Region Stockholm

Region Stockholm

11

Yttrande över remiss - Kunskapsstöd för Läkemedelsassisterad behandling av opioidberoende

VKN 2019-0124

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Läkemedelsenhet
Gerd Lärfars

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-09-09

VKN 2019-0124

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss - Kunskapsstöd för Läkemedelsassisterad behandling av opioidberoende

Ärendebeskrivning

Socialstyrelsen har under 2018-2019 tagit fram en remissversion av ett kunskapsstöd som syftar till att stödja de verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende och Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid) är vägledande för kunskapsstödet.
Kunskapsstödet är till för att utgöra ett stöd till de vårdgivare som bedriver LARO samt den personal som arbetar inom dessa verksamheter men även till annan personal inom hälso- och sjukvården eller inom annan verksamhet som ger stöd och vård för patienter som ingår i kunskapsstödet.

Region Stockholm har i och med denna remiss möjlighet att lämna synpunkter på kunskapsstödet.

Vår bedömning är att kunskapsstödet är ett värdefullt tillskott i omhändertagandet och behandling vid opioidberoende, och kan bidra till ett effektivare och mer jämlik omhändertagande av denna patientgrupp.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remissversionen av Kunskapsstöd för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar detta till regionstyrelsen.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) kombinerar läkemedelsbehandling med psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosocialt stöd. LARO ska vara individuellt anpassad och insatserna ska ges med utgångspunkt från patientens behov och med respekt för patientens självbestämmande och integritet.
Socialstyrelsen har under 2018-2019 tagit fram en remissversion av ett kunskapsstöd som syftar till att stödja de verksamheter som bedriver LARO. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende och Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid) är vägledande för kunskapsstödet.
Socialstyrelsen ger i kunskapsstödet en samlad beskrivning av bestämmelser och rekommendationer som är tillämpliga inom behandlingsprocessen och ska vara ett stöd utifrån bästa tillgängliga kunskap.
Kunskapsstödet är till för att utgöra ett stöd till de vårdgivare som bedriver LARO samt den personal som arbetar inom dessa verksamheter men även till annan personal inom hälso- och sjukvården eller inom annan verksamhet som ger stöd och vård för patienter som ingår i kunskapsstödet.
Socialstyrelsen beskriver i detta kunskapsstöd en modell för behandlingsprocessen för LARO indelad i fem faser: Vägen in till bedömning och behandling, utredningsfas, inledande behandlingsfas, stabiliserande behandlingsfas och avslut av LARO.

Överväganden
Dokumentet innehåller förslag på samverkan, modeller för brukarinflytande och diskuterar köns- och åldersaspekter i enlighet med Regeringens uppdrag att minska den narkotikarelaterade dödligheten.
Vår bedömning är att kunskapsstödet är ett värdefullt tillskott i omhändertagandet och behandling vid opioidberoende, och kan bidra till ett effektivare och mer jämlik omhändertagande av denna patientgrupp.

Vi vill lyfta några områden där förtydliganden och tillägg avsevärt kan stärka detta dokument.

1) Det behövs tydligare formuleringar om evidensen för LARO som en effektiv behandling av opoidberoende: att behandlingen minskar dödlighet i överdos, minskar risk för blodsmittor, ohälsa och komplikationer, samt överdödlighet till följd av accidentella och avsiktliga överdoser (sid 13). Denna tydlighet behövs eftersom LARO-patienter fortfarande upplever ett ifrågasättande från vissa grupper.

2) Det är bra att dokumentet fokuserar på somatisk hälsa och lyfter fram primärvårdsprojektet PRIO från Skåne (sid 18 m fl), men man missar att ta chansen att lyfta den oerhört viktiga hepatit C-behandlingen som i sig är ett prioriterat område för såväl WHO som berörda svenska myndigheter, och de projekt som finns i Skåne, Stockholm och andra orter. Ett större fokus på LARO/blodsmittor efterlyses generellt i dokumentet.

3) Diskussionen behöver byggas ut om problemet med samtidig användning av droger under pågående behandling och riskerna med detta (sid 19, 27). Det behövs en fördjupad diskussion som kan ge vägledning i att göra en riskvärdering: vad som är 'best practice' med avseende på överlevnad - att vara i programmet och ha ett samtidigt bruk av narkotika, eller vara utanför programmet. Förekomsten av droganvändning i LARO-populationen är väldokumenterad, men det finns vetenskapligt stöd för att dödligheten är högre utanför LARO-program än i programmet och därmed kan LARO vara skyddande även för dem med sidomissbruk. Det är lätt att tolka nuvarande formuleringar som att patienter som använder droger inte ska vara i LARO på grund av att riskerna överväger möjligheten till minskad överdödlighet och eventuella andra hälsovinster. Detta är ett svårt och problematiskt kunskapsområde där en reflekterad diskussion skulle ha stort värde för det professionella samtalet och vårdgrenens fortsatta utveckling.

4) En oklar mening: "enligt amerikanska riktlinjer från 2015 finns det stöd för att patienter som aktivt använder andra substanser än opioider under läkemedelsbehandlingen har en sämre prognos" (sid 27). Sannolikt avses drogfrihet men det behöver förtydligas.

5) I analogi med punkten ovan har texten ett fokus på *rehabilitering* till drogfrihet, vilket givetvis är ett önskvärt utfall på sikt men man glömmer då det stora antal patienter som befinner sig i *habilitering* inom LARO, vilket är en viktig grupp att nå och behålla i behandling om man ska minska den narkotikarelaterade dödligheten. Diskussionen om

hur vården för denna grupp ska utformas kan med fördel utökas i dokumentet.

6) Det finns stora svårigheter med att inleda LARO under LVM (Lagen om vård av missbrukare i vissa fall) -vistelse och i fängelse - vilket är ett stort problem, undantaget är kriminalvårdens verksamhet i Region Stockholm som är ett positivt undantag sedan många år. Detta kommenteras i dokumentet men det saknas diskussion om möjliga lösningar (sid 20). Exemplet ” Integrerat team för opiatberoende kriminalvårdsklienter” (ITOK) är väl valt eftersom det har varit en ytterst framgångsrik verksamhet men den verksamheten upphörde våren 2019. Insättning av LARO i samband med LVM är idag en svår utmaning och i många delar av landet en omöjlighet. Inledningen (sid 23) avslutas med att konstatera att denna skrift inte är något vårdprogram utan ett kunskapsstöd som behöver kompletteras med lokala eller regionala styrdokument. Sådana dokument kommer att avgöra om vården i landet blir jämlik - både avseende tillgänglighet och utförande. Slutsatserna i föreliggande dokument behöver därför vara så tydliga att de får genomslag i det planerade nationella vård- och insatsprogrammet och de lokala rutiner som kommer att upprättas i anslutning till detta.

7) Det konstateras att "Ett stabilt boende är ofta en förutsättning för att kunna delta i behandling och för att komma ifrån ett beroende" (sid 39). Det finns en stor risk att denna mening tolkas alltför kategoriskt och bokstavligt, och därigenom blir ett hinder för insättande av LARO. Långa ledtider i väntan på att boende och ekonomi (exempelvis situationer där patienten inte erhåller LARO-läkemedel på rekvisition av kliniken utan omgående ska hämta ut på apotek) ska lösas leder till längre tid i skadligt bruk och därmed längre tid under vilken patienten löper ökad risk för överdos. I Sverige finns goda exempel på att snabb insättning av LARO ger goda resultat - MATRIS-projektet i Skåne är ett sådant. Det vore mycket värdefullt för LARO-programmen med tydligare skrivningar om hur det aktuella forskningsläget ser ut på denna punkt.

8) Tillgång till naloxone®, som är en effektiv antidot vid opioidöverdosering, behöver tas upp redan i 'Inledande behandlingsfas' och inte först under 'Stabiliserande behandlingsfas' (sid 42).

9) Det saknas en diskussion om risker vid ofrivilligt avslut av LARO, exempelvis när en patient skrivs ut ofrivilligt från behandling på grund av sidomissbruk och bristande följsamhet till behandlingen. Vid hot och våld är detta en nödvändig åtgärd, men vilka andra lösningar som finns för de mest komplexa patienterna behöver diskuteras.

10) LARO-verksamheterna i Sverige behöver bli bättre på att använda det nationella kvalitetsregistret SBR (Svenskt Beroenderegister) för att göra nationella jämförelser av insatser och utfall. Förutsättningarna för detta ökar nu avsevärt i och med att Region Skåne inför automatisk överföring av data från journalsystemet till SBR. Automatisk överföring sker redan i Region Stockholm och Region Västra Götaland bedöms LARO-verksamheterna i Sverige behöver bli bättre på att använda det nationella kvalitetsregistret SBR för att göra nationella jämförelser av insatser och utfall. Förutsättningarna för detta ökar nu avsevärt i och med att Region Skåne inför automatisk överföring av data från journalsystemet till SBR. Automatisk överföring sker redan i Region Stockholm och Region Västra Götaland bedöms införa detta 2020. SBR gör under 2019 dessutom en särskild satsning på LARO för att ytterligare öka täckningsgraden inom detta område.

Ekonomiska konsekvenser
Remissen avser ett kunskapsunderlag som inte omedelbart ger ekonomiska konsekvenser. Förslagen i kunskapsunderlaget innebär ökade insatser för att förbättra både tillgången till LARO men även till andra viktiga aspekter på ett effektivt omhändertagande vid missbruk som olika sociala och psykologiska insatser. Eftersom ökade insatser för att minska missbruk och beroende också innebär stora vinster för samhället ur ett brett perspektiv är den sammanlagda ekonomiska konsekvensen sannolikt positiv. Både kostnader och nytta kommer att fördelas på flera samhällsfunktioner. En del av målsättningen med förslaget innebär en ökad användning och tillgång till LARO och det kommer att innebära ökade läkemedelskostnader och kostnader för sjukvårdsinsatser för denna patientgrupp.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslag till beslut förväntas få positiva konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslag till beslut förväntas få positiva konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Förslag till beslut förväntas få oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslag till beslut och de förändringar som utredningen föreslår kan innebära ökade administration.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionstyrelsen

Godkänd av Magnus Thyberg, 2019-09-09

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst

Remissversion

Socialstyrelsen

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2019-6-14

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2019

Förord

I regeringens ANDT-strategi (Regeringens skrivelse 2015/16:86, En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitiken 2016-2020) är ett av målen att antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som dör och skadas av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska. Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende är en av de insatser som lyfts fram i strategin.

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag som avser insatser för att minska narkotikarelaterad dödlighet (S2017/05940/FS (delvis)). Uppdraget innehåller fyra deluppdrag, varav ett handlar om att utveckla och ta fram ett kunskapsstöd för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. I uppdraget ingår att ge förslag på samverkansformer, brukarinflytande, samt att beakta köns- och åldersaspekter.

Målet med kunskapsstödet är att det ska bidra till en god och likvärdig vård och omsorg för personer med opioidberoende.

Kunskapsstödet vänder sig till de vårdgivare som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, samt den personal som arbetar inom dessa verksamheter. Kunskapsstödet riktar sig även till annan personal inom hälso- och sjukvård, både inom primärvård och specialistvård, socialtjänsten och andra aktörer som är involverade i vården av patienter i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

Kunskapsstödet bidrar till Sveriges arbete med att uppfylla mål 3 ”Hälsa och välbefinnande” i Agenda 2030: delmål 3.5 som innebär att insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholmissbruk ska stärkas och delmål 3.4 att genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Detta är en remissversion av kunskapsstödet. En slutlig version publiceras i slutet av 2019.

