

Sveriges höga narkotikadödlighet

Vad beror den på och vad kan göras?

Pelle Olsson



Denna rapport är skriven av journalisten och författaren Pelle Olsson på uppdrag av Narkotikapolitiskt Center. Pelle har länge bevakat narkotikapolitiska frågor, både som redaktör för tidningen Narkotikafrågan och i ett flertal böcker.

Ansvar för innehållet i denna rapport är författarens (undantaget förord och baksidestext). NPC delar inte nödvändigtvis de åsikter som framförs.

Narkotikapolitiskt Center är ett nätverk bestående av ett flertal ideella organisationer som vill se en restriktiv och human narkotikapolitik.

Utgivningsår: 2019

Omslagsfoto: Kwest / Adobe Stock

Innehåll

Förord.....	4
Flera olika sätt att räkna.....	7
Narkotikadödstalen ökar	9
De högsta dödstalen i Västvärlden.....	12
Är det politiken som dödar?.....	13
Substitutionsbehandling.....	15
Förskrivning av läkemedel.....	17
Stigmatisering av narkomaner.....	20
Förklaringar till de ökade dödsfallen	22
Vad kan vi göra för att minska de höga dödstalen av narkotika?.....	22
Livräddande läkemedel	23
Slutsatser	24
Källor	25

Förord

Hur vi än räknar så är den narkotikarelaterade dödligheten stor. Vi vet att politiska beslut kan påverka utvecklingen, men det krävs en analys av situationen och orsakerna för att hitta rätt åtgärder. Vår önskan med denna rapport är just detta. Att sammanfatta det aktuella läget och diskutera möjliga vägar framåt. Men även att visa varför det florerar olika siffror och komplexiteten i att mäta dödlighet så att den kan jämföras över tid och med utvecklingen i andra länder.

Rapporten ska ses som ett bidrag i debatten och vi gör inte anspråk på att ha alla svar. Tvärtom välkomnar vi en fortsatt bred diskussion om möjliga åtgärder.

Rapportförfattaren Pelle Olsson sätter fingret på ett antal saker i rapporten som är intressanta att konstatera men också att vidta åtgärder kring:

Han visar på att vi i Sverige har ett flertal sätt att mäta dödlighet. Svaret på hur många som dör ligger i ett spann mellan cirka 500 till 1000 personer per år beroende på mätmetod. Han visar också att de olika sätten att mäta skiljer sig över tid och mellan länder, vilket försvårar jämförelser. Att Sverige är bäst på att mäta behöver inte betyda att vi nödvändigtvis ligger högst när det gäller dödlighet.

Vi borde därmed överväga att få ett enhetligt sätt att mäta för svenska behov och driva detta även gentemot EMCDDA, som sammanställer utvecklingen för Europa, för att kunna göra jämförelser mellan länder och utvärdera politiska åtgärder.

Vidare konstaterar rapporten att svaret på varför dödligheten ökat så dramatiskt över tid knappast går att finna i konsumtionsförbudet. Det har gällt i 30 år medan en stor ökning av antalet dödsfall, oavsett mätmetod, inleddes år 2006. Dessutom hade dödsfallen minskat under ett antal år före 2006, vilket inte borde skett om konsumtionsförbudet per definition bidrog till en ökning av antalet döda.

Ökningen tycks istället ha med sjukvården att göra. Pelle Olsson lyfter förskrivningen av metadon och buprenorfin, som ökade kraftfullt kring 2006, samt smärtstillande läkemedel som de preparat som leder till flest dödsfall.

Till viss del tycks det handla om smuggling och näthandel men främst den förskrivning som görs och det läckage som ibland blir en följd av denna.

Laro-program och smärtstillande läkemedel är viktiga beståndsdelar i en human, restriktiv narkotikapolitik, men vi behöver titta närmare på åtgärder som förhindrar läckage och smuggling om vi vill få ner dödligheten.

I rapporten konstateras att även om antalet platser på de traditionella behandlingshemmen minskat över tid har antalet sökande till öppenvård och sjukhusvård ökat desto mer. Det tyder på att den stigmatisering som skulle kunna förekomma inte tycks hindra att fler tar sig till vård och behandling. Dock blir behandlingen kortare och frågan är om den är tillräcklig för att ta sig ur ett missbruk och en för tidig död?

En studie av hur fler kan få möjlighet att komma till mer kvalitativa och längre behandlingsinsatser och hur hela vårdkedjan runt om fungerar och är organiserad vore önskvärd.

I rapporten ges även utrymme för tre personer som på olika sätt är engagerade och väl insatta i narkotikafrågan att ge sina förslag på åtgärder för att minska de narkotikarelaterade dödsfallen. Några av förslagen som tangerar varandra är extra intressanta att titta närmare på, som **åtgärder mot överförskrivningar av läkemedel, läckage av metadon och buprenorfin samt utvidgad naloxonhantering. Övriga förslag bör utredas för att antingen genomföras eller avfärdas som icke verkningsfulla för att få ner dödligheten.**



Stockholm juni 2019
Peter Moilanen
Chef för Narkotikapolitiskt center

”Av gänget jag rökte hasch tillsammans med, och som sen började med horse, är vi bara tre kvar. Fem av åtta kompisar har dött. Den senaste för två år sen.” Han räknar på fingrarna. Fyra har dött av överdoser, en har blivit mördad.

”Lalle var den första. Vi var väl 18-19 år på den tiden. Det var innan någon av oss hade börjat injicera. Jag minns det så väl för jag hade lånat honom 5000 spänn den eftermiddan. Han och en annan snubbe åkte hem till en polare. Där hade Lalle sniffat i sig fyra kabbar heroin och tagit flödder. Så tog de en taxi hem. Lalle segnade ner i sin egen trappuppgång. Det gick inte att få liv i honom.”¹

Sveriges höga narkotikadödlighet

Vad beror den på och vad kan göras?

Att fastställa hur många som dör av narkotika är komplicerat. Det saknas en enhetlig definition av narkotikarelaterad död och hur man mäter den. Ska man bara ta med akuta förgiftningar eller ska även långsiktiga skador och sjukdomar av bruket ingå? Vilka sjukdomar i så fall? Vilka droger? Och hur är det med indirekta orsaker som självmord eller olyckshändelser under ett rus?

De här frågorna har också betydelse när man ska jämföra olika länder med varandra. Metoder, urval, rapportering och noggrannhet i dokumentation kan skilja sig mycket åt. Ovanpå dessa svårigheter kommer jämförelsen över tid. Har man använt samma tillvägagångssätt för att beräkna antalet dödsfall under alla år?

En sak är dock säker: Allt fler dör av narkotika i vårt land.

Flera olika sätt att räkna

Varje år avlider ungefär 90 000 svenskar. I samtliga fall måste en läkare fastställa dödsfallet och skriva ett dödsorsaksintyg. Om det skett utanför sjukhus, eller på något annat onaturligt sätt, ska det rapporteras till polisen – vilket gäller cirka 5000 dödsfall per år. Andelen har varit konstant under de senaste 20 åren och polisen begär nästan alltid en rättsmedicinsk undersökning.²

Rättsläkaren obducerar kroppen, tittar på mikroskopiska preparat, läser polisrapporten och tar blodprover. Alla toxikologiska analyser utförs på Rättsmedicinalverkets avdelning för rättskemi i Linköping, vilket borgar för att de alltid genomförs på samma sätt.

