation till den högre risken att utveckla andra allvarliga hjärtkärlsjukdomar som även kan leda till döden. Sedan icke att förglömma de under senare tid publicerade rapporterna om alkohols roll vid utvecklingen av demens(!).

Wood A, et al. Risk thresholds for alcohol consumption:…, The Lancet 2018; 391:1513-23

Svensk förening för Beroendemedicin augustikonferens 2018

Skål – nu smäller det. Alkohol, droger och våld

Paneldiskussion: Kvinnor, våld och beroende

Årets föreläsare:

Sam Golden: Evidence for compulsive addiction-like aggression in mice.

Dr. Golden's scientific interests encompass understanding the psychological and neural mechanisms guiding reward processing. He is particularly interested in understanding how neuropsychiatric disorders- such as maladaptive aggression, depression and substance abuse - subvert basic reward circuitry to manifest pathological behavior. Although maladaptive aggression is often co-morbid with neuropsychiatric disorders, including depression and substance abuse, there is currently a limited understanding of the shared mechanisms governing their clinical presentation.

Dr. Golden's research attempts to fill this gap by developing preclinical models of aggression reward, and has illustrated that in some rodents, like addictive drugs, aggression can be highly rewarding and compulsively pursued despite adverse consequences, and further sought after lengthy abstinence.

Dr. Golden's current research directions aim to better define the intersection of aggression and motivation, and identify the cellular and circuit mechanisms that control the transition from adaptive aggression to maladaptive compulsive aggression seeking behavior.

Tomas Moberg: Våldsberoendehypotesen - de underliggande mekanismerna bakom våldsutövning?

Dr. Moberg är kliniker och forskande psykiater med beroendeinriktning och rättspsykiater, kliniskt verksam på Karsuddens sjukhus. Har drygt 20 års klinisk erfarenhet från beroendevården, psykiatrin och rättspsykiatrin. Har arbetat mycket med omhändertagande av beroendepatienter med psykiatriska diagnoser och komplexa vårdbehov. Aktuellt forskningsområde är riskfaktorer för våld, med speciellt fokus på psykiatriska diagnoser

Markus Heilig: Droger i krig

Dr. Heilig received his MD and PhD from Lund University, Sweden. He has served at the Karolinska Institute, Stockholm, Sweden, in various clinical and academic leadership capacities until 2004. At this time, at the National Inst on Alcohol Abuse and Alcoholism. In 2016, Heilig was recruited back to Sweden from National Inst on Alcohol Abuse and Alcoholism were he was the chief of intramural clinical and translational research to Linköping Univ in 2015 as professor of psychiatry, and founding director of a new Center on Social and Affective Neuroscience

The Heilig research group studies brain processes involved in stress-related disorders such as addiction or anxiety disorders, with the primary objective of discovering novel mechanisms that can be targeted for pharmacotherapy, and to identify genetic and other personalized predictors of treatment responses. The group recently expanded its research interests to social stressors

The research strategies the Heilig lab utilizes in approaching these research question range from behavioral pharmacology and gene expression analysis in rodent models, to human experimental medicine.

Sven Andréasson: Alkohol och våld

Dr. Andréassons föreläsning grundar sig på en forskningsrapport, sammanställd av ett internationellt forskarteam. Rapporten belyser olika typer av våld, hur alkoholen påverkar vårt beteende och hur våld påverkar vår hälsa på kort och lång sikt.

Paneldiskussion under temat *Kvinnor, våld och beroende*

Många svårigheter är lika för kvinnor i våldsrelationer oavsett om de har skadligt bruk/beroende eller inte, men för dem med skadligt bruk/beroende av alkohol eller droger, kan svårigheterna vara förstärkta. Utsatthet för våld kan också leda till post traumatisks stressyndrom, som i sin tur ökar risken för att utveckla beroendesjukdom.

Hur kan vi göra för att vi inom beroendevården skall kunna erbjuda bättre stöd och behandling för denna grupp och vad behövs för att samhället på ett tydligare sätt än hittills skall intressera sig för gruppens behov?