Projektledare har varit Regina Ylvén och Anders Fejer har varit ansvarig enhetschef. Socialstyrelsen tackar alla dem som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning 7
Inledning 9
Syfte med kunskapsstödet 10
Mottagare för kunskapsstödet 10
Avgränsningar 10
Så har kunskapsstödet tagits fram 10
Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende 12
Opioidberoende – omfattning 12
LARO - en integrerad behandling 12
Opioider 13
Organisatoriska förutsättningar för LARO 13
Huvudman och vårdgivare 14
Överenskommelser om samverkan, en förutsättning för LARO 14
Resurser och kompetenskrav 15
Individuellt anpassad vård och behandling – mål på kort och lång sikt 16
Särskilda målgrupper 17
Delaktighet och inflytande är framgångsfaktorer 21
Stöd för behandlingsprocessens faser 22
Vägar in till bedömning och behandling 24
Utredningsfas 26
Inledande behandlingsfas 34
Stabiliserad behandlingsfas 42
Avsluta läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende 47
Systematisk uppföljning och utvärdering 48
Projektorganisation 52
Referenser 53
Bilaga 1. Definition av beroende 67
Bilaga 2. Samverkan, samordning och samarbete kring personer i behov av läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende 69
Samverkan kring patienter med läkemedelsassisterad behandling 70
Vad säger forskningen om framgångsfaktorer för god samverkan? 76
Bilaga 3. Brukarmedverkan i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende 81
En individanpassad beroendevård 81

Förutsättningar för brukarmedverkan, delaktighet och personcentrerad vård 82
Modeller för brukarmedverkan 85
Bilaga 4. Kunskapsunderlag och metodbeskrivning 88
Beskrivning av inkluderade internationella riktlinjer 88
Utredningsfas 88
Inledande behandlingsfas 90
Stabiliserad behandlingsfas 92
Avsluta LARO-behandling 93
Metodbeskrivning 94

Sammanfattning

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) kombinerar läkemedelsbehandling med psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosocialt stöd. LARO ska vara individuellt anpassad, och insatserna som ingår i behandlingen ska ges med utgångspunkt från patientens behov och med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Socialstyrelsen beskriver i detta kunskapsstöd en modell för behandlingsprocessen för LARO, indelad i fem faser:

- Vägar in till bedömning och behandling
- Utredningsfas
- Inledande behandlingsfas
- Stabiliserad behandlingsfas
- Avslut av LARO.

Bilaga 2 *Samverkan, samordning och samarbete kring personer i behov av läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende* innehåller en fördjupning om samverkansformer. Bilaga 3 *Brukarmedverkan i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende* innehåller en fördjupning om modeller för brukarmedverkan. Båda bilagorna kan läsas fristående.

Socialstyrelsen ger i kunskapsstödet en samlad beskrivning av bestämmelser och rekommendationer som är tillämpliga inom behandlingsprocessen och ger stöd utifrån bästa tillgängliga kunskap i de frågeställningar där vi bedömt att behovet kunskapsstöd är störst, och där vi bedömt att vi bäst kan bidra till en god och jämlik vård i LARO.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ger förutsättningar för behandlingen och är en utgångspunkt för kunskapsstödet. Föreskriften innehåller bland annat bestämmelser om

- kriterier för att kunna ordineras LARO
- att bedöma beroende, hälsotillstånd och social situation inför beslut om LARO
- att upprätta och följa upp individuella planer för vården
- överenskommelser om samverkan
- övervakat läkemedelsintag
- att överlåta läkemedelshanteringen till patienten

Utifrån främst internationella riktlinjer ges stöd vid tillämpningen av vissa bestämmelser i HSLF-FS 2016:1, exempelvis stöd kring bedömning av beroende, hälsotillstånd och social situation.

Rekommendationer inom Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019 är relevanta i olika faser av behandlingsprocessen och berör följande delmoment:

- diagnostiska instrument
- drogtester
- instrument för att bedöma hjälpbehov
- läkemedelsval
- psykologisk eller psykosocial behandling
- psykosociala stödinsatser
- stöd till anhöriga
- nätverks- och parterapi.

Andra delar inom behandlingsprocessen som Socialstyrelsen bedömt är viktiga att lyfta fram för att bidra till en god och jämlik vård i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende är hög tillgänglighet till behandling, stöd i föräldraskap och stöd till barn som anhöriga, att ge stöd till nya sociala sammanhang och att avsluta LARO.

Inledning

I regeringens ANDT-strategi (Regeringens skrivelse 2015/16:86, En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitiken 2016-2020) är ett av målen att antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som dör och skadas av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska. För att motverka den narkotika- och läkemedelsrelaterade dödligheten anges att landsting och kommuner behöver utveckla sina insatser och erbjuda attraktiva och lättillgängliga stöd- och behandlingsinsatser. Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende är en av de insatser som lyfts fram i strategin.

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende är en behandling som består av två delar, dels behandling med läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opioidberoende och dels psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser[1] relaterat till denna typ av beroende. Rekommendationer om åtgärder som kan ingå i behandlingen beskrivs i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019 [1].

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag avseende insatser för att minska narkotikarelaterad dödlighet (S2017/05940/FS (delvis)). Uppdraget innehåller fyra deluppdrag, varav ett handlar om att utveckla och ta fram ett kunskapsstöd för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Kunskapsstödet ska innehålla förslag på samverkansformer (en fördjupning finns i bilaga 2), modeller för brukarinflytande (en fördjupning finns i bilaga 3), samt beakta köns- och åldersaspekter.

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) är en åtgärd som syftar till att bland annat förebygga återfall, förbättra social funktion samt minska medicinska komplikationer, smittspridning och dödlighet. Det är vanligt att LARO även benämns läkemedelsassisterad *rehabilitering* vid opioidberoende, vilket tydliggör att flera av de insatser som genomförs i LARO har ett rehabiliterande syfte för patienterna. I detta kunskapsstöd kommer vi att använda samma benämning som i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, dvs ”läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende”. Vi kommer dock ibland också använda förkortningen LARO.

Kunskapsstödet bidrar till genomförandet av delmål 3.5 i FN:s Agenda 2030 som innebär att insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholmissbruk ska stärkas. Kunskapsstödet bidrar även till delmål 3.4 att genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.

[1] Sedan 2019 har begreppet psykosociala stödinsatser ersatts med sociala stödinsatser i de nationella riktlinjerna. I kunskapsstödet använder vi begreppet psykosociala stödinsatser enligt föreskriften (HSLF-FS 2016:1).

Syfte med kunskapsstödet

Kunskapsstödet ska bidra till en god och likvärdig vård och omsorg för personer med opioidberoende. Det övergripande syftet med kunskapsstödet är att minska skillnaderna i behandlingen och därmed förbättra tillgängligheten. Kunskapsstödet bidrar till att hälso- och sjukvårdspersonal på ett likartat sätt kan bedöma förutsättningarna för att inleda, genomföra och eventuellt avsluta behandling och hur samsjuklighet kan hanteras. På så sätt bidrar kunskapsstödet till en kvalitetssäkring av vårdinsatserna.

Målet är också att professionerna i de verksamheter som möter, identifierar, diagnosticerar och behandlar personer med opioidberoende får ökad förståelse och kunskap om olika stöd- och behandlingsinsatser som kan anpassas efter individens behov.

Mottagare för kunskapsstödet

Kunskapsstödet riktas till de vårdgivare som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende och som erbjuder behandling med läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opioidberoende, samt den personal som arbetar inom dessa verksamheter. Kunskapsstödet riktar sig även till annan personal inom hälso- och sjukvård, både inom primärvård och specialistvård, socialtjänsten och andra aktörer som är involverade i vård, stöd och omsorg gällande patienter i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

Avgränsningar

Kunskapsstödet utgår ifrån de bestämmelser som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, samt de rekommendationer i Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [1] som är relevanta för personer med opioidberoende.

Kunskapsstödet följer en modell som beskriver de olika faserna i behandlingsprocessen för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (se figur 1 s 22), men vi har inte haft ambitionen att ge stöd i samtliga tänkbara insatser eller åtgärder som kan vara aktuella inom respektive fas.

Så har kunskapsstödet tagits fram

Kunskapsstödets innehåll och fokus baseras på resultaten från Socialstyrelsens uppdrag om att öka kunskapen om den läkemedelsassisterade behandlingen vid opiatberoende [2] samt en förstudie som Socialstyrelsen genomförde under 2015 [3]. Under förstudien inhämtades yrkesföreträdares samt brukar- och anhörigorganisationers synpunkter om behovet av ett kunskapsstöd.

Under arbetet med kunskapsstödet har kunskap inhämtats genom erfarenheter förmedlade vid möten med representanter från verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende och övrig beroendevård och socialtjänstens verksamhet inom missbruksområdet. Socialstyrelsen

genomförde även en workshop med verksamhetsföreträdare, läkare inom beroendemedicin och psykiatri, socionomer, representanter för brukarföreningar, forskare på området m.fl. för att få information om deras erfarenhet av problematiska delar i den läkemedelsassisterade behandlingen vid opioidberoende samt vilket stöd de önskar från nationell nivå i arbetet. Under workshoparbetet har Socialstyrelsen identifierat de frågeställningar (insatser och åtgärder inom behandlingsprocessen) där vi bedömer att behovet av kunskapsstöd är störst och där kunskapsstödet bäst kan bidra till att stärka kvaliteten och förbättra tillgängligheten till behandlingen.

Kunskapsunderlaget

I kapitlen *Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende* och *Systematisk uppföljning och utvärdering*, samt *bilaga 2 Samverkan, samordning och samarbete kring personer i behov av läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende* och *bilaga 3 Brukarmedverkan i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende*, består kunskapsunderlaget av nationella och internationella riktlinjer, primärstudier, förarbeten till lag och publikationer från Socialstyrelsen och andra myndigheter, samt annan litteratur.

I kapitlet *Stöd för behandlingsprocessens faser* är kunskapsunderlaget till största delen hämtat från internationella riktlinjer om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. De internationella riktlinjer som inkluderats har granskats och anses vara av god kvalitet, enligt bedömningsverktyget AGREE [4]. De internationella riktlinjerna har gett ett visst stöd i ett flertal frågeställningar, dock inte heltäckande för respektive frågeställning. För många delar utgår kunskapsstödet också från exempelvis förarbeten till lag och publikationer från Socialstyrelsen och andra myndigheter. Se även bilaga 4, Kunskapsunderlag.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende innehåller bindande bestämmelser för verksamheter som erbjuder sådan behandling.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [1] innehåller rekommendationer om vilka åtgärder eller insatser som bör användas inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst. De rekommendationer som finns i kunskapsstödet är utvalda för verksamheter som erbjuder läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

Rekommendationer kan också tas fram inom ramen för Socialstyrelsens kunskapsstöd, men i detta kunskapsstöd har Socialstyrelsen inte tagit fram några nya rekommendationer utöver de som redan återfinns inom de nationella riktlinjerna. Det betyder att kunskapsstödet har som mål att vara stödjande, det vill säga ge stöd i hur åtgärder och insatser kan genomföras, utifrån bästa tillgängliga kunskap. Bästa tillgängliga kunskap i detta kunskapsstöd utgörs främst av internationella riktlinjer för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. De rekommendationer som återges från de internationella riktlinjerna är inte att likställa med rekommendationer framtagna av Socialstyrelsen.

Kunskapsstödet ska inte ses som ett vårdprogram, utan ger en ram för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende som sedan kan kompletteras med lokala eller regionala vårdprogram, rutiner eller liknande.

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Opioidberoende – omfattning

Det finns inga säkra uppgifter över hur omfattande opioidberoendet är i Sverige, bland annat på grund av att det saknas regelbundna prevalensuppskattningar och att det finns en rad andra problem relaterat till metod. Det har också skett förändringar av missbruksmönstret under de senaste 20 åren [5]. Det tidigare renodlade bruket av heroin har ersatts av ett mer uppblandat bruk av opioider, vilket ytterligare försvårar möjligheten att klarlägga hur många som missbrukar eller är beroende av opioider. Samma tendens vad gäller narkotikaanvändningen syns i hela Europa [6]. Bruk av flera substanser anges vara vanligt bland narkotikaanvändare och omfattar numera ett bredare spektrum av substanser än förr.

Opioider är den skadligaste typen av narkotika mätt i hälsotermer på individnivå såsom hög sjuklighet och dödlighet. Globalt uppskattas att sjukdomsbördan för narkotikamissbruk till 70 procent kan relateras till opioidbruk [7].