Information från dessa fyra underlag används för att fastställa dödssätt: mord, självmord, olycka, sjukdom? Dödsorsaken ska också bestämmas, både den underliggande, alltså den direkta orsaken, och den bidragande. Därefter skriver rättsläkaren ett rättsintyg som skickas till Socialstyrelsen där en grupp experter kodar dödsorsaken enligt ett komplicerat regelverk från Världshälsoorganisationen, WHO. Om dödsorsaken inte kan bestämmas sorteras den in under ”illdefined causes”.

Diagram 1: Förgiftningar med läkemedel och narkotika, underliggande dödsorsak 2001–2017 (alla åldrar)

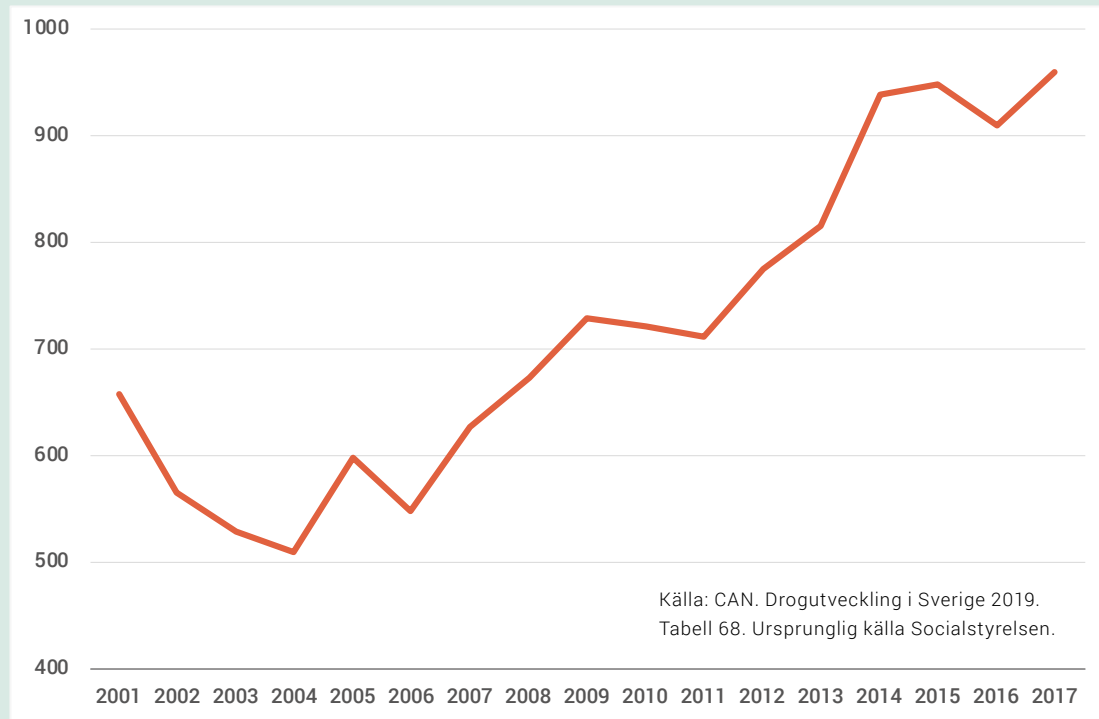
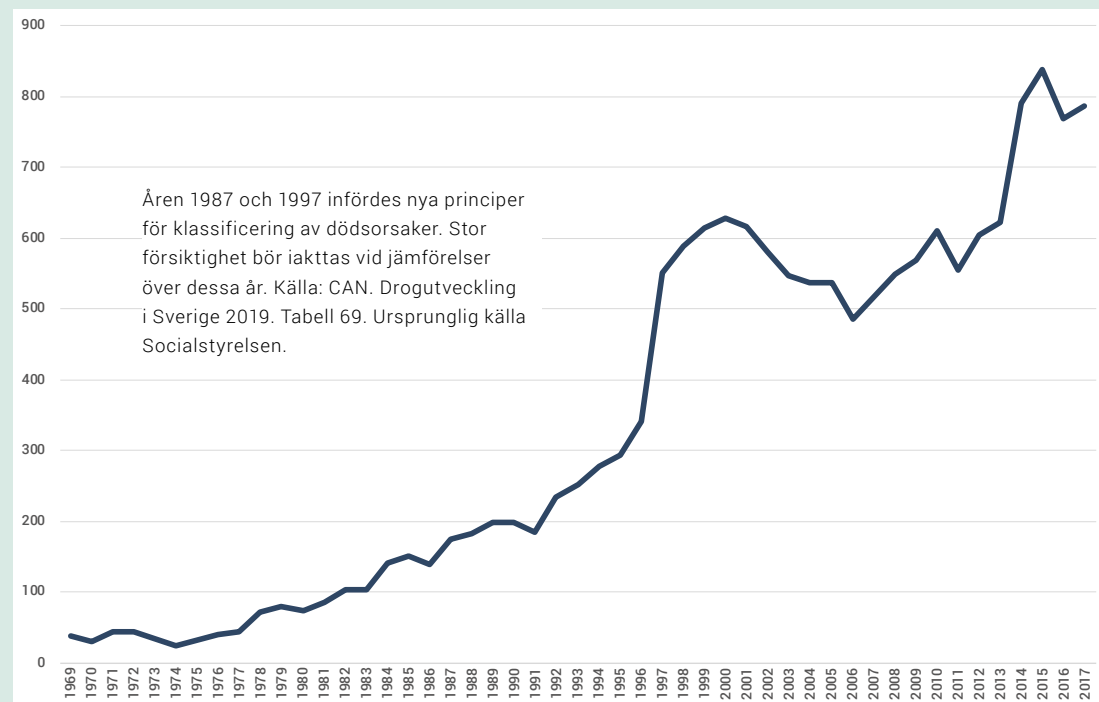


Diagram 2: Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak 1969–2017 (alla åldrar)



Socialstyrelsen följer narkotikadödlighetens utveckling, vilken redovisas i tabellen "Förgiftningar med läkemedel och narkotika, underliggande dödsorsak" med start år 2001. (Se diagram 1). Samtliga åldrar är med, även äldre personer som avlidit av olika mediciner. Nästan 80 procent av de avlidna är dock yngre än 50 år. Enligt den här tabellen dog 658 personer 2001, vilket ökade till 960 under 2017. De flesta dödsfallen klassas som olycksfall ("överdoser") men även självmord ingår i statistiken.³

Socialstyrelsen har också en annan redovisning, "Antal narkotikarelaterade dödsfall som underliggande eller bidragande dödsorsak", som börjar redan 1969. Det året dog 37 personer. 2017 dog 786. Alla åldrar räknas. (Se diagram 2) Här har man ett annorlunda urval av diagnoser, ICD-koder, och man räknar alltså även bidragande orsaker.⁴ Hälften av de döda hade minst två droger i blodet och nästan 30 procent hade tre eller flera droger.⁵

En tredje beräkning av narkotikadöd är den som redovisas till EMCDDA i Lissabon (Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk). Den bygger på de olika ländernas officiella dödsorsaksstatistik med ICD-koder⁶ och åldersgränsen är 15-65 år. EMCDDA gör ett urval, kallad "selektion B" och avser underliggande orsaker.⁷ Detta följer Sverige. Vissa länder redovisar emellertid dödstaten till EMCDDA på ett annat sätt, enligt "selektion D". Där räknas enbart förgiftningar av narkotika enligt toxikologiska undersökningar.⁸ Den tabell över narkotikarelaterad död som sedan publiceras i den årliga EMCDDA-rapporten tar med både selektion B och D, vilket gör att siffrorna inte är helt jämförbara.

