

Missbruksvårdens medikalisering

Gunnar Ågren

Med dr, f.d. generaldirektör för Folkhälsoinstitutet.
E-post: gunnaragren@me.com.

Vad som räknas som sjukdom är i grunden en social definitionsfråga. Under senare år har en rad nya psykiatriska sjukdomsdiagnoser tillkommit som beskriver mänskliga beteenden. Ett exempel är ADHD. Diagnosen depression har utvidgats och nära 10 % av den vuxna befolkningen använder antidepressiva läkemedel. Viktiga pådrivande aktörer har varit läkemedelsindustrin, professionella grupper och patientföreningar. Medikaliseringsprocessen har varit mycket framträdande inom missbruksvården med en kraftigt ökad läkemedelsanvändning och andra sjukvårdsinsatser medan den sociala missbruksvården har minskat i omfattning. Mycket talar för att medikaliseringsprocessen bidragit till en ökad drogrelaterad dödlighet framför allt genom ett ökat utflöde av opioidläkemedel.

What is defined as an illness is socially determined. During the last decades there has been a number of new psychiatric diagnoses, for example ADHD. Old diagnoses have also been extended to new groups. Nearly ten per cent of the adult Swedish population is using antidepressants. Important actors in the process of medicalization are the pharmaceutical industry, professional groups and patient's organizations. The medicalization process has affected the treatment of drug abuse and dependency disorders. The use of pharmaceutical drugs and other types of medical treatment has increased and social care and intervention has decreased. This process may have contributed to an increase in drug-related mortality, mainly attributed to prescribed opioids.

Medikalisering är ett begrepp som beskriver en process där icke-medicinska problem definieras som medicinska sjukdomar eller funktionshinder (Conrad 2007).

Vad som räknas som sjukdom är i grunden en social definitionsfråga. Nyckeln till medikaliseringen är just definitionen som innebär att problemet definieras i medicinska termer,

beskrivs med ett medicinskt språk och "förstås" med hjälp av ett medicinskt referenssystem och "behandlas" genom en medicinsk intervention, exempelvis läkemedelsbehandling (Conrad 2007). Medikalisering måste förstås som en process där gränsen mellan sjukt och friskt förflyttas hela tiden. Detta gäller särskilt diagnoser som framför allt grundas på mänsk-

liga beteenden och där diagnosen inte bygger på några tydliga organförändringar eller andra medicinska undersökningsfynd.

Medikaliseringen kan innebära att nya sjukdomsdiagnoser tillkommer och att andra försvinner. Det är viktigt att betona att det både kan ske en medikalisering och en avmedikalisering av mänskliga problem. Den kan också innebära att gränserna för en diagnos utvidgas. Allen Frances, en amerikansk psykiater som var med att utforma den psykiatriska diagnosmanualen DSM, har myntat uttrycket diagnostisk hyperinflation för att beskriva dagens utveckling när det gäller psykiatriska sjukdomsdiagnoser. (Frances 2014).

För 100 år sedan var diagnoserna hysteri och neurasteni mycket vanliga. Idag förekommer de knappast. På 1970-talet sedan räknades homosexualitet som en sjukdom medan diagnosen ADHD inte var uppfunnen. Inte heller diagnoserna PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) eller social fobi förekom. Alkoholism och narkomani sågs som sociala problem snarare än sjukdomar. Under de senaste decennierna har medikaliseringsprocessen accelererat. DSM-III som kom på 1970-talet innebar att ett 80-tal nya diagnoser tillkom och utvecklingen har sedan fortsatt.

Det finns fyra viktiga aktörer i medikaliseringsprocessen:

1. Patientföreningar och andra intresseorganisationer, ofta knutna till en diagnos, symptombild eller orsaksteori.

2. Professionen och professionella grupper särskilt inom läkarkåren eller andra medicinska organisationer.
3. Läkemedelsindustrin som har mycket starka ekonomiska intressen i en utvidgning av sjukdomsbegreppet.
4. Finansärer och administratörer av sjukvård och sjukförsäkringar som gör specifika sjukdomsdiagnoser till en förutsättning för ersättning.