I Socialstyrelsens uppföljning [8] av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende framgår att drygt 4000 personer är inskrivna i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). Andelen kvinnor uppgår till omkring 30 procent. Resultatet talar för att det skett en viss ökning av antalet inskrivna patienter i behandlingen senaste åren [9].

LARO - en integrerad behandling

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) är en integrerad behandling som kombinerar behandling med läkemedel som utgör narkotika och som har godkänts för behandling av opioidberoende, med psykologisk, eller psykosocial behandling eller psykosocialt stöd. LARO ska vara individuellt anpassad och insatserna som ingår i behandlingen ska ges med utgångspunkt från patientens behov och med respekt för patientens självbestämmande och integritet (4 kap. 5§ HSLF-FS 2016:1).

Den farmakologiska behandlingsdelen innebär behandling med ett lämpligt val av opioidagonist (metadon, buprenorfin eller buprenorfin/naloxon) administrerad i en dos som är anpassad för individen, sådan att både abstinens och förgiftning undviks. Behandlingen är långsiktig, vilket ger möjligheter att ta itu med hälsoproblem och sociala problem genom psykosociala insatser. Den psykologiska och psykosociala behandlingsdelen refererar till ett brett utbud av insatser som kan omfatta, rådgivning, utbildning, motivationsstödjande insatser, återfallsprevention, individuell terapi, interpersonella/familjeterapier. Psykosocialt stöd är ett viktigt inslag som fokuserar exempelvis på samordning av olika vård- och stödåtgärder, boendesituationen eller möjlighet till egen försörjning.

Målet med LARO är att, genom att erbjuda farmakologisk behandling, psykologiska eller psykosociala behandlingar eller psykosocialt stöd, öka möjligheterna för personer med opioidberoende att uppnå drogfrihet[2], ett icke kriminellt liv, samt ett ökat psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande. På lång sikt kan målen vara att förbättra eller att upprätta nya sociala nätverk och sociala sammanhang, ordnad sysselsättning, egen försörjning och ekonomisk stabilitet [2]. Vid beroende av opioider finns risk för kroppslig och psykisk ohälsa och komplikationer, samt för tidig död till följd av accidentella och avsiktliga överdoser [10].

Opioider

Begreppet opioider inkluderar både illegala droger som heroin och legala receptbelagda läkemedel. Opioider är narkotikaklassade och har beroendeframkallande egenskaper, vilket kan leda till missbruk och beroende.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende inkluderar beroende av naturliga opioider, till exempel heroin, morfin och opium och semi-syntetiska och syntetiska opioider som till exempel metadon, buprenorfin, fentanyl, tramadol och dextropropoxifen.

Opioider fyller en viktig roll inom sjukvården som smärtstillande läkemedel, opioidanalgetika, vid svåra smärttillstånd. De används under och efter kirurgiska ingrepp, vid svår akut smärta, och smärta relaterat till cancersjukdomar. Opioidanalgetika har också lugnande effekter som kan bidra till gynnsamma kliniska effekterna i vissa situationer. Läkemedlen har en betydande risk för att utveckla ett beroende hos patienten och det begränsar också användbarheten för smärtbehandling, särskilt när det gäller kroniska smärttillstånd som inte är cancerrelaterade [11].

För att beskriva beroende och substansbruksyndrom används inom hälso- och sjukvård och psykiatri två olika diagnossystem för beroende av opioider: International statistical classification of diseases and related health problems, ICD [12], och Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM [13] (se bilaga 1).

Organisatoriska förutsättningar för LARO

Kommuner och landsting[3] har enligt kommunallagen (2017:725), KL, hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och socialtjänstlagen (2001:453), SoL, både ett eget och ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården. Dessa lagar fungerar som ramlagar som lämnar visst utrymme för lokal anpassning. Det innebär att missbruks- och beroendevården är organiserad på olika sätt över landet.

Hur regionerna väljer att organisera beroendevården inom sitt upptagningsområde styr hur de vårdenheter som erbjuder läkemedelsassisterad be-

[2] Med drogfrihet avses i det här sammanhanget frihet från bruk av narkotiska preparat utöver de läkemedel som ordineras av läkare och i samband med läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.
[3] I kunskapsstödet skriver vi landsting (istället för regioner) på grund av att det står landsting i föreskriften (HSLF-FS 2016:1) och övrig lagstiftning

handling vid opioidberoende kan vara organiserade och olika modeller förekommer t.ex. vad gäller hur stort geografiskt område verksamheten ska täcka, lokalisering och resurser [9]. Behandlingen av personer med opioidberoende kan vara integrerad med övrig beroendevård inom en och samma verksamhet (beroendemottagning, beroendecentrum, psykiatrisk mottagning). Eller så kan den organiseras som en separat enhet med egen ledning, budget och personal (t.ex. särskilda LARO-team, LARO-mottagningar).

Utöver landsting och kommuner bedriver Statens Institutionsstyrelse (SiS) och Kriminalvården verksamhet som berör personer med beroendeproblem. Vidare finns det privata aktörer som utför vård- och behandlingsinsatser för målgruppen på uppdrag av någon av de ovanstående huvudmännen.

Huvudman och vårdgivare

Den som har ett författningsreglerat ansvar för att vård erbjuds, betecknas huvudman. Ansvaret innebär inte skyldighet att själv bedriva verksamheten. Driften kan ligga på någon annan som då betecknas vårdgivare[4]. Huvudmannaskapet för hälso- och sjukvård enligt HSL vilar i huvudsak på landstingen (8 kap. HSL), med vissa undantag där kommunen är huvudman (12 kap. 1-2 §§ HSL). Om ett landsting eller en kommun avtalat med någon annan om att utföra vården har landstinget eller kommunen fortfarande ett ansvar för att säkerställa att invånarna får en god vård. Det kan exempelvis ske genom att ställa relevanta krav i avtal med utförarna. Det offentliga ansvaret som huvudman innebär dock inte bestämmanderätt över vårdgivarens dagliga verksamhet. Det fråntar inte heller vårdgivaren ansvaret som följer med rollen som vårdgivare (se exempel, fritt vårdval Region Skåne, bilaga 2).

Överenskommelser om samverkan, en förutsättning för LARO

Två huvudmän med delvis gemensamt ansvar för vården av personer med beroende utgör en utmaning, då otydlighet i ansvarsförhållanden kan uppstå. Det gemensamma ansvaret innebär en risk att ingen av huvudmännen tar ansvar för vissa delar av vården med hänvisning till den andra aktören. Därmed behöver de båda huvudmännens insatser i många fall samordnas för att tillgodose individens behov utifrån ett helhetsperspektiv. Lösningar för hur verksamheten ska dimensioneras, uppgifter fördelas och samverkan säkerställas görs bäst utifrån lokala behov[5]. Det är mot den bakgrunden som bestämmelserna om att landsting och kommuner har en skyldighet att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete kring personer med beroende infördes från den 1 juli 2013 (16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 9 a § SoL). Syftet med överenskommelserna är att de ska bidra till en tydligare ansvarsfördelning, en förstärkt samverkan och ett helhetsperspektiv utifrån brukarens behov. Vilka resultat som har uppnåtts och om regleringen om att ingå överenskommelser leder fram till målet har dock inte utvärderats [14].

[4] prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag mm s. 33 ff.

[5] prop. 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården s. 9.

Regionala överenskommelser om samverkan

För att säkerställa att enskilda personers behov och möjlighet att få rätt vård och omsorg tillgodoses, finns likalydande bestämmelser i 5 kap. 9 a § SoL och 16 kap 3 § p.2 HSL om att kommun och landsting ska teckna överenskommelse om samarbete när det gäller personer som missbrukar alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel. Ett syfte med överenskommelsen är att stärka samverkan mellan landsting och kommuner och på så sätt bidra till att förbättra vård och omsorg[6].

Överenskommelser som beskriver ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och ett bestämt tillvägagångssätt ökar förutsättningarna för en gemensam planering och ett samfällt agerande mellan aktörerna. För att säkra att innehållet i överenskommelsen är aktuell och stödjer insatser till enskilda är det viktigt att överenskommelsen regelbundet följs upp (se exempel, Lokala samråd för missbruk och beroende, Stockholms län, bilaga 2).

I 4 kap. 7 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende tydliggörs kraven på samverkan mellan landstinget och kommunen genom hänvisningar till de ovan nämnda bestämmelserna. I 4 kap. 6 § samma föreskrifter finns även ett krav på de vårdenheter som ordinerar behandlingen att ha överenskommelser med kommunen, en annan vårdenhet eller en annan vårdgivare om de inte själva kan erbjuda psykologiska eller psykosociala behandlingar eller psykosociala stödinsatser. Det innebär således att en verksamhet som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende måste kunna erbjuda patienterna sådana behandlingar eller stödinsatser, antingen själva eller genom att ha ingått överenskommelser med kommunen, en annan vårdenhet eller en annan vårdgivare.

Resurser och kompetenskrav

Det är inte reglerat i lag vad som organisatoriskt sett är en LARO-verksamhet, men vissa förutsättningar ska vara uppfyllda för att få bedriva behandlingen. Av Socialstyrelsens föreskrifter framgår att den vårdgivare som avser att erbjuda läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ska anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (3 kap. 1 § HSLF-FS 2016:1).

Den vårdgivare som avser att erbjuda läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ska följa Socialstyrelsens föreskrifter. Om någon uppgift i en tidigare gjord anmälan om att få bedriva läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ändras eller om verksamheten upphör ska vårdgivaren utan dröjsmål anmäla ändringen till IVO (3 kap. 1 § HSLF-FS 2016:1).

Den läkare som ordinerar läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ska ha specialistkompetens i psykiatri eller beroendemedicin, och vara verksam vid en vårdenhet som av vårdgivaren är anmäld till IVO (4 kap. 3 - 4 §§ HSLF-FS 2016:1).

[6] prop. 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården s. 77.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att varje vårdgivare ansvarar för att det finns sådana processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i dessa föreskrifter (2 kap. 1 § HSLF-FS 2016:1).

Multiprofessionella team

Enligt 4 kap 5§ HSLF-FS 2016:1 ska läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende bestå av behandling med läkemedel som utgör narkotika och som har godkänts för behandling av opioidberoende, samt psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser. Vårdgivaren har därmed ansvar för att säkerställa att patienter som har behov av sammansatta insatser kan få dem tillgodosedda antingen i egen regi eller genom överenskommelser med annan aktör.

Olika termer finns för att beskriva samarbetet, exempelvis interdisciplinära/multidisciplinära och interprofessionella/multiprofessionella/tvärprofessionella team. Socialstyrelsen definierar multiprofessionella team som en grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde [15]. Multiprofessionella team kan finnas såväl inom en vårdenhet (t.ex. på ett sjukhus) som inom ett samarbete mellan olika vårdgivare och huvudmän (t.ex. vid samordnad individuell vårdplanering). Teamets sammansättning påverkas av de behov patienten har och kan förändras över tid.

Enligt internationella riktlinjer [16] anses multiprofessionell samverkan i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende vara ”best practice” och förbättrar patientens behandlingsresultat (läs mer om samverkan i bilaga 2).

Individuellt anpassad vård och behandling – mål på kort och lång sikt

Personer med opioidberoende är en heterogen grupp, och deras behov av stöd- och behandlingsinsatser kommer att variera i omfattning och över tid. Personernas bild av vad man vill uppnå med vård och behandling, och vilka resultat som är mest prioriterade kommer att vara olika [17, 18]. Vård- och behandlingsplaneringen behöver alltid utgå från individens behov, preferenser och resurser. I det ingår att göra patienten delaktig och att se henne eller honom som medskapare i vårdprocessens alla delar. Studier visar att en personcentrerad vårdplanering ger vissa positiva effekter på fysisk, psykisk och subjektiv hälsa samt tilltro till den egna förmågan jämfört med sedvanlig vård [19].