Andra felkällor som försvårar jämförelserna mellan länderna är problem med kodning, täckning och underrapportering. I EMCDDA-rapporten 2019 var antalet, i denna inte helt korrekta tabell, 626 narkotikadöda i Sverige (gäller 2017). Med den siffran ligger vi i så fall näst högst i Europa, bara Estland har ett högre antal. Strax efter oss kommer Norge, Storbritannien, Irland, Litauen, Finland och Danmark.⁹

Ytterligare ett register i Sverige är Toxreg som påbörjades 1994. Det visar alla 15-65 åringar som vid dödsfallet hade narkotika i kroppen. Där bestämmer man vilket preparat som är giftigast och det är endast detta som anges i statistiken. Farligast är heroin, därefter i fallande skala morfin, metadon, fentanyl, buprenorfin, oxikodon och tramadol. Alla dessa kallas opioider eftersom de utgår från opium i naturlig eller syntetisk form och har samma verkningsmekanismer, framför allt är de andningshämmande. Opioider kan därför vara direkt dödande. Därefter kommer amfetamin, kokain, övriga droger samt THC (cannabis). Rangordningen har genom åren ändrats och även vilka droger som räknats in. En uppdaterad Toxreg-tabell som sträcker sig från 2001 till 2015 omfattar exempelvis enbart opioider, inte amfetamin, kokain eller cannabis. Enligt den tabellen dog 201 personer med opioider i kroppen 2001. Antalet ökade till 541 under 2015.¹⁰

Narkotikadödstalen ökar

En sammanfattande analys av de olika registren visar att antalet personer som dör av narkotika har ökat kraftigt under de senaste två decennierna. Ökningen är mindre dramatisk enligt Socialstyrelsens register "Förgiftningar med läkemedel och narkotika, underliggande dödsorsak". Hur man än har räknat tar dock ökningen fart efter ungefär år 2006. Dels stiger dödstalen av metadon och buprenorfin (preparatnamnen är ofta Subutex och Suboxone). Det är dessa läkemedel som skrivs ut i i LARO-programmen (Läkemedelsassisterad rehabilitering för opiatberoende). Dels ökar dödsfallen med de smärtstillande läkemedlen innehållande oxikodon, tramadol och fentanyl/fetanylaloger. Det är dödsfallen från dessa grupper som ökat kraftigt från 2006 och framåt. Även läkemedlet morfin har haft samma utveckling, medan de illegala narkotikasorterna heroin, amfetamin och kokain haft en mer blygsam ökning.

Under de senaste åren tycks kurvan över de totala dödsfallen plana ut. Den kanske till och med minskar eftersom fatala förgiftningar av fentanyl, som är många gånger starkare än heroin, gått ner från 141 under 2017 till 39 fall under 2018.¹¹ Det vill säga över hundra dödsfall färre. Detta hänger troligen samman med att tillgången på fentanyl minskade kraftigt tack vare gripande av två bröder som sålt stora mängder fentanylaloger via webbsidor, innan

"Under de senaste åren tycks kurvan över de totala dödsfallen plana ut. Den kanske till och med minskar eftersom fatala förgiftningar av fentanyl, som är många gånger starkare än heroin, gått ner"

preparaten hunnit bli klassade som narkotika eller hälsofarlig vara. Bröderna åtalades och dömdes till långa fängelsestraff för vållande till annans död, istället för narkotikabrott. Själva åtalet fick en avskräckande effekt och även andra webbsidor slutade sälja fentanylvarianter. I kombi-

nation med en allt snabbare narkotikaklassning har det bidragit till att den livsfarliga drogen blivit svårare att få tag på.¹²

Ett specialfall i dödsstatistiken, om man även räknar in bidragande orsaker, är THC där antalet tredubblats under de senaste 20 åren. Det har stadigt legat på ungefär en tiondel av dödsfallen.¹³ Det handlar aldrig om dödliga förgiftningar utan om olycksfall, mord och impulsiva självmord, till exempel hängningar och hopp från hög höjd.^{14,15}

Narkotikaforskaren vid Malmö universitet, professor Björn Johnson menar att man inte ska vara alltför fokuserad på enskilda substanser.

Opioider är självklart grundproblemet, säger han, men vi vet att de som missbrukar dessa substanser använder det de kommer över och att det kan variera över tid. USA-krisen (se nästa kapitel) visar att utbudet av opioider

Vad bör göras för att minska narkotikadöden?

Håkan Leifman, f.d. direktör på CAN, Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning:

” Antagligen behövs en bred pamflett av åtgärder, både de som begränsar tillgängligheten till opioidsubstanser för icke-medicinskt bruk, akuta insatser mot drogdödlichkeit (som alltså minskar överdosriskerna) och långsiktiga insatser mot dödligheten bland missbrukare. Men några mirakelkurer finns inte.



FOTO: PIERRE ANDERSSON

När det gäller åtgärder mot tillgängligheten tänker jag på **insatser som begränsar överförskrivning av starkare opioider** där en del antagligen också hamnar i andra händer än hos dem som får medlen förskrivna. En annan tillgänglighetsbegränsande insats är att få **bättre kontroll och begränsning av läckage av opioider från LARO-mottagningen**. En stor men okänd andel av dessa opioidpreparat är också insmugglade och det är viktigt att tull och polis gör allt man kan för att **minska omfattningen av denna smuggling**.

När det gäller akuta insatser mot drogdödlichkeit tänker jag bland annat på **naloxonutdelning** som är ett steg i rätt riktning. Kan man motverka den omedelbara risken för överdosdödsfall måste man göra det. **Informationsinsatser om överdosprevention** och HLR-utbildning för personal och klienter (vid avgiftningar, inom beroendevård, häkten, sprututbyten, härbärgen, kriminalvård och socialtjänstvård) är viktiga. Likaså att **bättre hantera transitioner** som kan vara kritiska punkter med risk för dödsfall (från till exempel LVM till "gatan").