För grupper med en viss symptom-bild eller deras närstående har det setts som mycket viktigt att problemen också erkänns som en sjukdom. Anonyma alkoholister har arbetat för att alkoholism skall betraktas som en sjukdom. Föreningar som "Attention" har drivit kravet på att ADHD skall betraktas som en funktionsnedsättning med biomedicinsk bakgrund. Särskilt i USA är det mycket vanligt att patientföreningar sponsras av läkemedelsfabrikanter som saluför läkemedel mot de aktuella symptomen. (Moynihan 2005).

Läkarkåren har haft ett stort inflytande över vad som betecknas som sjukdom. När det gäller diagnoser som beskriver mänskligt beteende har den amerikanska psykiatriska föreningen APA i praktiken haft en avgörande makt. Med 10-15 års mellanrum ger man ut en sjukdomsklassifikation, DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Den senaste upplagan DSM-V kom för några år sedan. Exempel på diagnoser som skapats av DSM är autismspektrum, social fobi, bipolär sjukdom hos barn

och ADD och ADHD.

Det är inte bara så att DSM definierar helt nya sjukdomar. Gamla sjukdomsdiagnoser utvidgas. Depression som för några decennier sedan var en allvarlig sjukdom som drabbade någon procent av befolkningen är nu en folksjukdom som drabbar mellan 5 och 10 % av den vuxna befolkningen. Sorg och ledsenhet som tidigare sågs som en del av livet har förvandlats till en sjukdom. Man kan tala om att livsproblem medikaliseras. Vi upplever en diagnostisk inflation där allt fler mänskliga beteenden blir sjukdomar som skall behandlas.

Under de senaste decennierna har tempot i medikaliseringsprocessen ökat dramatiskt. Det är inte längre läkare och andra professioner som är de viktigaste pådrivande krafterna. Den aktör som driver utvecklingen framåt är framför allt läkemedelsindustrin med sina enorma ekonomiska resurser. En av skaparna av DSM, Allen Frances, har uttryckt det som att diagnoserna har kapats av industrin (Frances 2014).

Industrins budskap är ofta att depression, bristande koncentrationsförmåga, svårigheter att ta sociala kontakter och andra problem beror på en kemisk obalans i hjärnan. Särskilt i USA har man ofta sponsrat och lierat sig med patientföreningar som drivit kravet på att få en effektiv behandling. Ibland har läkemedlet kommit först och man har hittat en sjukdom att använda det mot. Det har också uttryckts så att man marknadsför sjukdomar snarare än läkemedel, ”Disease mongering” (Moynihan 2005).

Ett viktigt instrument har varit

den möjlighet som man har i USA att driva reklam direkt till allmänheten som uppmanas att begära recept på en viss medicin. Denna mekanism är särskilt effektiv i en sjukvård som är marknadsstyrd och där läkarens eller sjukhusets intäkter är beroende av förmågan att locka till sig patienter (med betalningsförmåga).

Läkemedelsindustrin är i hög grad multinationell och den svenska situationen liknar den amerikanska med viss tidsfördröjning. Marknadsmekanismer har införts i den svenska sjukvården genom NPM och lagen om vårdval 2010. Tempot i denna förändring har varit olika snabbt i olika landsting. Studier från inspektionen för socialförsäkringen (ISF2014) och Stockholms Universitet (Fogelberg 2014) visar att vårdvalet lett till ett ökat antal sjukskrivningar och ökad förskrivning av antibiotika.

Den drivande kraften bakom denna utveckling är den ekonomiska och politiska doktrin som kallas nyliberalism där sjukvården ses som en marknad där tjänster i form av vård utbjuds till patienterna som är kunder. På en sådan marknad är kriteriet att vårdcentraler och sjukhus skall gå med vinst, något som erhålls genom att maximera antalet kunder och hålla utgifterna nere, exempelvis genom att korta ner besökstider och därigenom kunna ta emot fler patienter per tidsenhet.

Medikaliseringen fyller en viktig roll i detta sammanhang. Ju fler problem som kan definieras som sjukdomar desto fler kunder. Läkemedel som förstahandsalternativ istället för samtal bidrar till att förkorta besökstiderna och ger dessutom ökade vinster

till läkemedelsindustrin.