Vägen bort från ett liv med beroende kan beskrivas som en långvarig och komplicerad social förändringsprocess. Ett sätt att beskriva utvecklings- eller förändringsprocessen är i termer av att individen förflyttar sig från motivation till förändring, till önskade resultat för att sedan uppnå de övergripande målen. Viljan att förändra sitt beteende, eller med andra ord motivation till förändring lyfter brukarföreträdare fram som ett nödvändigt första steg i en utvecklingsprocess mot ett resultat. Samtidigt beskrivs att viljan att förändra

sitt beteende påverkas av både individuella faktorer och omgivande sociala faktorer [17].

Tolv centrala resultatområden anges som särskilt viktiga för personer som har kontakt med missbruks- och beroendevården. Områdena rör hälsa, relationer, sociala och psykosociala faktorer. Olika personer kan prioritera olika resultatområden, likaså kan prioriteringarna förändras över tid och ta olika lång tid att uppnå. De övergripande målen nås först när tillräckligt många av patientens eller brukarens egna prioriterade resultat uppnåtts. Ett delmål rör förmågan att hantera de negativa konsekvenserna som beroendet resulterat i. Det övergripande målet handlar om graden av upplevd livskvalitet. Det är när de negativa konsekvenserna är hanterbara som en känsla av god livskvalitet infinner sig [17].

Särskilda målgrupper

Patientgruppen med opioidberoende är heterogen, men det finns grupper som särskilt behöver uppmärksammas [20]. I detta avsnitt beskrivs några patientgrupper som till följd av samsjuklighet eller särskilda förhållanden kan ha behov av ett mer individualiserat stöd och mer omfattande insatser, åtgärder och behandlingar. Detta stöd behöver anpassas till de särskilda grupperna, och aktuell situation men med hänsyn till de enskilda individerna. Även målsättningar för de olika grupperna skiljer sig åt.

Patienter med psykiatrisk samsjuklighet

Med samsjuklighet menas att en person samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för två eller flera sjukdomar. Psykiatrisk samsjuklighet är vanligt bland personer med beroende. Risken att drabbas är mer än dubbelt så stor jämfört med för personer som inte har ett beroende [1]. Bland personer som vårdas för sitt beroende har 30–50 procent en samtidig psykisk sjukdom, vanligast är ångest- och depressionssjukdomar och personlighetssyndrom. I en rapport från Socialstyrelsen [21] framkom att många patienter inskrivna i LARO hade andra psykiatriska diagnoser, vanligast var någon form av ångestsyndrom, därefter förstämningssyndrom och personlighets- eller beteendestörning. Det är även vanligt att personer med beroende har neuropsykiatriska tillstånd, framförallt adhd [22-24].

Omvänt är även att beroende också är vanligare bland personer med psykisk ohälsa än i befolkningen i övrigt. Omkring 20–30 procent av de personer som är aktuella i vården på grund av psykisk ohälsa har samtidigt ett beroende. Inom den specialiserade psykiatrin är det personer med psykossjukdomar och bipolär sjukdom som har högst förekomst av samtidigt beroende [1].

Den psykiatriska samsjukligheten är mer påtaglig hos äldre personer som haft ett långvarigt beroende, vanligt förekommande är ångest, demens, minnesproblem och förvirring, samt överdos och självmord [25].

Det är viktigt att psykiatrisk samsjuklighet uppmärksammas och att personen får behandling för både beroendet och de psykiatriska tillstånden samtidigt eftersom personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre förlopp. För särskilt vårdkrävande samsjuklighet kan finnas behov av mer

omfattande insatser, anpassningar och stöd. Även följsamhet till läkemedelsassisterad behandling och behandlingsresultat är sannolikt sämre om det också finns samtidig psykisk sjukdom. Behandling och insatser för både beroendet och de psykiatriska tillstånden involverar flera huvudmän och förutsätter samordning [1].

Patienter med somatisk samsjuklighet

Personer med opioidberoende har generellt sett dålig somatisk hälsa. Många har börjat använda droger tidigt och har därmed en lång historia av missbruk. Den fysiska åldringsprocessen accelererar på grund av de kumulativa effekterna av blandmissbruk, överdosering och infektioner under många år. Redan vid 40 år har personer med opioidberoende vårdbehov som motsvarar dem som personer över 65 år har i befolkningen i övrigt [26]. Personer med opioidberoende kan vara påverkade av progressiva tillstånd som det vanligtvis tar decennier att orsaka signifikant sjukdom eller död, exempelvis levercirros som en följd av obehandlad kronisk viral hepatit.

Hälsoproblem som är vanliga efter lång tids opioidberoende är cirkulations- och respiratoriska problem, infektioner, lunginflammation, diabetes typ 2, hepatit B och C, hjärtproblem, och kroniska smärttillstånd.

En försämrad tandhälsa är ytterligare ett allvarligt problem. Otillräcklig tandhygien och undernäring leder ofta till tandsjukdomar som förblir obehandlade. Som ett resultat är fullständig förlust av tänder inte ovanlig [26].

Personer över 40 år utgör en ökande andel av personer med opioidberoende och bland dem som får läkemedelsassisterad behandling har gruppen äldre ökat [26]. Åldersrelaterade förändringar i kroppen eller läkemedel som ordinerats för åldersrelaterade sjukdomar kan förändra effekterna av droger. Vid ett normalt åldrande minskar kroppsmassan, kroppsvattenhalten och njurfunktion. Dessa fysiologiska förändringar kan leda till förhöjda läkemedelsserumnivåer, d.v.s. att en viss mängd läkemedel kan ha mer uttalade effekter hos äldre. Det finns även en ökad risk för överdoser på grund av minskad tolerans hos äldre med missbruk eller beroende av opioider [27].

Patienter som ordinerats läkemedelassisterad behandling vid opioidberoende är oftast inte knutna till primärvården i den utsträckning som vore medicinskt motiverad. Det dröjer ofta lång tid innan de söker vård och patienterna söker akut när situationen blivit ohållbar [28]. Sedan 2014 pågår en satsning på lättillgänglig primärvård riktad specifikt till patienter i LARO i Skåne. Projektet initierades av personal inom LARO-verksamheten då man upplevt att patienterna haft ett stort behov av läkarkontakt inom den somatiska vården (se exempel i bilaga 2).

Patienter med blandberoende

Det är vanligt att personer som söker läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) har ett blandberoende. Det innebär att personen använder eller har ett samtidigt beroende av två eller flera substanser, exempelvis alkohol, bensodiazepiner och/eller andra narkotikaklassade läkemedel.

Att blanda flera substanser kan ha olika syften, exempelvis kombineras olika läkemedel för att ge en viss effekt (t.ex. en kraftfullare lugnande effekt

från en kombination av en opioid och bensodiazepin), ibland används läkemedel för att minska negativa effekter av en annan (t.ex. för att minska ångest och andra negativa konsekvenser av exempelvis metamfetamin), eller att läkemedel används för att förhindra abstinens från en annan (t.ex. användning av bensodiazepiner för att lindra alkohol- eller opioidabstinens) [29, 30].

Vid utredningen inför och initieringen av LARO ska läkaren bedöma om övrigt beroende i kombination med LARO utgör påtaglig medicinsk risk för patienten (HSLF-FS 2016:1). Patienter som under pågående LARO använder hypnotiska, lugnande eller ångestdämpande läkemedel eller som regelbundet konsumerar alkohol är en utmanande grupp. Främst på grund av att det finns stor risk för interaktioner mellan olika substanser som påverkar den medicinska säkerheten. Därutöver kan resultatet av LARO vara mindre framgångsrikt, eftersom den fortsatta användningen av andra narkotikaklassade läkemedel och alkohol äventyrar behandlingen [20]. Bensodiazepiner i kombination med opioider kan medföra en ökad risk för överdosering och sämre psykologisk funktion.

Internationella riktlinjer [31] beskriver att för behandling av blandberoende kan läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende påbörjas för opioidberoendet samtidigt som patienten i slutenvård avgiftas från alkohol, bensodiazepiner och narkotikaklassade läkemedel.

Gravida

Opioidberoende är en riskfaktor vid graviditet. Vid utredning inför LARO är det lämpligt att diskutera eventuellt behov av preventivmedel, med tanke på att behandlingen ökar möjligheten att bli gravid [32].

Läkemedelsassisterad behandling ges i flera länder som standard för gravida med opioidberoende. En medicinskt övervakad behandling minskar riskerna för den gravida, fostret och det nyfödda barnet [33]. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [1] anges att vid läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende behöver nyttan av behandlingen vägas mot risken för fostret.

Det nyfödda barnet, som under graviditeten utsätts för opioider, har en ökad risk för komplikationer [33]. LARO minskar komplikationsrisken, men risken för neonatalt abstinenssyndrom (NAS) kvarstår. NAS uppstår ca 1 – 2 dygn efter födseln och kan resultera i ett allvarligt tillstånd som ger en rad symtom, inklusive irritabilitet, matningssvårigheter, tremor, hypertoni, kräkningar, lös avföring, kramper och andningssvårigheter som kan leda till ett ökat behov av sjukvårdsinsatser och vid svårare symtom kan avgiftningsbehandling med opioider bli aktuell.

Internationella riktlinjer [32, 33] anger att mödrar, som är stabila i läkemedelsassisterad behandling med antingen metadon eller buprenorfin, kan amma barnet. En av fördelarna med amning är att abstinenssymptom (NAS) hos barnet kan undvikas, vilket överväger eventuella skador [33]. Internationella riktlinjer [32, 33] beskriver även att hälso- och sjukvård och omsorg riktat till gravida med beroende behöver vara omfattande och individualiserad på grund av den komplexitet som beroendet innebär och den risk för skador som det ofödda barnet utsätts för. Stöd som ges i samverkan mellan

olika vårdgivare och professioner kan tillgodose behoven hos både den gravida och det nyfödda barnet (se exempel i bilaga 2).

Patienter som är frihetsberövade

När personer som har ordinerats eller är under läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) blir frihetsberövade, är det läkaren som tar ställning till om det finns förutsättningar för att fortsätta behandlingen på ett patientsäkert sätt (4 kap. 9 § HSLF-FS 2016:1).

Kriminalvården ansvarar för verkställighet av straff i fängelse, frivård samt omhändertagande av intagna på häkte. Kriminalvården har inte ansvar för vård och behandling, utan det har andra huvudmän enligt den så kallade normaliseringsprincipen. Principen innebär att dömda till kriminalvårdspåföljd inte ska särbehandlas avseende tillgång till samhällsservice. Enligt 2 kap. 5 § SoL har den kommun där den enskilde är folkbokförd ansvar för stöd och hjälp under kriminalvård i anstalt. Hemlandstinget har ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser. Däremot förväntas myndigheten ta ett stort ansvar för att behov identifieras och att kontakt kan etableras med aktuella huvudmän.

När en person med pågående LARO häktas kontaktas behandlande enhet/läkare. Den ansvariga läkaren inom beroendevården är fortsatt ansvarig för att ordinera behandlingen och avgör i samråd med Kriminalvården och kriminalvårdsläkaren om behandlingen kan fortsätta under verkställigheten. Om behandlingen kan ges på ett patientsäkert sätt kan den fortgå. Då utbudet av läkemedelsberedningar är relativt stort kan en hög säkerhet i behandlingen uppnås, vilket innebär att en intagen kan verkställa fängelsestraff med pågående behandling vid flertalet av Kriminalvårdens enheter (Lars Håkan Nilsson, Kriminalvården, personlig kommunikation 2019-05-16). Under verkställighet av påföljd kan behov av läkemedelsassisterad behandling aktualiseras närsomhelst, däremot kan konsultläkare i Kriminalvården inte ordinera LARO utan det är beroendevårdens läkare som har ansvaret för ordination och uppföljning av behandlingen (se exempel i bilaga 2).

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende får även ges under vård som sker enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Ett beslut om vård enligt LVM fattas av förvaltningsrätten (5 § LVM) efter ansökan av socialnämnden (11 § LVM). Syftet med tvångsvården är att motivera den enskilde att frivilligt medverka till fortsatt behandling (3 § LVM). Socialnämnden har det övergripande ansvaret för den som vårdas, men Statens Institutionsstyrelse, SiS ansvarar för verkställandet av vård (25 § LVM). I alla viktiga frågor och beslut kring hur vården ska genomföras är SiS skyldiga att samråda med ansvarig socialnämnd (26 § LVM).

