Att orka leva med svår ångest

Eva, Robin och IngelaS har samtalat med doktor Markus Takanen. Markus arbetar på 44:ans metadonmottagning i Stockholm sedan åtta år tillbaka och har arbetat i totalt tretton år inom beroendevården och psykiatrin.

De flesta medlemmarna i ENOUGH! är äldre brukare i åldern 50-75 år. Många har ätit lugnande preparat samt tagit opiater sedan de var i yngre tonåren. Det så kallade sidomissbruket av bensodiazepiner vid sidan av det förskrivna metadonet skapar stora problem på mottagningarna då det anses förenat med livsfara. Därför får brukarna hämta sitt metadon sju dagar i veckan, ibland år efter år utan en dags ledighet, något som ENOUGH! tidigare berättat om.

Att trappa ner det ena eller andra preparatet för snabbt kan vara livshotande. Ändå är det oftast snabba nedtrappningar som erbjuds. Även detta har vi tidigare rapporterat om i flera texter, bland annat har vi berättat om LG.

Det vi i ENOUGH! vill diskutera i första hand med Markus är det fortsatt brännande ämnet; vad kan göras för att hjälpa de äldre långtida brukarna av bensodiazepiner på metadonteamen, *hur kan vi på bästa möjliga sätt hitta en lösning?*

Ingen människa vill lida av ett missbruk, köpa illegala droger på gatan och riskera att få i sig okända, ibland dödliga preparat. Det vi skulle önska är möjligheten till antingen:

1) En långsam nedtrappning som får ta den tid den tar, vilken kan innebära upp till ett år och i vissa fall längre. Helst lokalt och under ordnade förhållanden på aktuell metadonmottagning.

2) Möjligheten att få en låg underhållsdos av bensodiazepiner under ordnade, legala förhållanden på mottagningen. Detta alternativ endast i de fall en äldre brukare har använt

lugnande preparat så länge att det inte går att leva utan preparatet, vilket visat sig efter flera misslyckade utsättningsförsök.

MARKUS: Som läkare är man alltid ansvarig för det man förskriver, det spelar ingen roll om man är cancerläkare eller beroendeläkare. Du måste veta vilket resultat medicinerna kan ge. Visst är också äldres missbruksbehandling viktig och Resursteamet är specialiserat på detta. Du måste ha på fötter när du gör ett undantag. Om en anhörig till mig skulle komma till mig och ha fått bensodiazepiner förskrivna skulle jag stryka dessa ur deras medicinlista direkt. Jag är psykiatriker i botten så jag behandlar inte beroende eller psykiatri på olika sätt. Vi inom metadonsektionen har även ansvar för patienternas psykiatriska mående och den biten ska vara top notch med uppdaterade terapier, bra vårdflöden, rätt mediciner.

ENOUGH!: Äldre brukare som på grund av ett sidomissbruk av benz tvingas byta från metadon till Suboxone (ett buprenorfin/naloxon preparat; avsett för behandling av drogmissbrukare beroende av opiater som heroin eller morfin), känner sig väldigt rädda och upprörda. En av ENOUGH!s medlemmar tvingades byta och fort skulle det gå. Personen led inte av psykisk ohälsa men blev jättesjuk och fick sitt livs första psykos, hoppade ut från ett fönster och skadade sig.

MARKUS: Vi vill kunna ha kvar patienter i behandling. När det förut fanns utskrivningsgrupper tittade man på om patienten var våldsam på mottagningen vilket skapar en ohållbar arbetsmiljö, eller om det var medicinskt osäkert att ha behandlingen kvar, det vill säga: riskerar vi att döda patienten med medicinen? Resultatet blev att man skrev ut patienten om det inte funkade, om sidomissbruket var för stort. Nu för tiden vill man inte ha utskrivningsgruppen och då har man som ett alternativ att byta preparat, men det kommer aldrig som ett förstahandsalternativ. Först erbjuds man en avgiftning, även att kanske med socialtjänstens hjälp få

möjlighet att åka iväg på en längre avgiftning. Om det inte funkar eller inte tas emot väl hamnar man i ett läge där man vet att buprenorfinpreparat minskar överdosrisken. Det är en överlevnadsfråga. Socialstyrelsen vill att vi ska ha fler patienter på Suboxone då preparatet anses säkrare. Det finns mindre kognitiva biverkningar, det blir lättare att gå tillbaka till en sysselsättning med det preparatet. Metadon i hög dos ger dessutom hemska biverkningar på hjärtat.