Ett exempel är depressionsbehandling. Förskrivningen av antidepressiva har ökat från omkring 50 miljoner dygnsdoser i mitten på 1990-talet till närmare 300 miljoner doser 2013. Omkring 800 000 svenskar, varav mer än en halv miljon kvinnor ordinerar antidepressiva mediciner. Kostnaden var 730 miljoner kronor 2013. Även om de gångna årens utveckling kan orsaka misstämning beror inte utvecklingen på att en våldsam epidemi av svåra depressioner drabbat svenska folket. Orsaken är att alltfler livsproblem ses som sjukdomar och andra metoder att ta itu med dem anses för tids- eller kostnadskrävande.

Ett annat exempel är ADHD där antalet behandlade patienter, framför allt ungdomar mer än fördubblats under de senaste åren och uppgår till omkring 90 000. Medicinkostnaden uppgår till över 700 miljoner per år, vilket gör att Ritalin, den vanligaste ADHD-medicinen, blivit ett av de mest lönsamma preparaten på läkemedelsmarknaden. Diagnosen ADHD har successivt utvidgats till att även omfatta vuxna och den har framför kommit att användas inom missbruksvården.

Förskrivningen av så kallade opioider, det vill säga preparat med i huvudsak samma verkan som morfin och heroin har ökat mycket kraftigt. Opioiderna är väldigt effektiva som medicin mot svår smärta men är samtidigt starkt beroendeskapande och risken för dödliga förgiftningar är mycket stor.

I USA har det skett en mycket snabb ökning både av förskrivningar

av opioider och av dödsfall som sammanhänger med förgiftningar. 2012 dog enligt officiell statistik 17 000 personer av opiatförgiftningar vilket är en fyrdubbling jämfört med 1999. Försäljningen av dessa mediciner uppgick till det svindlande beloppet 8 miljarder dollar.

Den svenska utvecklingen liknar i hög grad den amerikanska. Förskrivningen av opioider har ökat. Många fler narkotikamissbrukare får så kallad substitutionsbehandling med metadon och buprenorfin. Antalet personer i denna typ av behandling har ökat från ett tusental 2005, då Socialstyrelsen införde nya riktlinjer, till omkring 5000 patienter 2012. Antalet behandlingsenheter har ökat från 5 till över 100. Under samma tidsperiod har den drogfria institutionsvården minskat kraftigt. Substitutionsbehandling har blivit den normala behandlingsmetoden för heroinister men sannolikt också andra grupper.

Opiater skrivs i ökande utsträckning på indikationen smärta. Det gäller framför allt preparaten fentanyl och oxikodon som båda är mycket toxiska och har en stor missbrukspotential. Tyvärr är det vanligt att metadon, buprenorfin, oxikodon och fentanyl överlåts, säljs vidare eller på annat sätt hamnar på den svarta marknaden.

Utflödet av opiater har också bidragit till att priset på heroin gått ner på marknaden.

Resultatet har blivit en kraftig ökning av narkotikarelaterade dödsfall. Sedan 2005 har antalet narkotikadödsfall ökat från något över 300 till närmare 700 per år. Mer än två tredjedelar av denna ökning kan tillskrivas

läkemedlen buprenorfin, fentanyl och metadon. Samtidigt har också heroindödsfallen ökat trots den utbyggda substitutionsbehandlingen. Till detta skall läggas att antalet dödsfall med förekomst av oxikodon som inte ingår i den reguljära narkotikastatistiken ökat från ett tiotal år 2005 till närmare 150 fall 2014.

Den ökande narkotikadödligheten har oroat många. Man kan konstatera att det ökande antalet dödsfall till stor del är resultatet av en medikaliseringsprocess: Tyvärr har svaret på utvecklingen varit att man ytterligare skall påskynda missbrukarvårdens medikalisering. Både den statliga missbruksutredningen (SOU 2011:35), som kom 2011 och Socialstyrelsens förslag till nya riktlinjer för missbrukarvården pekar i denna riktning.