Långsiktiga insatser mot dödligheten bland missbrukare bör också prioriteras. Kanske bör vi till och med **överväga informationsinsatser om säkrare konsumtionstekniker** (inom beroendevård, härbärgen, sprututbyten, kriminalvård och socialtjänstvård) i syfte att förebygga exempelvis hepatit, hiv, abscesser och endokardit. Ett annat område är att **erbjuda drogfria behandlingsalternativ**. Tidigare var detta ett relativt vanligt behandlingsalternativ i Sverige, som hade stort fokus på att få till en genomgripande förändring av klientens hela livssituation. Detta alternativ tycks numera nästan helt ha försvunnit. Kanske fungerar sådana insatser bra för vissa grupper med missbruk och/eller beroende av narkotika och borde i så fall i större utsträckning kunna erbjudas som ett alternativ till substitutionsbehandling. Till sist är det alltid viktigt att **stärka och förbättra samverkan mellan socialtjänst och sjukvård** så att klientens hela livssituation inkluderas."

bör hållas nere så mycket det går, men den visar också att när man väl har fått en stor grupp med beroende så kommer de flesta att fortsätta, oavsett om förskrivningsrutinerna förändras eller inte. Man tar det man kommer över helt enkelt.

Björn Johnson påminner om det som hände i Sverige i början av 1990-talet, nämligen att heroinet blev vanligare. Det ledde till en fördubbling av narkotikadödligheten redan under detta decennium. Man kan alltså inte, enligt honom, skylla de ökade dödstalen under 2000-talet enbart på substitutionsdrogerna eller oxikodon och fentanyl.

”Björn Johnson påminner om det som hände i Sverige i början av 1990-talet, nämligen att heroinet blev vanligare.”

Håkan Leifman, dåvarande direktör för CAN, Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning gjorde en skattning 2016 av metodeffekter på statistiken över narkotikadödligheten.

Den visade att cirka två tredjedelar av ökningen sedan 2006 berodde på metodförbättringar och förändringar inom de rättsmedicinska toxikologiska analyserna (och till viss del i kodning som genomförs av Socialstyrelsen) och inte på en ökad narkotikarelaterad dödlighet i sig. (Leifman, H. (2016) Drug related deaths in Sweden. *CAN rapport* 158.)

Leifmans rapport, som även Socialstyrelsen utgick från, fick emellertid motugg i en artikel i *Läkartidningen* av dödsfallsforskarna professor Ingemar Thiblin och medicine doktor Anna Fugelstad. De finner det osannolikt att Rättsmedicinalverket under lång tid missat att identifiera ett stort antal förgiftningsfall med kända opioider. ”Istället för att skjuta på budbäraren, i detta fall statistiken, bör man vara öppen för att det kan vara en folkhälsokatastrof som nu håller på att utvecklas”, skriver de båda forskarna. (Thiblin, I. och Fugelstad A., *Läkartidningen*, 2016; EC63)

De högsta dödstalen i Västvärlden

Om man bortser från osäkerheten i rapporteringen ligger Sverige som sagt högt i dödsfallsstatistiken enligt EMCDDA-rapporten. Man bör dock notera att vissa länder ligger betydligt högre, vilket nedanstående sammanställning visar.¹⁶

Land/region	Antal döda 2017	Antal per miljon inv.
British Columbia (Kanada)	1489	497
USA	70267	360
EU	7443	22
Skottland	934	284
Estland	113	132
Sverige	543	88
Norge	278	81
Finland	184	51
Danmark	181	49
Storbritannien	2942	71
Irland	215	70
Tjeckien	30	4
Portugal	26	4
Nederländerna	209	19

En mer rättvis jämförelse är de övriga nordiska länderna som liksom Sverige undersöker de allra flesta ovanliga dödsfall och fångar upp dem i ett centralt register. Fram till 2012 hade vi lägre dödstal per capita än Finland, Danmark, Norge och Island¹⁷, men sedan dess har vi som synes gått ifrån dem i statistiken.

I USA är det framför allt den mycket kraftiga ökningen av läkarförskrivna opioider i smärtstillande syfte, främst oxikodon, som ligger bakom ökningen. Grunden till detta är förändrad praxis sedan millennieskiftet att behandla även måttlig smärta med starka opioider under lång tid. I kombination med läkemedelsbolagens aggressiva och vilseledande marknadsföring har det medfört att många vanliga smärtpatienter blivit beroende och överdoserat. Eller att de så småningom gått över till heroin.¹⁸

Den kanadensiska delstaten British Columbia, som förmodligen har de högsta narkotikadödstalen i västvärlden, bedriver sedan ett tjugotal år en mycket frikostig skademinskningspolitik. Särskilt i Vancouver där det finns

Vad bör göras för att minska narkotikadöden?

Per Johansson, generalsekreterare RNS, Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle:



• **Inrätta narkotikapolisenheter över**

hela landet som prioriterar att ingripa

mot olovligt bruk och missbruk och som

ska samarbeta strukturerat med socialtjänst och

sjukvård. Syftet ska vara att identifiera ALLA som

sitter fast i missbruk och styra dem / hjälpa dem

till vård och behandling. Polisen utgör frontlinjen

i detta arbete.



FOTO: RNS

• Alla recept för narkotikaklassade läkemedel underställs central kontroll via dataregister. Vid överförskrivning ska ansvarig kontrollmyndighet vara ålagd att ingripa skyndsamt.

• **Stramare regler för LARO-behandling** exempelvis när det gäller sidomissbruk och fortsatt kriminellt liv.

• Ännu **snabbare narkotikaklassning** av nya syntetiska droger. Sverige ligger bra till men det går att bli ännu bättre.

• **Naloxon måste finnas tillgängligt** överallt där opioidmissbruk förekommer.

• **Förstärk Tullens möjligheter** att stoppa olaglig införsel av såväl heroin som narkotikaklassade läkemedel.”

gott om platser för sprututbyten, injektionslokaler, avkriminalisering av narkotikabrott, legalisering av cannabis, drogtestning av illegala droger, stödboenden för missbrukare och en generös substitutionsbehandling med en rad olika narkotikasorter.¹⁹ Huruvida denna harm-reduction-politik är orsaken eller konsekvensen till de höga dödstaten är en fråga som återstår att besvara.

Är det politiken som dödar?

Även om man inte kan vara säker på att Sverige verkligen har en högre narkotikadödlighet än andra europeiska länder kvarstår frågan varför dödstaten ökar.

Ett antal debattörer har länge pekat ut den svenska restriktiva politiken som huvudorsak. Ett exempel var i debattprogrammet *Ekdal och Ekdal* den 19 februari 2019 i SVT2. Där drevs den tesen hårt redan av programledarna. Sverige är kvar i den i grunden tuffa linjen och har en "extremt hög" dödlighet, fastställde den ene programledaren och hänvisade till kritiker som menade att detta är baksidan av Sveriges "nästan utopiska mål att nå det perfekta, drogfria samhället." Det påstods också att Sverige har fem gånger högre dödlighet per capita än EU-genomsnittet.

En av de medverkande i programmet var författaren och samhällsdebattören Magnus Linton. Han menade i sin bok *Knark, en svensk historia*²⁰ från 2015 att det är den restriktiva politiken och visionen om det narkotikafria samhället som leder till att så många narkotikamissbrukare dör.