SiS ansvarar inte för att erbjuda eller ordinera läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. För klienter som har pågående LARO kan SiS på ett fåtal LVM-hem iordningsställa och administrera de läkemedel som behandlande läkare har ordinerat. Om LARO ska aktualiseras under LVM-tiden bör socialnämnden initiera kontakten med den aktuella beroendevården. Det är den behandlande läkaren som ansvarar för att utreda och undersöka klienten innan behandling sätts in [34].

Delaktighet och inflytande är framgångsfaktorer

Brukarnas erfarenheter och medverkan är en central kunskapskälla i en evidensbaserad praktik. Skälen till att brukarinflytande ses som viktigt kan sammanfattas med att det handlar om: maktutjämning, demokrati, serviceanpassning, effektivitet, legitimitet, egenmakt och återhämtning. Erfarenheter visar att patienter (brukare) som är involverade i sin egen vård i större utsträckning följer behandlingsråd, vilket bidrar till en mer effektiv hälso- och sjukvård. Inom hälso- och sjukvården pågår en utveckling mot en mer personcentrerad vård, som kan beskrivas med att gå från

- att se patienten som en mottagare till en medskapare,
- fragmentisering av vården till helhetsperspektiv och från
- färdiga lösningar till mer individanpassning [19].

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende är en komplex behandling med ett särskilt regelverk som styr verksamheten, baserat på att det finns medicinska risker förenat med behandlingen. De regler, rutiner och kontroller som av säkerhetsskäl behöver omgärda behandlingen kan därför av patienter och brukare upplevas som oförenliga med begrepp som delaktighet, inflytande och makt. Det finns en risk att brukarinflytande upplevs som nästan obefintligt och enbart kommer att handla om triviala frågor [35]. Möjligheterna till reellt inflytande kan komma att variera i behandlingens olika faser. Hur ramarna för inflytandet ser ut och var gränserna går i ett givet sammanhang kan behöva synliggöras för patienten eller brukaren.

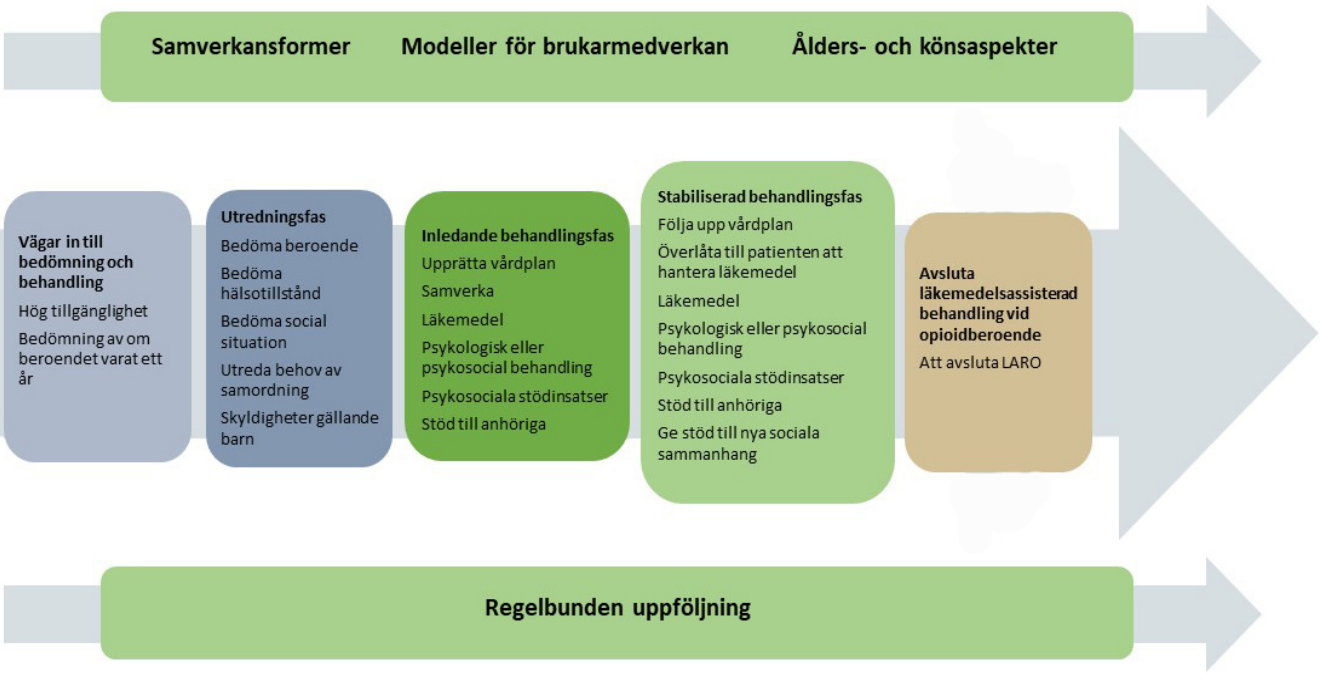
Att åstadkomma patient- och brukarinflytande och medverkan handlar både om ett förhållningssätt från personalens sida och om att införa nya arbetssätt inom vård och omsorg i en process med planering, genomförande och uppföljning [32, 36-38].

Brukares och patienters rätt till medverkan och inflytande finns även reglerat i flera författningar inom såväl socialtjänstens som hälso- och sjukvårdens område. I bilaga 3 om brukarmedverkan beskrivs två modeller av brukarinflytande dels *delaktighetstrappa* och dels *delat beslutsfattande (shared decision making)*. Det senare är en modell för att stötta individen att spela en aktiv roll i beslut som rör hans eller hennes hälsa och livssituation [39, 40]. Delat beslutsfattande kan vara ett sätt för vården och omsorgen att leva upp till lagstiftningen (2014:821 patientlagen, PL) om information, delaktighet, samtycke och individuell planering (se bilaga 3).

Stöd för behandlingsprocessens faser

Socialstyrelsen genomförde 2015 en förstudie [3] för att undersöka behovet av ett kunskapsstöd för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Förstudien resulterade i en modell för behandlingsprocessen och hur den kan delas in i olika faser (se figur 1). I samband med regeringsuppdraget har samverkan, brukarinflytande och köns- och åldersaspekter lagts till som övergripande perspektiv som behöver beaktas i de olika faserna. En annan aspekt är regelbunden uppföljning under behandlingsprocessen. Modellen kan liknas vid en vårdprocess, med en början och ett slut, men när det gäller patientgruppen för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende är det vanligare att patienterna kvarstår i någon fas eller pendlar fram och tillbaka mellan olika faser.

Figur 1. Behandlingsprocessens olika faser och delmoment



Läsanvisning

Det följande kapitlet utgår från de olika faserna i processen enligt ovan. Inledningsvis beskriver vi vad som karakteriserar fasen för den berörda individen. Vi ger också, för varje avsnitt, en översiktlig beskrivning av vilka frågeställningar (insatser och åtgärder inom behandlingsprocessen) avsnittet omfattar.

Inom varje avsnitt ger Socialstyrelsen därefter stöd i de frågeställningar som vi bedömt vara viktiga utifrån professioners behov av kunskapsstöd och för att bidra till en likvärdig tillgång till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Vi återger de för fasen relevanta bestämmelserna ur Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende samt relevanta rekommendationer ur Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019 [1]. För frågeställningar där vi saknar egna nationella rekommendationer, eller där sådana kan kompletteras utifrån annat kunskapsunderlag, utgår kunskapsstödet i första hand från internationella riktlinjer som vi bedömt håller hög kvalitet[7] och är relevanta för svenska förhållanden. För många delar utgår kunskapsstödet också från exempelvis förarbeten till lag och publikationer från Socialstyrelsen och andra myndigheter.

Innehållet är endast stödjande och Socialstyrelsen har i detta arbete inte tagit fram några nya rekommendationer utöver de befintliga rekommendationerna från Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [1]. Kunskapsstödet ska inte ses som ett vårdprogram, utan ger en ram för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende som sedan kan kompletteras med lokala eller regionala vårdprogram, rutiner eller liknande.

[7] kvalitetsgranskade enligt AGREE (se bilaga 4, Kunskapsunderlag och metodbeskrivning)

Vägar in till bedömning och behandling

En ansökan om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende kan komma via remiss från andra vårdgivare, andra vårdenheter eller genom egen vårdbegäran. Det vanligaste är att personen söker direkt till den verksamhet som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, genom så kallad egen vårdbegäran[8]. Det kan ske per telefon då relevant information lämnas direkt vid samtalet. Det finns även ett formulär för egen vårdbegäran på 1177.

I 1 kap. 6 § PL, anges att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen och att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § PL). Att bli bemött med empati, respekt och få möjlighet till dialog och inflytande är centrala faktorer för brukare och patienter. Vägen in till bedömning och behandlingen får inte blir alltför svår och krävande [18].

Den här fasen i behandlingsprocessen omfattar följande frågeställningar:

- tillgänglighet till LARO
- bedöma om opioidberoende varat minst ett år.

Hög tillgänglighet till LARO

Socialstyrelsens uppföljning [8] av HSLF-FS 2016:1 visade på variationer i tillgänglighet till LARO i landet. Att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig följer av såväl 5 kap. 1 § HSL som av 2 kap. 1 § PL och det gäller följaktligen även vid läkemedelsassisterad behandling för personer med opioidberoende.

Tillgänglighet innebär både ett patientperspektiv och ett verksamhetsperspektiv och innefattar såväl väntetider till vården som andra aspekter. Det kan handla om den fysiska tillgängligheten som kontaktvägar, öppettider och avstånd till vårdenheter, kontinuitet och samordning, bemötande i vården, förtroende för och tillit till personalen, delaktighet i vårdbeslut och behandling, delgivning av information, samt kompetensen hos vårdpersonalen [41]. En annan viktig aspekt är kostnader t.ex. egenavgifter för vårdbesök eller behandling. Ytterligare en aspekt är att ta hänsyn till individens förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att behålla, främja eller förbättra sin hälsa. Flera av tillgänglighetsaspekterna inryms även i olika dimensioner av god vård, särskilt i *individanpassad och patientcentrerad vård*, där samordning, kontinuitet, patientens delaktighet, information och även bemötande lyfts fram [19, 42, 43]. En del av dessa aspekter regleras även i PL som syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet inom hälso- och sjukvården (1 kap. 1 § PL).

Vårdgarantin är sedan 2010 en författningsreglerad skyldighet för landstingen att erbjuda vård inom en viss tid (9 kap. HSL, 2 kap. 3-4 §§ PL och 6

[8] andra benämningar är egenremiss, egenanmälan

kap. hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80)]). Vårdgarantin ska bland annat innehålla en försäkran om att den enskilde får besöka den specialiserade vården (till vilken LARO hör) inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården.

Kunskapsunderlaget om tillgänglighet till LARO utgörs av en uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet från Socialstyrelsen, 2016 [41] samt beskrivningar av god vård enligt Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer [42].

Bedöma om opioidberoende varat minst ett år, inför beslut om eventuell LARO

Den patient som ordineras läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ska ha fyllt 20 år (om inte särskilda skäl föreligger). Patienten ska också av den läkare som ordinerar behandlingen bedömts ha ett opioidberoende sedan minst ett år (4 kap 1-2 §§ HSLF-FS 2016:1).

Läkaren behöver information från patienten för att kunna bedöma om patienten har haft ett opioidberoende sedan minst ett år [8]. Informationen från patienten kan behöva kompletteras med annan information om beroendet exempelvis från patientens journal, där det kan finnas information om tidigare behandlingskrävande opioidabstinens, vård för upprepade överdoser, upprepade återfall etc [44].

För att en vårdgivare ska få behandla uppgifter som en annan vårdgivare gjort tillgängliga i systemet med sammanhållen journalföring krävs att uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med, uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården, och patienten samtycker till det (6 kap. 3 § första stycket patientdatalagen [2008:355], PDL). Det krävs ett aktivt samtycke från patienten för att en annan vårdgivare ska få behandla ospärrade uppgifter om en patient som finns tillgängliga genom sammanhållen journalföring (6 kap. 3 § första stycket PDL. Samtycke kan lämnas muntligt eller skriftligt och kan när som helst återkallas. En vårdgivare ska säkerställa att en patientjournal, i förekommande fall, innehåller uppgifter om samtycken och återkallade samtycken (5 kap. 5 § första stycket 9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [HSLF-FS 2016:40] om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården).