Missbruksutredningen ville att all behandling av missbrukare skulle överföras från den kommunala socialtjänsten till sjukvården. Utredningen föreslog också att det skulle ske en skatteväxling på så sätt att 2,3 miljarder skulle överföras från kommunerna till landstingen för att kompensera de utökade sjukvårdsinsatserna

Ett avgörande argument för överföringen till sjukvården har varit att sjukvårdens insatser är mer evidensbaserade. De insatser som anses evidensbaserade är framför allt korttidsinsatser vid tidig beroendeproblematik och behandling med läkemedel, i första hand substitutionsbehandling med buprenorfin och metadon. Delvis hänger detta samman att det framför allt är dessa områden som varit föremål för vetenskapliga studier. Att lägga upp bra studier och studera

långtidseffekter av socialt inriktad missbrukarvård är betydligt svårare och resurserna till detta forskningsområde har varit små jämfört med läkemedelsforskning.

Missbruksutredningens förslag om överföring av missbrukarvården avvisades visserligen, framför allt på grund av motstånd från kommunernas företrädare, men har i hög grad fortsatt att påverka diskussionen.

Socialstyrelsens förslag till nya riktlinjer för missbrukar- och beroendevård som lades fram 2014 driver mycket hårt kravet på evidensbaserad. Detta innebär i praktiken att man ensidigt pläderar för läkemedelsbehandling och ett antal mycket instrumentella korttids terapier, i första hand KBT. Den metod för evidensbaserad som man utgår från innebär i praktiken att sociala aspekter och en helhetssyn på missbruk och beroende utelämnas. Man bortser i praktiken från att psykoterapeutiska insatser har en bredare målsättning som innefattar en bättre livskvalitet.

Man driver mycket starkt kravet på en ytterligare utbyggnad av substitutionsbehandling, där man också kalkylerar med ett ekonomiskt resurstillskott. Dels skall behandlingen byggas ut i delar av Sverige som anses underförsörjda och man aviserar också nya patientgrupper, i första hand personer med ett opioidberoende som utvecklas i samband med sjukvårdsinsatser, exempelvis smärtbehandling.

Det förefaller också som att utvecklingen gått i den riktning som föreslagits av både Missbruksutredningen och Socialstyrelsen.

Under det senaste decenniet har det

skett en ökning av missbruksproblemen. Några säkra uppskattningar av antalet missbrukare finns inte. Socialstyrelsen redovisar att antalet personer som fått missbruksdiagnos inom sjukvården ökat från 28.400 vid millennieskiftet till 38.000 år 2012. (Socialstyrelsen 2014). Dödligheten inom gruppen har varit oförändrat hög – 5 % har avlidit samma år som de fått minst en diagnos. Detta innebar att antalet dödsfall var 572 fler 2012 än 2000. Dödligheten är också mycket hög vid en internationell jämförelse.

När det gäller Socialtjänstens insatser kan man se en kraftig minskning. Frivillig institutionsvård minskade med c:a 40 procent sedan millennie-

skiftet. Den första november 2000 befann sig 3 246 personer i institutionsvård. 2014 var motsvarande antal 1 908. Tvångsvården med stöd av LVM har legat på i ungefär oförändrad nivå med ett omkring 1000 personer vårdade per år.

Antalet narkotikarelaterade dödsfall har ökat kraftigt från c:a 350 dödsfall vid millennieskiftet till nästan 800 år 2014. Huvuddelen av dödsfallen sammanhänger med opioidläkemedel som härstammar från sjukvården, morfin, metadon, buprenorfin, fentanyl.

Utvecklingen har således entydigt gått i riktning mot en medikalisering.

Referenser

- Conrad, P. *The medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. The John Hopkins University Press. Baltimore Md. 2007.
- Fogelberg S, Karlsson J. Competition and antibiotics prescription. Research Institute of Industrial Economics, Working paper series. 2013(949).
- Frances, A. *Saving Normal. An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. 2014.
- ISF. *Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna* Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen Rapport 2014:17; 2014.
- Moynihan, R. Cassels, A. *Selling Sickness: How the World's Biggest Pharmaceutical Companies are Turning us All Into Patients*. Nation Books. New York 2005.
- Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning*. 2015.
- Socialstyrelsen. *Öppna jämförelser 2014. Missbruks- och beroendevården. Resultat, metod och indikatorer*.
- Socialstyrelsen. *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Slutsatser och förslag*. 2015.
- SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende*. Socialdepartementet 2011.