EVA: Jag var elva år när jag började ta piller, barbiturater och benz. Tabletterna då var starkare än de som finns i dag. När jag började med amfetamin tog jag det lite lugnare med pillerna, för jag hade sett fruktansvärda resultat av för mycket piller. Men jag trillade alltid dit igen med jämna mellanrum för jag hade benzbehovet i botten. Min fråga är; om man har gått på benz så länge som många av oss äldre brukare har, kan vi då inte få det förskrivet legalt? Vi behöver benz för att kunna göra något annat än att bara sitta hemma och glo på TV. Jag är sjuttio år. De brukare som är över femtio år och har hållit på med benz i hela sina liv, vi skulle må mycket bättre om vi kunde få leva våra sista år någorlunda värdigt.

MARKUS: Som läkare är man bunden av att det ska finnas stöd för det man gör, de beslut man fattar. För ångestsjukdomar finns det riktlinjer, man går igenom alla tänkbara behandlingar som kan tänkas vara vettiga i första hand. Sedan har man en extrakategori med metoder kallade ”icke göra”. På den listan står att man inte kan skriva ut bensodiazepiner i de allra flesta fallen och i både utländska och svenska källor med ännu större försiktighet vid samsjuklighet med beroende. En av mina hjärtefrågor är att ge mina patienter toppklass behandling, som att prata med psykologer. Man står ganska bakbunden om en behandling ses som ej vetenskaplig.

EVA: Tycker du att det är så väl beprövat så mycket som folk i min situation lider? Vi som har hållit på så länge, är så gamla, inte riktigt orkar leva utan benz?

MARKUS: Jag kan inte ge dig något tillfredsställande svar.

EVA: Men kan du inte som människa bortsett från ditt jobb som läkare och svara mig som medmänniska? Tycker du inte att man har rätt till (ett drägligt slut), ett drägligt liv mot slutet? Jag är sjuttio år nu och vet att jag inte har så lång tid kvar.

MARKUS: Jag förstår att det här är jobbigt. Det är modigt av dig att prata om det. Det är klart att man ska ha en bra livskvalitet, det är målet med all behandling, överlevnad och bra livskvalitet. Man är både medmänniska och doktor (Eva avbryter med ett "hurra för dig, det är det inte många läkare på teamen som är"). Om jag tio eller femton år senare träffar mina patienter vill jag kunna se dem i ögonen, kunna stå för mina beslut beträffande deras behandling. Jag jobbar alltid för att mina patienter ska ha ett drägligt liv, oavsett ålder med perspektivet vad som ger bäst livskvalitet. Inför mitt egen samvete och om det var min egen mamma jag behandlade måste jag vara lika strikt med att jag ska kunna underbygga saker. Jag hoppas att det kommer forskning på hur man differentierar bättre, hur man gör med äldre patienter. Det är en forskare som jobbar som läkare på Resursteamet. Även på Magnus Huss har man anställt en äldrepsykiatriker som är beroendeläkare också. Poängen är att man fokuserar mer på äldre även inom missbruksvården. Resultatet kanske blir att man behöver mer psykologer, man kanske också måste erbjuda traumabehandling fast patienten är sextio/sjuttio år gammal. Det är sådant vi måste prata om. Tittar jag till Danmark till exempel, till liberalare länder, ser jag heller inte någon ökad förskrivning av bensodiazepiner.

EVA: Men de tillåter ett benzbruk på ett helt annat sätt som jag har förstått det, de kanske inte skriver ut preparatet men de är mer förstående.

MARKUS: Men de flesta teamen här i Stockholm har i alla fall gått ifrån att skriva ut patienter, bara det är en positiv

utveckling.

EVA: Kanske det men man kan bli utslängd från teamen ändå. Allt måste rapporteras till en grupp som kan bestämma att man ska straffas på det ena eller andra sättet. Det har hänt på ett team där jag tidigare gick för att hämta mitt metadon att jag hamnade inför utskrivningsgruppen sju gånger. Det sätter sina spår och det var då jag började knarka för fullt för att klara av stressen.

ENOUGH!: Vad tror du att det beror på att Sverige har en så otroligt hög narkotikadödlighet?

MARKUS: Tusen olika saker. Dels har vi väldigt noggrann rapportering. Sedan har vi en ganska gräslig LARO-täckning, programmen har inte täckt alla som behöver hjälpen. Det jobbar vi stenhårt för att komma tillrätta med. Det har varit väldigt svårt att komma in i programmen. Sverige har också en väldigt speciell narkotikapolitik, historiskt sätt och fortfarande.

ROBIN: Vad tror du grunden är till Sverges hårda narkotikapolitik? Var kommer det politiska trycket från?

MARKUS: Vi kan gå tillbaka till gamla nykterhetslagar, sätt man hanterade alkohol på, tänket kring helnykterhet. Vänster eller höger, det finns väl inget parti man kan rösta på för en mer frikostig narkotikapolitik förutom möjligen Piratpartiet. Jag har tyvärr inget jättebra svar på varför det blev som det blev i Sverige, många olika faktorer spelar in.