Ännu hårdare formulerar sig den brittiska journalisten Johann Hari i reportageboken *Att tysta skriket*.²¹ I ett specialskrivet kapitel till den svenska upplagan är han inte nådig

mot Sveriges narkotikapolitik. "Ni är med och håller det internationella narkotikakriget igång, (...)

Och det betyder att ni är med och dödar Marisiela,

Chinos mamma, Rosalios offer och människor överallt i världen."²² En förebild för Hari är märkligt nog kanadensiska Vancouver och delstaten British Columbia, där de narkotikarelaterade dödsfallen är nästan sex gånger högre än i Sverige (se tabellen ovan).

Samma anklagelser återkommer redan i titeln till antologin *Dogmer som dödar*.²³ Många av skribenterna är upprörda över den svenska restriktiva narkotikapolitiken. Den är inhuman och har bidragit till de höga dödstaten. Ordet "stigmatisering" av narkotikaanvändare används ofta.

"En förebild för Hari är märkligt nog kanadensiska Vancouver och delstaten British Columbia, där de narkotikarelaterade dödsfallen är nästan sex gånger högre än i Sverige."



Substitutionsbehandling

En av författarna till *Dogmer som dödar* är beroendeläkaren professor Marcus Heilig som var drivande för att få in fler i substitutionsbehandling, både med metadon och från slutet av 1990-talet buprenorfin. Han ställer frågan i boken hur många narkomaner som dog i väntan på sådan behandling? Ett svar är att titta på historiken.

Metadonprogrammen som startade redan 1966 på Ulleråkers sjukhus i Uppsala var de första i Europa. Patienterna var noga övervakade och behandlingsresultaten var mycket goda.²⁴ Men eftersom den ökända legala förskrivningen (se nedan) som påbörjades samtidigt slutade i katastrof, så hamnade även metadonbehandlingen i vanrykte. Kritikerna menade att behandlingen också var en legal tilldelning av narkotika och det blev mycket svårt att ta in nya patienter i programmen. Under åren 1979-84 rådde ett intagningsstopp. Av dem som stod i kö dog hälften, 48 personer, under denna femårsperiod.²⁵

Från mitten av årtiondet när hiv-epidemin slog hårt bland sprutnarkomaner öppnade man för nya patienter, men kriterierna för intag var alltså strikta. Socialstyrelsen satte taket för antalet metadonpatienter till 150. Det ökade successivt till 858 år 2005, fördelat på sex enheter.

För att få perspektiv på narkotikadöden kan nämnas att det under 1980-talet dog omkring 100-150 personer per år av narkotika (de första åren av intagningsstopp för metadonbehandling var dödstaten omkring 80).²⁶ Idag, när vi har en mer frikostig substitutionsbehandling med både buprenorfin och metadon, dör omkring 200 personer om året av just de drogerna.²⁷ Dessa fakta diskuteras inte av dem som är upprörda över den svenska modellen.

Det finns en rad studier av metadonprogrammen som kan få sikten att klarna i debatten. Så länge det var en hög tröskel att få behandling med metadon var programmen mycket säkra. En studie från Stockholms metadonprogram visade att det mellan 1988-2000 inte förekom några metadon- eller heroinförgiftningar alls bland dem som deltog i behandlingen. Bara enstaka metadonförgiftningar i stockholmstrakten utanför programmen kunde bindas till läckage från patienterna.

Samtidigt visade studien att de som utslöts ur programmen hade 20 gånger högre risk att dö på naturligt sätt, ofta genom överdoser av heroin. Slutsatsen i studien var att det måste finnas en balans mellan tillgänglighet till programmen och lagom stränga kriterier för att få stanna kvar. (Fugelstad, A. et al (2006). Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings. *Addiction* 102. Sid 406-412.)

Ett årtionde senare när dödstaten i Sverige pekar uppåt skriver två av forskarna i ovanstående studie, Ingemar Thiblin, professor i rättsmedicin, och Anna Fugelstad, medicine doktor i rättsmedicin, en varnande artikel i *Läkartidningen*. Blir reglerna för slappa ökar istället läckaget och dödsfallen

utanför programmen stiger, vilket man kan se i vissa andra länder.²⁸ Socialstyrelsens nya riktlinjer 2005 innebar att många fler kom in i metadonbehandling och antalet patienter ökade kraftigt samtidigt som reglerna var mindre strikta än tidigare.²⁹ De båda forskarna menade att metadonläckage från programmen var en trolig orsak till de ökade dödstalen efter 2006. Visserligen skärptes bestämmelserna för buprenorfin som tidigare kunde förskrivas lite hur som helst, men nu hade den drogen, till skillnad mot metadon fått fäste på den illegala marknaden.

En färskare rapport av narkotikaforskarna Björn Johnson och Torkel Richert vid Malmö Universitet publicerad 2015 visar också att läckaget av både metadon och buprenorfin var betydande i de svenska programmen.³⁰

Det totala antalet patienter i substitutionsprogrammen har under tiden ökat från 858 under 2005 till nästan 5000 år 2012, för att därefter plana ut.³¹ Efter 2004 förs inte längre ett centralt register, vilket gör det svårt att veta det exakta antalet personer som får substitutionsbehandling.

Förskrivning av läkemedel

Under hela 2000-talet ökar förskrivningen av de starkt smärtstillande och beroendeframkallande läkemedlen som innehåller oxikodon, med preparatnamn som OxyContin, Oxycodone och Oxynorm. Ungefär 39 000 patienter hämtade ut sådana recept år 2006. Under 2018 var antal patienter 323 000, det vill säga drygt åtta gånger så många.³² Under samma tid steg dödstalen av oxikodon från 10 till 115 personer per år, om man även räknar med bidragande orsak.

Antalet patienter som hämtade ut recept på den svagare opioiden tramadol (Tradolan, Tramadol, med flera) minskade däremot successivt under samma period från 344 000 år 2006 till 97 000 år 2018.³³ Enligt Toxreg är dock antalet dödsfall av tramadol oförändrat omkring 100 personer om året. Förklaringen kan vara att den illegala marknaden av preparatet förmodligen ökat under senare år. Polisen, särskilt i södra Sverige, rapporterar även om flera stora beslag av tramadol som smugglats in över gränsen.³⁴

Den ökade förskrivningen av opioider är ett generellt fenomen bland många läkare. En handfull av dem är dock regelrätta langare av opioider. En sådan är Doktor R, som i februari 2019 dömdes till fängelse i tre år och åtta månader för grovt narkotikabrott i Stockholms tingsrätt. R hade sedan några år tillbaka skrivit ut stora mängder oxikodon, bensodiazepiner och buprenorfin via telefonkonsultationer och sms-kontakter mot betalningar långt över normala patientavgifter. Det rörde sig till exempel om 3-7000 kronor för en förpackning med 100 tabletter Oxycodone.³⁵

I den svenska narkotikahistorien dyker det då och då upp mindre nogräknade läkare som med olika bevekelsegrunder försett sina patienter med bero-

Vad bör göras för att minska narkotikadöden?