Efter att patienten lämnat sitt samtycke eller en fullmakt till personal på verksamheten som bedriver läkemedelsassisterad behandling kan information som verifierar bruk av opioider inhämtas. Relevanta verksamheter att inhämta information från kan exempelvis vara hälso- och sjukvården, socialtjänst, kriminalvård/frivård eller andra verksamheter som boende, vårdcentral, eller behandlingshem.

Nationell patientöversikt - NPÖ [45] - gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare.

Kunskapsunderlaget om att bedöma om opioidberoende varat minst ett år utgörs av regionalt vårdprogram från Landstinget Sörmland [44] samt information från Inera som tillhandahåller NPÖ [45].

Utredningsfas

Ett beslut om att inleda LARO behöver föregås av en utredning. Läkaren ska göra en sammanvägd bedömning av patientens beroende, hälsotillstånd och sociala situation innan ordination av läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (4 kap. 8 § HSLF-FS 2016:1). De insatser som ingår i behandlingen ska ges med utgångspunkt från patientens behov och med respekt för patientens självbestämmande och integritet (4 kap. 5 § HSLF-FS 2016:1). Redan i utredningsfasen kan det också finnas behov att utreda individens behov av samordnande insatser.

Den här fasen i behandlingsprocessen omfattar följande frågeställningar:

- att bedöma beroende, hälsotillstånd respektive social situation inför beslut om LARO,
- att utreda behov av samordning inför beslut om LARO,
- samordnad individuell plan (SIP) och
- skyldigheter gällande barn inför beslut om LARO.

Bedöma beroende inför beslut om LARO

Läkaren ska, innan ordination av läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, göra en sammanvägd bedömning av patientens beroende, hälsotillstånd och sociala situation (4 kap. 8 § HSLF-FS 2016:1). Enligt de tillhörande allmänna råden bör bedömningen av patientens beroende omfatta bland annat beroendets allvarlighetsgrad och om patienten är beroende av alkohol eller andra narkotiska preparat.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [1] ger rekommendationer om tre olika instrument för att diagnostisera beroende. Enligt riktlinjerna bör *Alkohol och DrogDiagnos InStrument* (ADDIS), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) eller *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) användas[9]. Det instrument som oftast används i praktiken är MINI.

Samma riktlinje [1] ger också rekommendationer om drogtester för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika. Enligt riktlinjerna bör urinprov användas. Salivprov eller patientnära drogtest (snabbtest) med urinprov kan också användas för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika (det senare dock inte som underlag för juridiska beslut om åtgärder). Se vidare Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2019 [1].

Bedöma om övrigt beroende i kombination med LARO utgör påtaglig medicinsk risk

Bedömningen av patientens beroende av alkohol eller andra narkotiska preparat enligt 4 kap. 8 § HSLF-FS 2016:1 bör också, enligt de tillhörande allmänna råden, omfatta om beroendet i kombination med de läkemedelsassisterade behandlingen innebär en påtaglig medicinsk risk för patienten.

[9] Samtliga instrument finns kopplade till Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [1] ger rekommendationer om att mätning av fosfatidyletanol (PEth) eller kolhydratfattigt transferrin (CDT, från engelskans ”carbohydrate-deficient transferrin”) i blodprov bör användas för att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol. Ett omfattande alkoholbruk kan tillsammans med de läkemedel som ges i LARO utgöra en medicinsk risk. Se vidare Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2019 [1].

I de internationella riktlinjer som Socialstyrelsen inkluderat i arbetet med kunskapsstödet finns begränsat underlag för att ge stöd kring bedömning om övrigt beroende utgör medicinsk risk: enligt amerikanska riktlinjer från 2015 [32] finns det stöd för att patienter som aktivt använder andra substanser än opioider under läkemedelsbehandlingen har en sämre prognos. Användning av bensodiazepiner och andra sedativa hypnotika kan vara skäl att avbryta läkemedelsbehandling på grund av medicinsk risk relaterat till andningsdepression. I norska riktlinjer från 2010 [38] anges att alkohol förstärker effekten av de läkemedel som ges i den farmakologiska behandlingen och kan bidra till ökad risk för överdos. Av riktlinjerna framgår även att patienter bör erbjudas behandling för alkoholberoende.

Risker vid förskrivning av andra läkemedel samtidigt med LARO

Patienter i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende har inte sällan både psykiatrisk och somatisk samsjuklighet som kan innebära att medicinering behövs utöver metadon och buprenorfin. I en studie från Socialstyrelsen [21] konstaterades att omkring 40 procent av patienterna i LARO regelbundet förskrevs andra narkotikaklassade läkemedel, främst bensodiazepiner, därefter pregabalin eller opioider i relation till annan psykiatrisk diagnos än beroende. Dessa läkemedel förskrevs i stor utsträckning av läkare vid andra vårdenheter än den verksamhet som ansvarar för LARO. Även läkemedel för att behandla andra diagnoser än opioidberoende skrevs ut, exempelvis läkemedel vid adhd.

Förskrivande läkare tycks inte alltid haft information om att personen behandlas i LARO då förskrivningen av narkotiska preparat skett vid andra vårdenheter, exempelvis fick 5-7 procent buprenorfin eller metadon förskrivet mot smärta. Sådan förskrivning är medicinskt omotiverad och kan i värsta fall vara direkt farliga [21].

Bensodiazepiner, andra opioider, samt användning av alkohol verkar i likhet med buprenorfin och metadon dämpande på centrala nervsystemet. Det finns ett flertal studier som visar på ökad risk för dödsfall på grund av andningsstillestånd vid samtidig användning med i synnerhet bensodiazepiner [21].

För speciellt metadon finns en ökad risk vid samtidig användning av andra läkemedel, exempelvis vid behandling av somatiska sjukdomar som är vanliga hos patienter i LARO. Detta beror på att vissa läkemedel hindrar metadonets nedbrytning och utsöndring, vilket innebär att mycket höga koncentrationer av metadon kan byggas upp i blodet (motsvarande dem vid överdoser). Risken för livshotande tillstånd och död kan även öka vid användning av läkemedel som kan framkalla allvarliga rubbningar i hjärtats rytm, om de ges samtidigt med metadon.

I Socialstyrelsens studie [21] framkom att 8 procent av patienterna som behandlades med metadon i LARO samtidigt hade behandlats med läkemedel som ska undvikas för att de kan förstärka risken för hjärtarytmi. Merparten av dessa läkemedel var infektionsläkemedel. Av patienterna hade drygt 4 procent extra hög risk eftersom de förutom risken för hjärtarytmi fick läkemedel som ökade koncentrationen av metadon i blodet. Dessutom hade cirka 7 procent av patienterna, som fick metadon i LARO, förskrivits andra typer av läkemedel som kräver anpassning av metadondosen (höjning eller sänkning), varav hälften krävde en lägre dos för att inte få ökad risk för allvarlig biverkan. Riskläkemedel finns i flera läkemedelsgrupper och inbegriper antibiotika (t ex klaritromycin), antidepressiva som citalopram/escitalopram, antipsykotiska läkemedel som haloperidol, och preparat mot virusinfektioner.

En annan aspekt av den höga sidoanvändningen av andra narkotiska preparat, förskrivna av läkare som inte är delaktiga i LARO, är att den kan vara kontraproduktiv för en behandling som ska minska beroendet och motverka beroendets konsekvenser i de fall då andra narkotikaklassade läkemedel tas i ett eventuellt missbrukssyfte. En förutsättning för att undvika onödiga risker, är att patienter som får läkemedelsassisterad behandling med metadon eller buprenorfin informerar om sin behandling till vårdpersonal som inte är delaktiga i LARO [21].

Det finns elektroniska system för interaktionsdatabaser (exempelvis https://www.janusinfo.se/) som stöd för läkare att avgöra vilken samtidig medicinering som kan vara riskfylld.

Kunskapsunderlaget om att bedöma medicinsk risk utgörs av nationella kliniska riktlinjer utgivna av den amerikanska nationella professionsföreningen för beroendemedicin 2015 [32], norska nationella riktlinjer från 2010 [38], samt en rapport baserad på uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister, 2015 [21]. Se vidare bilaga 4, Kunskapsunderlag.

Bedöma hälsotillstånd inför beslut om LARO

Läkaren ska, innan ordination av läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, göra en sammanvägd bedömning av patientens beroende, hälsotillstånd och sociala situation (4 kap. 8 § HSLF-FS 2016:1). Inför beslut om LARO behöver läkaren således ha en helhetsbild av patientens fysiska och psykiska hälsa.

Bedöma somatiskt hälsotillstånd

Personer med beroende har ofta somatisk samsjuklighet som också förvärras med åldern. För att bedöma patientens somatiska hälsotillstånd behöver kliniska undersökningar och medicinska test genomföras.

Visst stöd kring vad som behöver utredas ges i internationella riktlinjer: enligt norska riktlinjer från 2010 [38] och amerikanska riktlinjer från 2015 [32] bör en utredning innehålla fullständigt blodstatus, leverfunktionstest och tester för hepatit B, hepatit C och HIV. Därutöver anges i de norska riktlinjerna att en utredning av tidigare behandling inom slutenvård, andra läkemedel, tandstatus, preventivmedel (båda könen), menstruationsförhållanden och graviditeter bör göras.

Kunskapsunderlaget om att bedöma somatiskt hälsotillstånd utgörs av norska nationella riktlinjer från 2010 [38] och nationella kliniska riktlinjer utgivna av den amerikanska nationella professionsföreningen för beroendemedicin 2015 [32]. Se vidare bilaga 4, Kunskapsunderlag.

Bedöma psykiskt hälsotillstånd

Det är vanligt med psykiatrisk samsjuklighet vid opioidberoende. Visst stöd om vad som behöver utredas när det gäller psykiskt hälsotillstånd ges i internationella riktlinjer: enligt norska riktlinjer från 2010 [38] och amerikanska riktlinjer från 2015 [32] bör patienter som utreds för opioidberoende eller läkemedelsberoende genomgå en bedömning av psykiskt hälsotillstånd och om patienten är psykiskt stabil. Enligt de norska riktlinjerna ska bedömningen av psykiskt hälsotillstånd innehålla en utredning av tidigare genomgångna psykiska sjukdomar och behandlingar för dessa, inkluderat poliklinisk behandling och slutenvård. Det behöver utredas om de psykiska problemen startat före eller efter beroendet. De norska riktlinjerna anger vidare att särskild vikt bör läggas vid psykotiska episoder/tillstånd; ångest och depression; adhd; ätstörningar; personlighetssyndrom, samt kognitiv svikt. Enligt de amerikanska riktlinjerna bör alla patienter med psykiatrisk samsjuklighet tillfrågas om självmordstankar och -beteende. I de fall då självmordsrisken är akut, bör patienten direkt hänvisas till relevant vårdenhet.

I Socialstyrelsens kunskapsstöd för adhd [23] anges att utredningar av neuropsykiatriska tillstånd, exempelvis adhd, kan vara befogat eftersom tillståndet kan orsaka koncentrationsproblem, hyperaktivitet och impulsivitet som skapar allvarliga problem för individen. Vid samtidigt substansbruksyndrom och adhd kan behandling ske parallellt [24].

Kunskapsunderlaget om att bedöma psykiskt hälsotillstånd utgörs av norska nationella riktlinjer från 2010 [38], nationella kliniska riktlinjer utgivna av den amerikanska nationella professionsföreningen för beroendemedicin 2015 [32], samt kunskapsstöd om adhd [23] och läkemedelsbehandling vid adhd från Socialstyrelsen [24]. Se vidare bilaga 4, Kunskapsunderlag.