I panelen ingår:

Sanna Detlefsen, beteendevetare, psykoterapeut och Direktor för Linköpings Stadsmission. Hon har sedan 2004 arbetat i olika roller på Linköpings Stadsmission med verksamhet utifrån kombinationen våldsutsatthet och substansberoende. Alltid utifrån maktanalys och genusteorier. Linköpings Stadsmission har byggt ett skyddat boende och skapat opinion kring dessa kvinnors situation, för att kunna erbjuda anpassad verksamhet med fokus på både akut omhändertagande och behandling.

Anna Persson, legitimerad psykolog verksam Beroendecentrum Stockholm, vid EWA-mottagningen och Rosenlunds mödravårdsteam. Anna är också doktorand vid Karolinska Institutet med fokus på förbättrad diagnostik och behandling av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och måttligt till svårt alkoholbruksyndrom hos kvinnor.

Stefan de Vylder är nationalekonom och författare till en rad artiklar och böcker som även uppmärksammats internationellt. Han har tidigare bland annat arbetat på Sida och som docent i utvecklingsekonomi på Handelshögskolan i Stockholm. Sedan många år verksam som fristående forskare, författare och konsult.
På senare år har Stefan bland annat arbetat med utvecklingsekonomi, finanskriser, handels- och globaliseringsfrågor, landsbygdsutveckling samt svensk ekonomisk politik. Han har deltagit i debatten kring mäns våld mot kvinnor genom att peka på de mänskliga och samhällsekonomiska kostnaderna för detta våld.

Anmäl dig till konferensen!
Anmälningsblankett hittar du på vår hemsida (flyer till höger).
VÄLKOMMEN!

INBJUDAN årets augustikonferens i Göteborg

Svensk förening för Beroendemedicin

Skål — nu smäller det

Alkohol, droger och våld

Paneldiskussion: Kvinnor, våld och beroende

Svensk förening för Beroendemedicin anordnar en endagarskonferens om alkohol, droger och våld. Föreläsare och paneldeltagare är ledande nationell och internationell expertis inom kunskapsområdet.

Föreläsare är

— Sam Golden
Dr. Golden's scientific interests encompass understanding the psychological and neural mechanisms guiding reward processing. He is particularly interested in understanding how neuropsychiatric disorders- such as maladaptive aggression, depression and substance abuse - subvert basic reward circuitry to manifest pathological behavior. Dr. Golden's current research directions aim to better define the intersection of aggression and motivation, and identify the cellular and circuit mechanisms that control the transition from adaptive aggression to maladaptive compulsive aggression seeking behavior.

— Markus Heilig
Dr. Heilig is leading a research group which studies the brain process involved in stress-related disorders such as addiction or anxiety disorders, with the primary objective of discovering novel mechanisms that can be targeted for pharmacotherapy.

— Tomas Moberg
Dr. Moberg är kliniker och forskande psykiater med beroendeinriktning. Aktuellt forskningsområde är riskfaktorer för våld med speciellt fokus på psykiatriska diagnoser.

— Sven Andréasson
Dr. Andréasson kommer att presentera en forskningsrapport som är sammanställd av ett internationellt forskarteam. Rapporten belyser olika typer av våld, hur alkoholen påverkar vårt beteende och hur våld påverkar vår hälsa på kort och lång sikt.

Panelen

— Sanna Detlefsen
är beteendevetare, psykoterapeut och direktor för Linköpings stadsmission, som sedan 2004 skapat opinion kring utsatta kvinnors situation och som arbetar för att erbjuda både akut omhändertagande och behandling.

— Anna Persson
är legitimerad psykolog med verksamhet vid Beroendecentrum Stockholm och doktorand vid KI, forskar kring förbättrad diagnostik och behandling av posttraumatiskt stressyndrom och alkoholbrukssyndrom hos kvinnor.