Björn Johnson, narkotikaforskare, professor i socialt arbete vid Malmö Universitet:

”

• Utbudsbegränsande insatser, till exempel insatser för att **minska överförskrivning av läkemedel** (nationell läkemedelslista, minskade förpackningsstorlekar), **minskat läckage från sjukvården** (strukturerade bedömningar av risken för överlåtelse) samt "traditionella" insatser mot utbudet av illegal narkotika. Utbudet av opioider är viktigast att prioritera, men även bensodiazepiner, z-preparat och pregabalin.

• Efterfrågebegränsande insatser, framför allt **ökad tillgång till behandling**, såväl psykosocial och psykologisk som läkemedelsassisterad, och **ökad samverkan mellan beroendevård, psykiatri och socialtjänst**. Det senare lättare sagt än gjort, förstås.

• **Skadebegränsande insatser**, exempelvis Naloxonutdelning, utbyggnad av sprutbytesverksamheter och lågtröskelboenden (som Sigtunaboendet i Malmö). Drogkonsumtionsrum bör övervägas.

Övrigt: En studie av opioidrelaterad dödlighet som vi arbetar med i Malmö visar att ytterst få av de avlidna varit föremål för tvångsvård enligt LVM. Det bör utredas varför det är så. **Fler men kortare tvångsomhändertaganden är en möjlighet som kan diskuteras**. Vilken betydelse avkriminalisering av eget bruk kan få behöver också diskuteras."



FOTO: HÅKAN RÖJDER

endeframkallande mediciner. En del har gjort det i syfte att hjälpa patienterna. Så resonerade till exempel psykiatrikern Sven-Erik Åhström som försåg fler än hundra missbrukare med stora mängder läkemedel innehållande centralstimulantia och opioider på 1960-talet. Denna så kallade legalförskrivningen var sanktionerad av Medicinalstyrelsen, men avbröts 1967 då ett tiotal unga människor avlidit av dessa legala droger.³⁶

Även Nils Gustavsson, som var verksam fram till 2004, kan kanske räknas till samma kategori godhjärtade läkare som gjorde sina patienter en björntjänst. ”Missbrukarna dör om de inte får vård, men de dör inte av Subutex och andra läkemedel. Missbrukarna behöver hjälp”, sa han på en hearing om narkotikaklassade läkemedel i Rosenbad den 3 mars 2004. Strax därefter förlorade han sin läkarlegitimation efter att ha skrivit ut mängder av narkotika under tio års tid.

Så här berättar en av patienterna ”Christer” om Nils Gustavsson: *”Det här var under en period i mitt liv då jag inte hade kläm på hur jag skulle göra. Fortsätta med heroinet eller försöka lägga ner? Då fick jag höra talas om en läkare, Nils Gustavsson, med mottagning på Ekerö. Han skrev ut Subutex och allt möjligt till alla som ville ha. Enda kravet var att man kunde uppge namn och personnummer på någon som redan gick hos honom. Det funkade som en rekommendation att man inte pratade bredvid mun om hans verksamhet. Stamkunderna hade ju ett eget intresse av att leveranserna fortsatte.”*

Christer fick 90 Subutex och sålde minst hälften för att kunna köpa heroin. Han berättade att Gustavsson var en ”hjälte nere på Plattan”.³⁷

Vissa läkare har inte kunnat stå emot patienternas krav och känt sig mer eller mindre tvingade att ta fram receptblocket. Andra har gjort det av ren okunnighet eller för att de inte vetat om att patienterna fått samma beroen-

”Vissa läkare har inte kunnat stå emot patienternas krav och känt sig mer eller mindre tvingade att ta fram receptblocket.”

deframkallande mediciner från flera olika läkare. I sällsynta fall, som Doktor R, handlar det om att tjäna snabba pengar, även om han själv hävdade medkänsla med patienterna som skäl till

sin frikostighet.

Svenska Narkotikapolisföreningen, SNPF, har ofta påpekat problemen med överförskrivning av narkotiska läkemedel. ”Rätt använda och kontrollerade är medicinerna mycket effektiva vid behandling av bland annat svår smärta. Fel använda och dåligt kontrollerade utgör de en potentiell källa till livslångt beroende. Ärendet med Doktor R visar också med tydlighet att samhällets kontroll när en läkare går utanför gränserna, sannolikt kan förbättras”, skriver föreningens ordförande Lennart Karlsson i *SNPF-tidningen* nr 2, 2019.

Stigmatisering av narkomaner

Att det dör alldeles för många i Sverige på grund av narkotika står helt klart, men ökningen har knappast något samband med en tuffare narkotikapolitik eftersom den varit densamma, åtminstone sedan 1994 då polisen fick möjlighet att avkräva urinprover för att påvisa konsumtionsbrott.

Att det skulle bero på att narkotikaberoende personer behandlas allt sämre och ”stigmatiseras” av samhället är svårt att ta ställning till. En fingervisning kan vara Socialstyrelsens statistik över institutionsvård och öppenvård för personer med missbruksproblem.

”Att det dör alldeles för många i Sverige på grund av narkotika står helt klart, men ökningen har knappast något samband med en tuffare narkotikapolitik”

Antalet vuxna som varit intagna på institution på grund av missbruk – både av alkohol

och droger – har minskat med nästan 40 procent sedan millennieskiftet. Den första november 2000 var 3497 personer intagna, varav 251 enligt LVM (tvångsvård) och 3246 frivilligt. I november 2018 hade totalsumman sjunkit till 2161. Antal tvångsvårdade var 304 och frivilligt vårdade 1857 personer.³⁸

Å andra sidan har öppenvårdsinsatserna på grund av ”psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser” ökat mycket kraftigt under samma tid. Från knappt 15 000 patientbesök år 2001 till drygt 124 000 besök 2017.³⁹

Samtidigt ökade också antalet vårdade personer med narkotikarelaterad huvuddiagnos i den slutna sjukhusvården. Från 6145 under 1997 till över 10 000 under de senaste åren.⁴⁰

Så även om de traditionella behandlingshemmen för narkomaner minskat sina insatser så har öppenvården och sjukhusvården för samma patientgrupper ökat väldigt mycket mer.

Frågan är om antalet personer med ett tungt missbruk har blivit många fler? I så fall skulle behandlingsstatistiken ändå visa att de hjälpande insatserna har försämrats. Någon beräkning av hur många grava missbrukare det finns har inte gjorts under de senaste tio åren, men enligt andra indikationer (drogvapor, narkotikabeslag, statistik inom kriminalvården med mera) vilka redovisas i CAN:s rapport *Drogutvecklingen i Sverige 2019*, finns ingen tydlig tendens att antalet narkomaner blivit väsentligen fler.⁴¹ Sålunda är det svårt att hitta objektiva tecken på att människor med missbruksproblem behandlas sämre idag än tidigare.

Förklaringar till de ökade dödsfallen

Varför dör då så många av narkotika? Dödsfallsforskaren Anna Fugelstad, vars studier refererats till flera gånger tidigare, menar att ökningen av narkotikadödsfall främst gällt dödsfall i relation till olika opioidläkemedel.