Bedöma social situation inför beslut om LARO

Den sociala situationen har betydelse för patientens förutsättningar att klara behandlingen. Sociala problem kan bidra till patientens upprätthållande av beroendet. Det kan vara problem som hemlöshet, familje- och samlevnadsproblem, ekonomiska och sysselsättningsrelaterade problem [1, 5, 17, 18]. Beroende på vilka insatser som patienten behöver finns det vissa insatser som kan vara akuta, exempelvis boendesituation eller ekonomiskt bistånd, eller socialt stöd, motiverande samtal, psykosocial eller medicinsk behandling som kan behöva inledas direkt i samband med utredningen om patientens situation kräver det (från workshop med verksamhetsföreträdare m.fl., Socialstyrelsen mars 2018).

Läkaren ska, innan ordination av läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, göra en sammanvägd bedömning av patientens beroende, hälsotillstånd och sociala situation (4 kap. 8 § HSLF-FS 2016:1). Inför beslut om LARO behöver läkaren således ha en bild av patientens sociala situation.

I de internationella riktlinjer som Socialstyrelsen inkluderat i arbetet med kunskapsstödet finns begränsat underlag för att ge stöd kring att bedöma social situation: enligt amerikanska riktlinjer från 2015 [32] bör bedömning av social situation identifiera underlättande respektive hindrande faktorer i patientens omgivning som påverkar möjligheten att klara läkemedelsassisterad behandling. Innan ett beslut fattas om att påbörja behandlingen ska patienten, enligt de amerikanska riktlinjerna, få en multiprofessionell bedömning.

Kunskapsunderlaget om att bedöma social situation utgörs av nationella kliniska riktlinjer utgivna av den amerikanska nationella professionsföreningen för beroendemedicin 2015 [32]. Se vidare bilaga 4, Kunskapsunderlag.

Bedöma hjälpbehov vid opioidberoende

För att bedöma vilka hjälpbehov en person med narkotikaproblem har, kan strukturerade bedömningsinstrument användas. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019 [1] ger rekommendationer om två olika sådana instrument *Addiction Severity Index* (ASI) respektive *Dokumentationssystem inom missbruksvården* (DOK). Enligt riktlinjerna bör ASI användas för att bedöma hjälpbehov i första hand, men DOK kan också användas i samma syfte. Se vidare Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2019 [1].

Fråga om utsatthet för våld och övergrepp vid opioidberoende

Våld är ett vanligt inslag i vardagen för både kvinnor och män med beroende [46, 47]. En förutsättning för att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna erbjuda den våldsutsatta adekvat vård, stöd och hjälp är att utsattheten för våld upptäcks. Att fråga om våld är då grundläggande [48, 49] och kan ha betydelse för den fortsatta behandlingsplaneringen. Det kan också vara betydelsefullt att undersöka förekomsten av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) då symtom på PTSD är vanligt förekommande bland personer med erfarenhet av beroende och psykisk ohälsa och kan vara en konsekvens av tidigare utsatthet för våld [50].

Till stöd för att ställa frågor om våld har Socialstyrelsens tagit fram tre olika typer av standardiserade bedömningsmetoder [51]. Bedömningsmetoderna utgörs av FREDA-kortfrågor som är ett formulär som ger professionella inom exempelvis socialtjänsten eller hälso- och sjukvården stöd för att fråga om våld. FREDA-beskrivning som ger en närmare beskrivning av karaktären och omfattningen av det våld som en person varit utsatt för, såväl psykiskt som fysiskt och sexuellt. FREDA-farlighetsbedömning avser att ge en bild av risken för fortsatt utsatthet för våld eller dödligt våld. Bedömningen görs i samtal med den våldsutsatta [51].

Kunskapsunderlaget om att fråga om våld består av Socialstyrelsens manual för FREDA: standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer från 2014 [51].

Bedöma risken för att patienten blir aggressiv eller våldsam

Våld och aggressivitet hos patienter inom beroendevården medför ett hot mot både patienter och personal. Om individer med riskfyllt beteende kan identifieras på ett tidigt stadium kan eventuella framtida våldshandlingar förhindras och förebyggas [52]. Att aktivt fråga om våldsutsatthet och våldsutövande kan vara ett sätt att tidigt identifiera målgruppen.

I de internationella riktlinjer som Socialstyrelsen inkluderat i arbetet med kunskapsstödet finns begränsat underlag för att ge stöd kring att bedöma om patienten riskerar att blir aggressiv eller våldsam: enligt riktlinjer från brittiska *National Institute för Health and Care Excellence* (NICE) från 2011 [37] bör det genomföras en regelbunden utvärdering av risken för att patienten skadar sig själv eller andra, det innefattar även risk för självmord, att inte kunna ta hand om sig själv, våld, att utsätta andra eller bli utsatt för övergrepp, att exploateras, skador- och olycksfall och kränkande beteende.

Kunskapsunderlaget om att bedöma risken för att patienten blir aggressiv eller våldsam utgörs av riktlinjer från brittiska NICE om substansberoende och samtidig allvarlig psykisk sjukdom, utgivna 2011 [37]. Se vidare bilaga 4, Kunskapsunderlag.

Utreda behov av samordning, inför beslut om LARO

Personer med opioidberoende har inte sällan komplexa och sammansatta behov. Opioidberoende är i hög utsträckning förenat med problem och sjukdomar som relaterar till såväl fysisk, psykisk som social utsatthet [5, 18, 53]. Att utreda den enskildes behov av samordnade insatser kan därför behöva göras i ett tidigt skede av vårdplaneringen.

I en sådan utredning behöver ingå att ta ställning till komplexiteten i samordningen av insatserna och den enskildes förutsättningar att vara delaktig och medskapande. Med komplexitet avses hur många av individens insatser som behöver samordnas och de organisatoriska förutsättningarna som underlättar eller försvårar samordningen. Med individens förutsättningar avses till exempel den enskildes förmåga att ta de kontakter som behövs för att få sina behov tillgodosedda, vara bärare av information och ta hand om delar av utförandet på egen hand [54]. Det handlar bland annat om att identifiera vilka aktörer som behöver vara delaktiga för att patienten ska kunna erbjudas en sammanhållen vård, och att vid behov initiera ett vårdplaneringsmöte för att upprätta en samordnad individuell plan, SIP.

I de fall individen inte klarar att samordna sina kontakter kan en fast vårdkontakt vara aktuell [55]. Det är en funktion som kan bidra till att skapa förtroende och ett gott samarbete mellan personal och patient. Enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen, ska verksamhetschefen säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten (6 kap. 1 och 2 §§ PL). Patienten ska få information om möjligheten att få en fast vårdkontakt, vilket anges i 3 kap. 2§ PL.

Kunskapsunderlaget om att utreda behov av samordning inför beslut om LARO utgörs av en analys av samordningsutmaningar från Myndigheten för

vårdanalys från 2015 [54] och en vägledning om fast vårdkontakt från Socialstyrelsen 2017 [55].

Upprätta samordnad individuell plan (SIP)

Bestämmelser om att landstinget tillsammans med kommunen ska upprätta en individuell plan när en enskild har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns i 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL. Redan i initieringen av den läkemedelsassisterade behandlingen kan det finnas behov av en samordnad individuell plan (SIP) för att öka förutsättningarna för att patienten ska klara behandlingen och för att det ska finnas ett sammantaget ansvar för patienten (från workshop med verksamhetsföreträdare m.fl., Socialstyrelsen mars 2018).

Av förarbeten till lag[10] framgår att kommunen och landstinget har långtgående skyldigheter när det gäller att upprätta en SIP. Skyldigheten inträder så snart ett behov av plan har uppmärksammats[11]. En SIP är frivillig för patienten som måste ge sitt samtyckte till att en SIP upprättas.

För att ta ställning till om en individuell plan ska upprättas måste en behovsbedömning göras. Behovet kan också identifieras genom att den enskilde önskar hjälp och stöd på ett område som en annan huvudman har huvudansvaret för. En tydlig situation när en individuell plan behövs är när insatser från andra huvudmän är nödvändiga för att den myndighet eller huvudman som gör bedömningen av planeringsbehovet ska kunna fullgöra sitt ansvar[12].

Av planen ska det framgå:

1. vilka insatser som behövs
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen (16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL).

Planen är avsedd att tydliggöra för den enskilde vilka krav som kan ställas på huvudmännen och hur ansvaret dem emellan är fördelat. Den individuella planen bör när det är lämpligt innehålla mål för insatserna. Målen bör då sättas upp dels av professionella bedömare, dels av den enskilde själv[13]. Finns det väsentliga skillnader om vilka målen är, bör detta framgå av planen. Målen bör anges både på kortare och längre sikt, vilket möjliggör att planerna kan användas utifrån olika perspektiv: dels för en planering av stödinsatser som ska ges under en längre tid och beröra stora delar av personens livssituation, dels för insatser som behöver sättas in omedelbart för att lösa en tillfälligt uppkommen situation[14].

Den som har ansvar för planen behöver inte vara densamma som kallat till planeringen. Detta bör i stället avgöras av den enskildes önskemål och behov, insatsernas karaktär och den aktuella arbetsbelastningen. Huvudregeln bör vara att den huvudman som den enskilde bedöms ha mest kontakt med får det

[10] prop. 2008/09:193 Vissa psykiatrifrågor m.m. s 21
[11] ibid
[12] ibid, s 21
[13] ibid, s 23
[14] ibid, s 23

övergripande ansvaret[15]. Huvudmannen kan tillsammans med den enskilde och eventuellt närstående, identifiera vilka andra aktörer som kan vara viktiga att bjuda in till samverkan för att upprätta en SIP. Även Kriminalvården kan vara en viktig aktör i arbetet med samordnad individuell plan, om personen har kontakt med dessa. Den enskilde kan samtycka helt eller delvis till att uppgifter lämnas ut för att möjliggöra samverkan i olika situationer enligt 12 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. För att arbeta praktiskt med SIP, se SKL:s metodstöd [56, 57].

I det sammantagna ansvaret för patienten/brukaren kan det även behöva ingå att aktörerna gemensamt utvecklar riskanalyser och krisplaner utifrån personens förutsättningar och om det inte går som planerat, exempelvis om personen saknar bostad, inte klarar öppenvård, vid sidomissbruk (från workshop med verksamhetsföreträdare m.fl., Socialstyrelsen mars 2018).

Visst stöd om att det ska finnas planer för eventuella kriser ges i internationella riktlinjer: I norska riktlinjer från 2010 [38] anges att som en del i den individuella planen ska involverade aktörer tillsammans med patienten utarbeta en plan för hur man ska hantera kriser.

Kunskapsunderlaget om samordnad individuell plan utgörs av förarbeten till lag[16], SKL:s metodstöd om SIP [56, 57], dokumentation från workshop med verksamhetsföreträdare m.fl. vid Socialstyrelsen mars 2018 samt norska nationella riktlinjer för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende utgivna av Helsedirektoratet, 2010 [38]. Se vidare bilaga 4, Kunskapsunderlag.

Skyldigheter gällande barn inför beslut om LARO

Enligt 14 kap. 1 § första stycket SoL har hälso- och sjukvården en skyldighet att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten och de som är anställda där är skyldiga att anmäla, oberoende av om deras verksamhet riktar sig till barn eller inte. Det följer av 14 kap. 1 § första stycket SoL. Även verksamheter som uteslutande riktar sig till vuxna är alltså anmälningsskyldiga. Ett exempel på en sådan verksamhet är vuxenpsykiatriska kliniker. Vid misstanke eller kännedom om att ett barn far illa ska det anmälas till socialtjänsten i den kommun där barnet bor [58, 59].

Hälso- och sjukvården ska vidare särskilt beakta ett barns behov av råd, stöd och information om barnets förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har ett beroende (5 kap. 7 § HSL). Socialnämnden har ett särskilt ansvar för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och det stöd som de behöver och kan därför behöva utreda vilka behov barn har som växer upp i familjer där någon vuxen har missbruk eller beroende (5 kap. 1 § SoL).

Kunskapsstödet om skyldigheter gällande barn utgörs av Socialstyrelsens handbok Anmäla oro för barn, från 2014 [58] och Socialstyrelsens vägledning Barn som far illa eller riskerar att fara illa, från 2014 [59].