— Stefan de Vylder
är nationalekonom och författare som arbetat på Sida och som docent i utvecklingsekonomi på Handelshögskolan i Stockholm. Han har deltagit i debatten kring mäns våld mot kvinnor genom att peka på de mänskliga och samhällsekonomiska kostnaderna för detta våld

Program 31 augusti

Moderator: Åsa Magnusson

09.00 – 10.00 VÄLKOMMEN, REGISTRERING

FÖRENINGENS STIPENDIE-PRISUTDELNING
10.00 – 10.30 JÖRGEN ENGEL-STIPENDIET
Utdelning och kort presentation av årets pristagare

10.30 - 11.00 NORDIC DRUGS STORA PRIS
Utdelning och kort presentation av årets pristagare

Moderator: Martin Hammar

ALKOHOL, DROGER OCH VÅLD
11.00 - 12.15 SAM GOLDEN: *Evidence for compulsive addiction-like aggression in mice.*

12.15 – 13.15 LUNCH

13.15 – 14.15 PANELDISKUSSION
Kvinnor, våld och beroende

14.15 – 14.50 MARKUS HEILIG: *Droger i krig*

14.50 – 15.10 KAFFEPAUS

15.10 – 15.45 TOMAS MOBERG:
Våldsberoendehypotesen - de underliggande mekanismerna bakom våldsutövning.

15.45 – 16.20 SVEN ANDRÉASSON:
Alkohol och våld (Internationell forskningsrapport)

16.20 – 16.30 AVSLUTNING

Seminariedag: **31 augusti 2018 i Göteborg**
Plats: **Wallenbergs konferenscentrum, Medicinaregatan 20A.**
Tid: **09.00 - 16.30**
Kostnad (inklusive förmiddags- och eftermiddagskaffe/frukt och lunch):
Medlemmar i Svensk förening för Beroendemedicin, Svensk Psykiatrisk förening, BUP-föreningen och Svenska Rättspsykiatriska Föreningen : 800 SEK
Övriga: 1 200 SEK

Anmäl dig direkt via vår hemsida
www.svenskberoendemedicin.se
Du får faktura på avgiften.
På begäran kan du få intyg på deltagande.

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.

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

Tillverkare och innehavare av marknadsföringstillstånd: Tilman SA
Fullmäktig i Sverige: Sana Pharma Medical AS | Enebakkveien 117 A, 0680 Oslo, Norge | E-post: post@sanapharma.se

SANAPHARMA MEDICAL

SEPRO0811175

Larmrapport om cannabis

En ny studie från King's College i London visar att 94 procent av den cannabis som nu i Storbritannien beslagtas av polisen innehåller en hög halt av den psykoaktiva substansen THC. När förra stora undersökningen genomfördes 2005 var den högpotenta andelen cannabis (kallad skunk) 51 procent.

Dessutom visar forskargruppen på att förhållandet mellan THC (tetrahydrocannabinol) och CBD (cannabidiol) har på ett negativ sätt förskjutits från att ha varit 1:1 till 3:1. De starkaste varianterna innehöll inte mindre än 46% THC och 0,2% CBD. Det är mycket allvarligt med låg halt av CBD eftersom cannabidiol i någon mån kan, enligt forskarna, begränsa skadeverkningarna av THC.

Forskarna varnar för att denna stora skillnad mellan THC och CBD kan orsaka att ett ökat antal användare löper risk att utveckla en psykossjukdom. Enligt den politiska chefen för United Patients Alliance, Jon Liebling, har risken med denna starkare cannabisvariant att utveckla psykos ökat från 1 på 26 000 användare till 1 på 5 000. En lite udda jämförelse gör Jon Liebling med jordnötter: att hamna på sjukhus till följd av intag av jordnötter är 1 på 1000. Naturligtvis för att understryka farligheten med den starka varianten av cannabis, som dessvärre syns förhärskande i åtminstone Storbritannien.