Det gäller läkemedel som används inom LARO-behandling eller i behandling av smärta, säger Fugelstad. Första åren efter 2006 gällde ökningen främst förgiftningar med metadon men även smärtmediciner som Oxycodone har ökat särskilt under senare år. Heroinförgiftningar har legat på en mer oförändrad nivå, så förmodligen beror ökningen av narkotikadödsfall på en ökad tillgång till olika opioidläkemedel. Även om man inte kan utesluta viss smuggling, exempelvis av buprenorfin, så rör det sig om läkemedel som härstammar från vården.⁴²

Samma tankegångar redovisar ovan nämnde Lennart Karlsson i en ledarartikel i *SNPF-tidningen*. Karlsson som under många år arbetat mot gatulangning i centrala Stockholm menar att det är drogerna som dödar, inte politiken. Förutom att påpeka den kraftfullt ökade medikaliseringen inom såväl traditionell vård som missbruksvård, nämner han Högsta domstolens förändrade rättspraxis. Idag krävs dubbel mängd narkotika jämfört med tidigare för att det ska räknas som grovt narkotikabrott. I den nedersta delen av straffskalan, ringa narkotikabrott, kan man ha upp till 49 gram cannabis eller åtta kartor Tramadol. Att hårdare tag från polis och domstolar skulle vara skulden till högre dödstal, avvisar Narkotikapolisförningens ordförande.⁴³

Vad kan vi göra för att minska de höga dödstalen av narkotika?

Socialstyrelsen presenterade våren 2017 rapporten *Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet*, som innehöll en lång rad förslag på åtgärder. Bland annat bättre samarbete och kunskapsutbyte mellan myndigheter, information och utbildning – som hjärt-lungräddning – till alla berörda, naloxonprogram, bättre arbetsmetoder för polisen, att motverka internetförsäljning, stärka Tullens arbete, vårdinsatser och uppföljningar efter akutesök på sjukhus. Besynnerligt nog nämns inget om förskrivningen av narkotiska läkemedel.⁴⁴

Liknande tankar från Socialstyrelsen kom efter en OECD-rapport publicerad i maj 2019. Den visar återigen att Sverige har ett opioidproblem. Vi ligger som nummer två efter USA av 25 undersökta länder när det gäller ökningen av dödsfall med opioider. Och vi ligger på fjärde plats då det gäller antalet

opioiddödsfall per capita.⁴⁵ I en intervju med SVT nyheter säger Socialstyrelsens utredare Daniel Svensson att en av orsakerna kan vara ”psykisk ohälsa, ensamhet och utsatthet”. Han anser inte att Sverige har något större problem med överdrivna föreskrivningar. Föreskrivningar av opioider har till och med minskat de senaste åren, enligt Svensson.⁴⁶

Livräddande läkemedel

Ett livräddande läkemedel som används inom akutsjukvården mot opioidöverdoser är Naloxon. Det kan injiceras, ges som nässpray eller snabblöslig tablett och upphäver genast den livsfarliga andningshämmande effekten. Röster har höjts för att Naloxon ska vara tillgängligt för alla som kommer i kontakt med missbrukande personer som riskerar att överdosera. I många länder kan Naloxon användas av icke-medicinsk personal, men det svenska Läkemedelsverket har hittills sagt nej. Enligt lagen kan receptbelagd medicin inte delas ut till tredje part, även om det finns vetenskapligt belägg att Naloxon fungerar bra.

Det kan tyckas självklart att bestämmelsen borde upphävas för ett sådant effektivt motgift. Emellertid finns komplikationer att ta hänsyn till. Naloxon upphäver även ruseffekten av den intagna opioiden varvid patienten snabbt kan få abstinenssymtom. På sjukhus kan detta övervakas och behandlas, men utanför sjukhus riskerar patienten att må riktigt dåligt och bli aggressiv. Dessutom kan allvarliga biverkningar uppstå av Naloxon, som hjärtklappning, högt blodtryck och lungödem. Ytterligare en förrädisk faktor är att Naloxon är korttidsverkande. När det går ur kroppen kan ruset och andningshämningen av opioiden komma tillbaka. Om Naloxon används i större skala och kanske i onödan ökar ovanstående risker, visar en ny amerikansk studie från University of Colorado.⁴⁷

Slutsatser

Att räkna antal dödsoffer av narkotika är komplicerat och skiljer sig åt mellan olika länder och över tid. Ändå används de osäkra siffrorna ofta som absoluta sanningar i narkotikadebatten. Klart är emellertid att narkotikan skördar allt fler liv i Sverige, men att kurvan under de senaste åren slutat att peka uppåt.

För att få ner dödstaten krävs en rad olika åtgärder; en fortsatt strikt reglering av såväl illegal narkotika som narkotiska läkemedel, förebyggande insatser så att så få som möjligt börjar använda narkotika och ett varierat utbud av hjälpinsatser för människor med missbruksproblem – från livräddning till långvarig behandling. Att underlätta bruk av livsfarliga droger i russsyfte framstår inte som en konstruktiv metod att minska de tragedier som följer i narkotikans fotspår.

Akuta dödsfall av brukare och missbrukare är de värsta, men inte de enda skadeverkningarna av illegala droger.

Källor:

- 1 Olsson, P. (2006). *Opium, heroin, Subutex*. Fri förlag. Sid 181.
- 2 Leifman, H. (2016) *Drug related deaths in Sweden*. CAN rapport 158.
- 3 CAN. *Drogutvecklingen i Sverige 2019*. <https://www.can.se/contentassets/c619eb88458e4be18463070f782989d4/drogutvecklingen-i-sverige-2019.pdf> sid 39 samt tabell 68 i tabellbilagan.
- 4 Ibid. Sid 40, tabell 69. På grund av förändrade diagnoskoder (ICD) är jämförelsen över tid bruten 1987 och 1997.
- 5 Socialstyrelsen. *Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar*. 2019-03-27
- 6 EMCDDA, *Statistical bulletin 2018*. <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/drd>
- 7 Definitionen av Selektion B är dödsfall där den underliggande orsaken är ”mentala sjukdomstillstånd eller beteenden som uppstått på grund av psykoaktiva substanser (farligt bruk, beroende eller andra beteendemässiga störningar) såsom opioider, cannabinoider, kokain och andra stimulantia, hallucinogener eller blandmissbruk”, och dels omfattar förgiftningar av sådana substanser som är oavsiktliga, avsiktliga, alltså självmord, eller obestämda.
- 8 EMCDDA, *Statistical bulletin 2018*. <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/drd>
- 9 EMCDDA (2018). *Europeisk narkotikarapport*. Sid 88. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2018>
- 10 Toxreg – opioider – underliggande förgiftningar enligt dödsorsaksregistret – åldersgräns 65 år.
- 11 Rättsmedicinalverket. Dnr: L19-90456.
- 12 Drugnews 2019-03-11. <https://drugnews.nu/2019/03/11/farre-dor-av-fentanyl-rattsfall-i-hovratt/>
- 13 Leifman, H. (2016) *Drug related deaths in Sweden*. CAN rapport 158. Tabell 2, sid 23.
- 14 Drugnews 2016-08-29. <https://drugnews.nu/2016/07/05/fortsatt-kraftig-okning-av-narkotikadod/>
- 15 Lundholm L. et al (2014). *Acute influence of alcohol, THC or central stimulants on violent suicide: A Swedish population study*. J Forensic Sci. Mar;59(2):436-40
- 16 Olika källor, därför inte helt jämförbara.
Europa: EMCDDA (2018). *Europeisk narkotikarapport*. Sid 88. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2018>
British Columbia: BC Coroners office. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicit-drug.pdf> och <https://www2.gov.bc.ca/gov/>

content/life-events/death/coroners-service/statistical-reports
USA: National Institute on Drug Abuse. [https://www.drugabuse.gov/
related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates](https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates)
Colorado: Colorado Health Institute. [https://www.
coloradohealthinstitute.org/blog/more-1000-coloradans-lost-drug-
overdoses-2017](https://www.coloradohealthinstitute.org/blog/more-1000-coloradans-lost-drug-overdoses-2017)