EVA: Jämför vi Sverige och Norge till exempel har Norge nu verkligen gått om oss med sin narkotikapolitik.

MARKUS: Ja det stämmer, Norge har bättre LARO-täckning och minskad dödlighet. Jag är en enkel doktor och ingen politiker. Jag lägger mig inte i narkotikapolitiken.

ENOUGH!: Det vi i ENOUGH! skulle önska är att om man nu har ett mångårigt benzbruk och känner att man inte klarar av att

bli fri från bruket behöver vi hitta en bättre lösning. Nedtrappningarna man erbjuds på teamen är för korta för att vara framgångsrika. Skulle man inte kunna få gå till sin metadonmottagning och på plats erbjudas en lång, långsam benz nedtrappning under ordnade förhållanden?

MARKUS: Vi erbjuder inte det idag.

ROBIN: Och vad är grunden till det? Benz är ett av de preparaten det kan vara livsfarligt att trappas ned från.

MARKUS: Grunden är väl att man inte har studier som täcker en långsam nedtrappning. Inneliggande på sjukhus och på behandlingshem har man gjort det någon enstaka gång under ordnade former. Om vi ger er preparat som i kombination gör att det värsta händer och en obduktionsrapport kommer tillbaka, är det mitt ansvar som läkare att jag dödat patienten med metadon och benz. Om jag ordinerar en långvarig nedtrappning måste jag kunna styrka att det gått bra för de flesta patienter. Jag kan bara ordinera fem eller kanske åtta dagar på sjukhus, sedan måste socialtjänsten komma in i bilden.

ENOUGH!: Vi har lärt oss att det ofta tar upp till ett år att bli frisk efter ett långvarigt bruk, ibland mer. De flesta vill inte ha “de blå” från gatan, nätdrogen Xanor som kan innehålla Fentanyl (Fentanyl är ett kraftigt smärtstillande medel; effekten är ungefär hundra gånger starkare än morfin). Vi vill ha en ordinerad inte hög utan bara tillräcklig dos av våra läkare.

MARKUS: Det vi behöver prata om också är situationen som kommer efter nedtrappningen. Det finns mycket vård tillgänglig inom psykiatrin, möjligheten att prova till exempel antidepressiva preparat. Har man en grav ångest sedan barndomen kanske man måste göra en annan typ av avvägning.

ENOUGH!: Många som har det långvariga benzbruket och är äldre skulle önska att kunna få en liten, tillräcklig dos på

mottagningen. Visa att man kan sköta det, så att man slipper jaga på gatan.

MARKUS: Problemet är att vi läkare är bundna, vi har tydliga riktlinjer. Det finns vetenskap mot bensodiazepiner som behandling. Teamen kan erbjuda samtal med psykologer. Inte ens i de frikostigare länderna finns bensodiazepiner på kartan. Jag landar fortfarande i att det jag ger som behandling är den evidensbaserade behandlingen. Terapier, antidepressiva preparat, det är där man börjar, alla har rätt till den bästa vården. Det är inte så att jag principiellt är emot något. Och det är inte säkert att 10mg Stesolid skulle lösa hela problemet.

EVA: Nej men kanske 30mg. En tablett på morgonen, en på dagen, en till kvällen. Det är kaos inuti mig utan benz. Jag klarar inte av att prata med folk eller göra något som jag ska, inget fungerar.

ENOUGH!: Vi ville bolla dessa frågor med dig Markus, vi kallade dig till detta möte då vi har hört av några av dina patienter att du är en resonabel läkare. Vi önskar att det fanns fler resonabla läkare runt om på metadonteamen. Vi vill få igång en dialog, finna lösningar så att det blir bättre för de äldre patienterna som lider nu på metadonmottagningarna. Benzbruket är det stora brinnande frågan. En förändring måste ske innan fler av oss dör efter att ha levt i stor ångest. Vi vill leva ett värdigt liv. Det är ovärdigt att leva i skräck på metadonteamen och tvingas hämta sin medicin sju dagar i veckan år efter år för något man inte kan rå för; ett benzberoende man haft ett helt liv.

EPILOG

Vi i ENOUGH! vill tacka dr Markus Takanen för att han ville samtala med oss. Vi förstår att Markus och andra läkare inte kan riskera sina jobb och fatta beslut utanför riktlinjerna de behöver följa. Men vi och våra vänner går under av

problematiken beskriven i denna artikel. Vi är vuxna människor och borde ha rätten att besluta över våra egna liv. Därför kommer vi att ta frågan vidare och strida för rätten till ett drägligt liv och åldrande.