The Guardian 180301

Ny alkohollag i Finland kan få hälsokonsekvenser

Den nya alkohollagen som trädde i kraft 1 mars 2018 innebär stora förändringar i hur man får konsumera alkohol i Finland. Redan i januari blev det möjligt att sälja 5,5-procentiga alkoholdrycker i livsmedelsaffärerna, vilket fick alkoholförsäljningen att skjuta i höjden i kiosker, på bensinstationer och i mataffärer. Nu är hela nya lagen komplett.

Lagen innebär bland annat att butiker som säljer alkohol får vara öppna en timme längre än tidigare och finska systembolaget Alko tillåts ha vinauktioner.

Restauranger kan nu ansöka om fria öppettider med möjlighet att sälja alkohol (begränsad till 5,5-procentig) som man kan ta med sig ut och drickas i princip var som helst. Dock blir det inte tillåtet att sälja alkoholhaltiga drycker efter 21 och inte före klockan 9. Det är samma regler som gäller för matbutiker.

Peter Eriksson/foto sternebring

"Hälsa och ekonomi står på spel"

Alkoholforskaren Peter Eriksson vid Helsingfors universitet skräder inte orden. I en radiointervju i svenska YLE säger han att det är inte bara den finska befolkningens hälsa som står på spel utan även ekonomin. Peter Eriksson är sedan decennier en av de främsta alkoholforskarna i Finland och en av de stora ur internationellt perspektiv.

Peter Eriksson:

— Det här är det värsta beslutet som gjorts under min livstid. Skadorna kommer bombsäkert att öka och ekonomin kommer att försämras. Alkoholforskaren menar att ökad tillgänglighet leder tveklöst till ökad konsumtion.

Peter Eriksson refererar till 2004 då finska alkoholskatten sänktes, vilket ledde till en ökning av alkoholkonsumtion och de alkoholrelaterade skadorna. Den nya alkohollagen är ett liknande misstag.

Peter Eriksson:

— Man kan ju hoppas att finländare lär sig dricka på ett vettigt sätt men det kommer nog inte att hända. Det här beslutet baserar sig inte på hälsa och välfärd. Det här är ett politiskt beslut och hur fattar man ett sånt på liv och hälsa?

SVT-nyheter 2018 och YLE 2017

NIAAA har gjort bort sig

Det amerikanska tills nu anrika forskningsinstitutet NIAAA (National Institute on Alcohol and Alcoholism) med en federal finansiär situation som är störst i världen har nu tagit emot 68 miljoner dollar av alkoholindustrin för att genomföra en mycket tveksam forskningsstudie.

Tveksamheten består i studiens upplägg. Den tar inte upp väsentliga negativa faktorer utan inriktar sig på att undersöka om alkohol har positiva hälsoeffekter vid måttligt dricka-nde.

Alkoholindustrin förväntar sig naturligtvis ett positivt utfall men med tanke på det haltande upplägget kan, vid ett negativt utfall, den betalande alkoholindustrin med lätthet bortförklara allt med hänvisning till en illa genomtänkt forskningsdesign.

Kritiken är på många håll inte nådig:

Professor Michael Siegel, Boston University of Public Health:

— Detta är en av de värsta korruptionshistsorien i en hälsomyndighet som jag har sett under min karrär. **Studien är inte forskning, den är marknadsföring.**

Professor Sven Andréasson, Karolinska institutet:

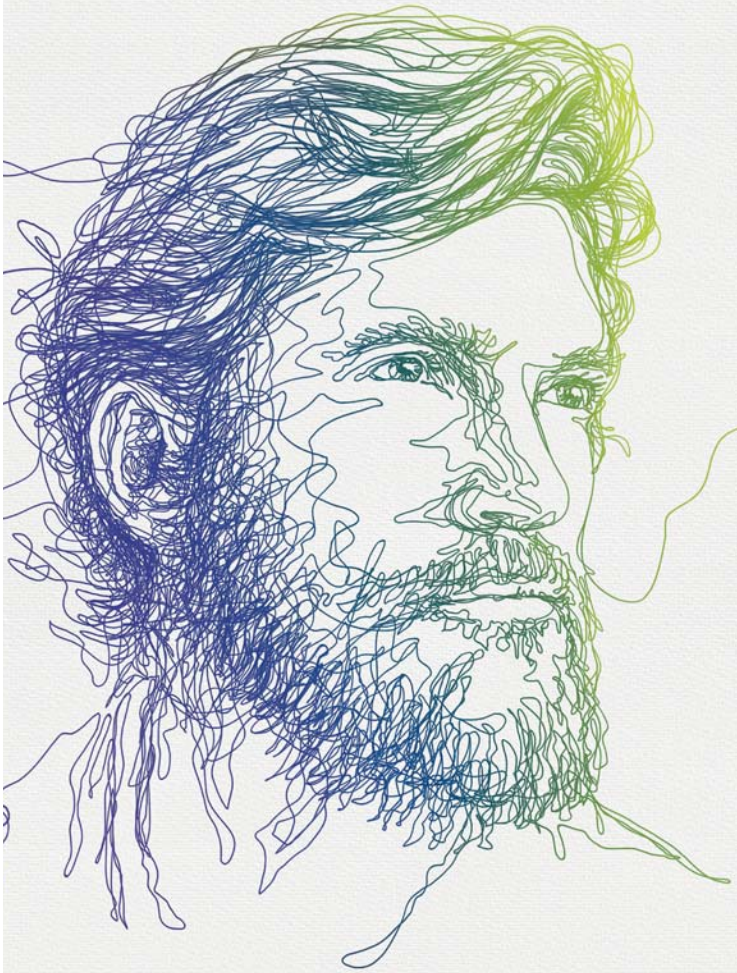
— Detta är ett varnande exempel som visar vad som kan hända om man låter alkoholindusrin lägga sig i alkoholforskningen.

— *Professor Adriane Fugh-Berman*, Goergtown University:

— Vi vet att när industrin betalar så påverkas inte bara resultaten utan också vilka frågor som ställs och hur resultaten analyseras och vilka svaren blir.

The New York Times 180317,
Alkoholpolitiskt forum 170812

INDIVIOR
Focus on you.



SUBOXONE – RIKTLINJERNAS FÖRSTAHANDSVAL[1]

VID LÄKEMEDELSASSISTERAD BEHANDLING FÖR OPIATBEROENDE[1]

- 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.
- Nytta/riskprofilen för Suboxone har visats genom erfarenhet från över 2,5 miljoner patientbehandlingsår.

Suboxone®
buprenorphine/naloxone 16mg/4mg

SUBOXONE (BUPRENORFIN OCH NALOXON I FÖRHÅLLANDET 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, nalmefen) 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, samtandra 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. 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 dåsighet, 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

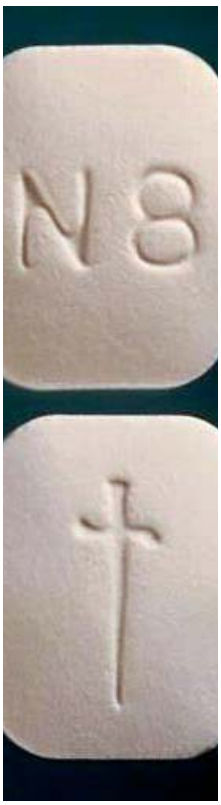
Innehavare av godkännande för försäljning: Indivior UK Limited, 103-105 Bath Road Slough Berkshire, SL1 3UH, Storbritannien.
Tel: +800 270 81 901 E-post: PatientSafetyRoW@indivior.com
Tillverkar: Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Dansom Lane, Hull, East Yorkshire HU8 7DS, Storbritannien.
Datum för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

SBX-BN-SEP-1001-1801

Behandling vid opioidberoende minskar risken för överdoser

I en nyligen publicerad studie från NIDA presenteras resultaten från en klinisk jämförelse mellan Suboxon (buprenorfin/naloxon) och Vivitron (långtidsverkande naltrexon). Det var 570 personer med opioidberoende som inkluderades i denna randomiserade undersökning i öppenvård. De flesta hade ett beroende av illegala droger. Uppföljningen varade i 24 veckor. Suboxon gavs dagligen sublingualt (film) medan naltrexon gavs intramuskulärt en gång i veckan.