- 17 Wiese Simonsen, K. et al (2015). *Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries in 2012*. Forensic Science International 248. Sid 172 -180.
- 18 McGreal, C. (2018). *American overdose. The opioid tragedy in three acts*. Guardian Faber.
- 19 Bland annat: Hari, J. (Svensk upplaga 2016). *Att tysta skriket. Början och slutet på kriget mot narkotikan*. Massolit förlag. Sid 229 ff.
Kerr, t. et al (2006) *Harm reduction by a "user-run" organization: A case study of the Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU)*. International journal of Drug policy. Volume 17:2, 61-69.
Vancouver Sun 2018-07-19. [https://vancouversun.com/news/national/
drug-addictions-a-timeline-of-harm-reduction-measures](https://vancouversun.com/news/national/drug-addictions-a-timeline-of-harm-reduction-measures)
- 20 Linton, M. (2015) *Knark, en svenska historia*. Atlas förlag.
- 21 Hari, J. (Svensk upplaga 2016). *Att tysta skriket. Början och slutet på kriget mot narkotikan*. Massolit förlag. Sid 363 ff.
- 22 Ibid sid 377.
- 23 Eklund, N. & Hildebrand M. red (2017). *Dogmer som dödar. Vägval för svensk narkotikapolitik*. Verbal
- 24 Grönbladh L. et al (1990). *Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment*. Acta Psychiatr Scand 82(3). Sid 223-227.
- 25 Grönbladh L, Öhlund LS, Gunne LM. *Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment* (1990). Acta Psychiat Scand 82(3). Sid 223-227.
- 26 CAN. *Drogutvecklingen i Sverige 2011*. Sid 275. [https://www.can.se/
contentassets/1544e45fa5554bd7b4b6f02a005fcb68/drogutvecklingen-i-
sverige-2011.pdf](https://www.can.se/contentassets/1544e45fa5554bd7b4b6f02a005fcb68/drogutvecklingen-i-sverige-2011.pdf)
- 27 Rättsmedicinalverket. Dnr: L19-90456.
- 28 Fugelstad, A. et al (2006). *Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings*. Addiction 102. Sid 406-412.
- 29 Fugelstad, A & Thiblin, I. (2010) *Allt fler dör av metadon*. Läkartidningen nr 18, volym 107.
- 30 Johnson, B, & Richert T. (2015). *Diversion of methadone and buprenorphine by patients in opioid substitution treatment in Sweden. Prevalence estimates and risk factors*. Int J Drug Policy 26. Sid 183 -190.

- 31 Socialstyrelsen (2017) *Uppföljning av föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)* <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20805/2017-12-44.pdf>
- 32 Socialstyrelsens statistikdatabas för läkemedel. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel>
- 33 Ibid.
- 34 Pressmeddelanden på Polisens hemsida: <https://polisen.se/aktuellt/pressmeddelanden/2019/april/atta-domda-i-narkotikaharva/>
<https://polisen.se/aktuellt/nyheter-2016-2017/2017/augusti/tramadolbeslagen-okar-i-goteborg/>
- 35 Stockholms tingsrätt. Dom 2019-02-17. Mål nr: B 16168-18.
- 36 Åkerman, Carl-Axel. (1978). *Legal narkotikadöd*. Sober förlag.
- 37 Olsson, P. (2007). *Opium, heroin, Subutex*. Fri förlag. Sid 178-179.
- 38 Socialstyrelsens statistikdatabas. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/vuxnamedmissbrukochberoende>
- 39 Socialstyrelsens statistikdatabas. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserispecialiseradoppenvard>
- 40 Socialstyrelsen. *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende*. 2019-05-27. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21324/2019-5-19.pdf>
- 41 CAN. *Drogutvecklingen i Sverige 2019*. Sid 26 ff. <https://www.can.se/contentassets/c619eb88458e4be18463070f782989d4/drogutvecklingen-i-sverige-2019.pdf>
- 42 Egen intervju med Anna Fugelstad 2019-05-24.
- 43 Karlsson, L. (2019). *Narkotikan dödar, inte politiken*. SNPF-tidningen nr 1.
- 44 Socialstyrelsen (2017). *Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet, Åtgärdsplan med förslag på insatser och åtgärder*. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20607/2017-4-26.pdf>
- 45 OECD. *Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries*. 2019-05-16. <https://www.oecd.org/health/addressing-problematic-opioid-use-in-oecd-countries-a18286f0-en.htm>
- 46 SVT. 2019-05-16. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/stor-okning-av-opioidrelaterade-dodsfall-i-sverige>
- 47 Lynn & Galinkin. (2018). *Naloxone dosage for opioid reversal: current evidence and clinical implications*. *Ther Adv Drug Saf*. 2018 Jan; 9(1). Sid 63-88. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5753997/>

Ska vi få ner den narkotikarelaterade dödligheten i Sverige måste vi först veta varför vi befinner oss där vi är. Denna rapport sammanfattar det aktuella läget och diskuterar möjliga vägar framåt, men visar även på svårigheterna i att hitta orsaker och mäta dödlighet så att den kan jämföras över tid och mellan länder.

Rapportförfattaren Pelle Olsson konstaterar att svaret på varför dödligheten ökat knappast finns i konsumtionsförbudet. Det har gällt i 30 år, medan en stor ökning av antalet dödsfall började år 2006. Ökningen tycks istället ha att göra med förskrivningen av metadon och buprenorfin samt smärtstillande läkemedel. För att få ner dödstalen krävs därför en rad olika åtgärder som en strikt reglering av illegal narkotika och narkotiska läkemedel, förebyggande insatser och ett utbud av hjälpinsatser för människor med missbruksproblem.

Rapporten ska ses som ett bidrag i debatten och gör inte anspråk på att ha alla svar. Tvärtom välkomnar vi en fortsatt bred diskussion om möjliga åtgärder.

Rapportförfattare är journalisten och författaren Pelle Olsson på uppdrag av Narkotikapolitiskt Center. Pelle har länge bevakat narkotikapolitiska frågor, både som redaktör för tidningen Narkotikafrågan och i ett flertal böcker.