Resultatet var entydigt att när väl behandlingen var påbörjad blev behandlingsutfallet lika. Återfallen var i stort lika: 52% för naltrexon och 55,6% för buprenorfinkombinatet.

Ett viktigt resultat var att överdoser med dödlig utgång var statistiskt sett lägre än förväntat: 3 i Subuxongruppen, 2 i Vivitrol. Överdoser som inte ledde till döden var också lägre än förväntat. En behandling med dessa farmaka talar för att de ger ett skydd för överdosering.

Det är viktigt att ta med att det är lite krångligare att behandla med Vivitrol eftersom här krävs en total avgiftning före behandlingsstart, vilket inte behövs när det gäller Suboxon.

Bakgrunden till skillnaden är att buprenorfinkombinatet är en partiell agonist medan naltrexon är en antagonist. Den partiella agonisten aktiverar opioidreceptorerna men svagare, minskar såväl suget som abstinenssymtomen. Antagonisten blockerar opioidreceptorn helt och släcker ut den euforiska komponenten; det är ”meningslöst” att inta en opioidsubstans.

Den tredje behandlingsformen är metadon (en syntetisk opioidagonist) som dock inte deltog i studien.

Den i studien använda formen av Suboxon finns inte tillgänglig i Sverige, inte heller Vivitrol. Studien är publicerad i Lancet men en kortversion finner du på NIDAs (The National Institute on Drug Abuse) hemsida www.nih.gov/news-events. Publicerad 20171114.

Förskräckande ökning av drogrelaterad död i USA

Drogrelaterad död har i USA ökat lavinartat sedan 1980. Det har skett en ökning med 618 procent(!). Ökning har skett i samtliga stater, men vissa utmärker sig speciellt: West Virginia, Kentucky, Ohio, Indiana och Oklahoma. När det gäller alkoholrelaterad död, suicid och våld har också en ökning skett, men inte i alla stater och i vissa har det till och med skett en minskning.

JAMA. 2018;319(10):1013--23

Dödsstraff eller behandling?

Irans narkotikapolitik rör sig mellan ytterligheter: narkotikabrottslingar kan dömas till döden, ett inte ovanligt straff medan narkomanen erbjuds modern behandling med möjlighet till sprutbyte eller LARO-behandling för heroinberoende.

Bakgrunden är att Iran är ett av de länderna i världen som har högst andel narkotikaberoende, vilket sannolikt beror på landets närhet till Afghanistan och marknaden inom också näraliggande västvärlden. Iran är också ett av de viktigaste transitländerna från Afganistan till Europa.

Trots hårda straff och tillgänglig vård har problemet inte minskat. Inom en sexårsperiod har droganvändningen mer än fördubblats. Det är opium som är den mest populära substansen (67%). Marijuana (12%) och metamfetamin (8%) kommer härnäst i statistiken.

BBC 2017

Fingertoppstest: oblodig metod att testa droger

Droger blir allt vanligare i vårt samhälle, vilket konstaterades i en studie vars syfte var att se hur bra i detta sammanhang en testmetod är: fingertoppstest. Det är en oblodig och snabb metod som mäter spår av droger via fingertopparna.

Det visade sig att 13 procent av de som deltog i testet hade spår av narkotika trots att de aldrig använt den drog som gav utslag. Vi vet att bl.a. sedlar i många fall har spår av droger och som kan ha lämnat en rest efter hanteringen.

Nu är dessa minimala spår inget problem. Forskargruppen från Surrey-universitetet har en säker mätmetod (rätt cut-off-nivå) som skiljer agnarna från vetet, dvs narkotikabrukarna skiljs ut från de som fått drogen på fingrarna direkt via omgivningen. Intressant är resultatet att brukarna hittas även efter handtvätt!

Forskargruppen menar att denna fingertoppsmetod har framtiden för sig. Det är en kommersiell produkt som finns att tillgå och för närvarande kan kokain, opiater, cannabis och amfetamin upptäckas via metoden.

Mahado I, et al. Noninvasive Detection… Clinical Chemistry 2018 (DOI:10.1373/clinchem.2017.281469)

Två påståenden om medicinsk marijuana vetenskapligt testade

Två studier om medicinsk marijuana publicerades i februari 2018 i Addiction. Syftet med undersökningarna var att se om det ligger någon sanning i de vanliga påståendena att
1) med legaliseringen av medicinsk marijuana ökar tonåringars bruk av drogen och
2) med legaliseringen minskar antalet opioidorsakade dödliga överdoser hos vuxna.

Bakgrunden är att det tillkommit allt fler stater som erbjuder legalisering av medicinsk marijuana. Legaliseringen startade 1996 i Kalifornien och nu är det 29 stater som accepterar detta bruk.

De publicerade studierna är utförda av forskare från USA, Australien och Storbritannien och är meta-analyser av ett stort antal separata undersökningar från 1991 och framåt. Sammanfattningsvis: det framkommer inte något som stödjer de två påståendena (ovan).

Bakgrund

Legaliseringen av denna användning av marijuana skulle kunna ge en signal till ungdomar att marijuana inte är särskilt farligt eftersom det är en ”medicin”. Den i Addiction publicerade studien visar att ungdomars marijuanabruk påverkas inte av legaliseringen av medicinsk marijuana. Däremot finns det i ett fåtal studier en tendens att äldre ökat sitt intag av marijuana i rekreationellt syfte efter legaliseringen av medicinsk marijuana.

Det andra påståendet att medicinsk marijuana skulle minska dödliga opioidöverdoser genom att erbjuda en mindre riskfylld smärtbehandling stämmer heller inte. Det finns inga data som stödjer detta antagande. **Flera nyligen publicerade studier visar snarare att de patienter som använder cannabis i medicinskt syfte inte sänkt sina opioiddoser(!).**

Professor Hall från Australien menar att även om det är liten risk för att på ett skadligt sätt överdosera marijuana har det visat sig att medicinsk marijuana har en mycket modest effekt på smärta. Därför framhåller hon att det är för tidigt att rekommendera en utvidgning av legalisering av medicinsk marijuana.

Tilläggas kan, att det framkommer i de här publicerade studierna också vissa sociala fördelar med medicinsk marijuana: handel och skatter. Den nya hanteringen skapar arbetstillfällen och skatterna inkomster. Nackdelar finns också. Forskargrupperna pekar på risk för utveckling av abstinens, beroende och ökad risk för trafikolyckor.

Professor Hall: Det har visat sig att medicinsk marijuana har en mycket modest effekt på smärta.

Foto Sternebring 2010

Sarvet Al, et al. Addiction doi:10.1111/add.14136
Hall W, et al. Addiction doi: 10.1111/add.14139
Se även Bulletin 2018:1

Vad är medicinsk cannabis?

Med medicinsk cannabis avses torkat växtmaterial (blommande grenspetsar) av Cannabis sativa som framställs under beaktande av god farmaceutisk tillverkningssed. Medicinsk cannabis är avsedd för användning som läkemedel (Läkemedelsverkets definition). Medicinsk cannabis kan i Sverige förskrivas som läkemedel inom ramen för läkemedelslagstiftningen. Det finns idag inga godkända läkemedel som innehåller cannabis utan förskrivningen måste ske via licensförfarande. Godkänns ansökan importeras produkten av specificerad kvalitet från Holland, där laglig tillverkning sker under kontroll av holländska myndigheter.

I Sverige finns ingen lagstiftning som reglerar hantering av medicinsk cannabis utan denna måste ske inom ramen för nuvarande läkemedelslagstiftning. (Uppgifter från Läkemedelsverket)

zubsolv® sublingual tablett
(buprenorfin/naloxon)

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 tablettens 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, nalmefen) 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/haloxon 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 dåsighet, 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-180002

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
Originalet.

❖ **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

S1635-1612