[15] ibid s 24
[16] ibid s 21 ff

Inledande behandlingsfas

Den inledande behandlingsfasen handlar i väsentlig grad om att ha kontroll över droganvändningen, medan det långsiktiga målet handlar om en förändring av livssituationen [17]. Det som karaktäriserar fasen är inställningen av läkemedel och att patienten får individuellt anpassat stöd för att avbryta annat intag av narkotiska substanser utöver de ordinerade läkemedlen. Syftet är att uppnå stabilitet och följsamhet till behandlingen.

Den här fasen i behandlingsprocessen omfattar följande frågeställningar:

- att upprätta vårdplan efter beslut om LARO,
- överenskommelse om samverkan,
- övervakat läkemedelsintag,
- drogscreening,
- läkemedel inom ramen för LARO,
- psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser inom ramen för LARO,
- stöd till anhöriga till person inskriven i LARO,
- nätverks- och parterapi,
- stöd i föräldraskap, samt
- stöd till barn som anhöriga.

Upprätta vårdplan efter beslut om LARO

För varje patient som ska påbörja läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ansvarar läkaren för att i samråd med patienten upprätta en plan för vården (4 kap. 10§ HSLF-FS 2016:1). Av planen ska det enligt bestämmelsen framgå:

1. vilka behandlingsåtgärder som ska vidtas,
2. i vilken tidsföljd behandlingsåtgärderna ska komma,
3. vilka mål och delmål som har satts upp för behandlingsåtgärderna,
4. vilka medicinska kontroller som ska göras under behandlingens gång, och
5. vilka särskilda villkor som ska gälla under behandlingen.

Vårdplanen ska dokumenteras i patientens journal (5 kap. 5§ HSFL-FS 2016:40). Läkaren ansvarar för att planen fortlöpande följs upp och minst en gång om året omprövas i samråd med patienten (4 kap. 11 § HSLF-FS 2016:1).

En vårdplanering som utgår från ett personcentrerat förhållnings- och arbetssätt möjliggör för den enskilde att förstå och påverka sin vård och behandling [60]. Vården ska, så långt det är möjligt, utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § PL). Att patienter involveras i att utforma och genomföra behandlingen kan också bidra till en säkrare vård, öka följsamheten till behandlingen och förbättra resultatet [39]. Även SoL anger att individen ska vara delaktig i beslut om insatser (1 kap. 1 § 2001:453).

Personer med opioidberoende är en heterogen grupp och vad som är bästa vård- och stödinsatser skiljer sig mellan individerna utifrån förutsättningar, behov och preferenser. Målet med behandlingen kommer vara individuellt och vägen dit kan beskrivas som multifaktoriell, i en process med flera olika

faser [17]. Från brukare har det bland annat lyfts fram att det mest problematiska med behandlingen är att det inte erbjuds tillräckliga psykosociala hjälp- och stödinsatser, utan att behandlingen fokuserar för mycket på medicinering och kontroll [18, 35, 61].

Övervakat läkemedelsintag

När en läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende påbörjas ska läkemedlen under de tre första månaderna av behandlingen iordningställas och överlämnas av hälso- och sjukvårdspersonal på den vårdenhet där behandlingen har inletts. Patienten ska inta läkemedlen under uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal på samma enhet. Om det föreligger särskilda skäl kan läkaren besluta att läkemedlen iordningställs, överlämnas och intas under uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal på någon annan vårdenhet (5 kap. 1§ HSLF-FS 2016:1). Enligt de allmänna råden till bestämmelsen kan sådana särskilda skäl vara att patienten på grund av arbete, studier eller vistelse på annan ort inte har möjlighet att besöka den vårdenhet där behandlingen inleddes.

Överenskommelser om samverkan med andra vårdenheter kan behövas för att geografiska avstånd till en mottagning inte ska bli ett hinder. Längre avstånd till beroendemottagningen/LARO-verksamheten kan utgöra hinder för patienterna att ta emot och fullfölja behandlingen. Detta skulle kunna underlättas genom samverkansöverenskommelser med andra vårdenheter (t.ex. vårdcentraler, lokala öppenpsykiatriska mottagningar eller beroendemottagningar) närmare patienten (se exempel Region Uppland eller Region Skåne, Fritt vårdval, bilaga 2).

Visst stöd kring övervakat läkemedelsintag ges i internationella riktlinjer: WHO har i sin riktlinje från 2009 [31] tagit fram råd om hur utlämningen av läkemedel kan genomföras. Det handlar exempelvis om att det ska finnas rutiner kring läkemedelsförvaring och att kontrollen av läkemedel bevittnas av en andra part dagligen, för att säkerställa att den använda mängden överensstämmer med den disponerade mängden. Enligt samma riktlinje ska det finnas rutiner vid utlämningen av läkemedlen. Innan utdelning ska personalen kontrollera att patienten inte är berusad. Patientens identitet ska fastställas och överensstämma med den dos som ska delas ut, samt att den aktuella dagen är en doseringsdag. Efter utdelning ska dosen registreras i patientens journal. Riktlinjen anger vidare att den personal som dagligen lämnar ut läkemedlet ska göra en observation av patientens dagsform. Det är viktigt att läkemedlen inte ges till personer som är sederade eller berusade eftersom det kan leda till överdosering. Personalen som delar ut läkemedlen ska vara skickliga i att bedöma graden av sedering och trygga med att vägra lämna ut doser till berusade patienter. För att undvika tvister över doser kan patienter notera att de har fått en dos på något sätt, t.ex. genom att underteckna ett doseringskort [31].

Kunskapsunderlaget om övervakat läkemedelsintag under LARO utgörs av riktlinjer om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende från WHO, 2009 [31]. Se vidare bilaga 4, Kunskapsunderlag.

Drogscreening

En mängd olika prover kan tas för att påvisa pågående eller nyligt intag av narkotika, såsom urin- blod- och salivprov. I den inledande fasen av den läkemedelsassisterade behandlingen, då patienten intar läkemedlen under uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal, genomförs drogscreening regelbundet.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019 [1] ger rekommendationer om drogtester för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika. Enligt riktlinjerna bör urinprov användas. Salivprov eller patientnära drogtest (snabbtest) med urinprov kan också användas för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika (det senare dock inte som underlag för juridiska beslut om åtgärder). Se vidare Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2019 [1].

Läkemedel inom ramen för LARO

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ska enligt 4 kap 5§ HSLF-FS 2016:1 bestå av

- behandling med läkemedel som utgör narkotika och som har godkänts för behandling av opioidberoende, och
- psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser.

De insatser som ingår i behandlingen ska ges med utgångspunkt från patientens behov och med respekt för patientens självbestämmande och integritet (4 kap 5§ HSLF-FS 2016:1).

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019 [1] ger rekommendationer om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Behandling med kombinationen buprenorfin-naloxon har en starkare rekommendation än metadon. Buprenorfin som monopreparat kan ges men har lägre prioritet, på grund av risken för felanvändning (intravenöst missbruk). Se vidare Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2019 [1].

Alla opioider verkar genom att de aktiverar så kallade opioida receptorer i centrala nervsystemet. Detta leder till eufori och smärtdämpning, men även risk för hämning av andningen vid höga doser. Olika opioider har olika potens för att orsaka dessa effekter och opioider såsom metadon och buprenorfin binder till och stimulerar opioidreceptorer men med en mindre potens än heroin. Effekten av behandling med metadon och buprenorfin är att suget för heroin reduceras och därmed minskas också risken för återfall. De blockerar också heroineuforin om ett intag av heroin ändå sker [62]. Det finns dock skillnader mellan preparaten. Metadon (en så kallad full agonist) har god effekt på andelen som använder droger och på kvarstannande i behandling, men medför också flera biverkningar, varav den allvarligaste är risken för hämning av andningen, vid höga doser. De önskade effekterna av buprenorfin är jämförbara med effekterna av metadon, men biverkningarna är färre och framför allt finns inte samma risk för hämning av andningen, genom att buprenorfin är en så kallad partiell agonist. Både metadon och buprenorfin kan missbrukas [1].

Kombinationsberedningen av buprenorfin och opioidantagonisten naloxon har tagits fram för att minska risken för intravenöst missbruk av buprenorfin [1]. Vid intravenöst missbruk kommer naloxon att tas upp tillsammans med buprenorfin och blockera dess euforigivande effekt, vilket minskar incitamentet för missbruk. Vid korrekt medicinsk användning (då kombinationsberedningen intas under tungan) är naloxontillsatsen overksam, då den bryts ned i levern [62].

Preparaten som ges i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende finns numera i olika beredningsformer.

Kunskapsunderlaget om läkemedel inom ramen för LARO utgörs av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen, 2019 [1] och Läkemedelsverkets informationssidor om läkemedel (Läkemedelsboken) [62].

Läkemedel vid opioidberoende och psykiatrisk samsjuklighet

Vid beroendetillstånd och psykiatrisk samsjuklighet behöver samsjukligheten uppmärksammas och patienter få hjälp med både beroendet och andra psykiatriska tillstånd samtidigt [1]. För att klara LARO kan patienten parallellt behöva läkemedelsbehandling för sina psykiatriska tillstånd [23].

Visst stöd kring läkemedel vid opioidberoende och psykiatrisk samsjuklighet ges i internationella riktlinjer: enligt norska riktlinjer från 2010 [38] och WHO:s riktlinjer från 2009 [31] bör behandling för beroende och samtidig psykisk sjukdom ske integrerat. Det finns stöd för att om behandling för narkotikaproblemet ges först och för den psykiska sjukdomen sen, ökar risken för att patienten avbryter behandlingen för beroendet eller får återfall. Enligt amerikanska riktlinjer från 2015 [32] bör kliniker vara medvetna om potentiella interaktioner mellan läkemedel som används för att behandla samverkande psykiatriska syndrom och opioidberoende. Enligt samma riktlinje behöver en psykiatrisk statusundersökning ske både vid insättningen och efter stabilisering med metadon, buprenorfin eller naltrexon.

Kunskapsunderlaget om läkemedel vid opioidberoende och psykiatrisk samsjuklighet utgörs av norska nationella riktlinjer för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende utgivna av Helsedirektoratet 2010 [38], riktlinjer om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende från WHO 2009 [31] och kliniska riktlinjer utgivna av den amerikanska nationella professionsföreningen för beroendemedicin 2015 [32]. Se vidare bilaga 4, Kunskapsunderlag.

Läkemedel vid opioidberoende och samtidig graviditet

Opioidberoende är en riskfaktor för både den gravida, fostret och det nyfödda barnet [33]. Under graviditeten innebär ett opioidberoende en ökad risk för komplikationer, t.ex. låg födelsevikt, andningsbesvär, och ökad risk för det fostret och det nyfödda barnet. Ett foster som exponeras för opioider, inklusive metadon och buprenorfin, i fosterlivet löper en ökad risk för att utveckla neonatalt abstinenssyndrom (NAS) [33].

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [1] anges att vid läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende behöver nyttan av behandlingen vägas mot risken för fostret. Därutöver

saknas rekommendationer om läkemedelsassisterad behandling för gravida med opioidberoende i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Visst stöd kring läkemedel vid opioidberoende och samtidig graviditet ges i internationella riktlinjer: enligt WHO:s riktlinjer från 2014 [33] och amerikanska riktlinjer från 2015 [32] bör gravida med opioidberoende få läkemedelsassisterad behandling med metadon eller buprenorfin. Den amerikanska riktlinjen anger att vid initiering av läkemedelsassisterad behandling kan det vara tillrådligt med sjukhusinläggning på grund av risken för biverkningar, särskilt under tredje trimestern. Enligt WHO:s riktlinje bör gravida patienter som får läkemedelsbehandling med metadon under graviditeten inte byta till buprenorfin. Gravida patienter som tar buprenorfin bör inte byta till metadon, utom då speciella orsaker finns.

I både riktlinjen från WHO och den amerikanska riktlinjen rekommenderas buprenorfin framför kombinationsläkemedlet buprenorfin-naloxon, eftersom det inte finns tillräcklig dokumentation kring det senare preparatets säkerhet under graviditet [32, 33].

Enligt den amerikanska riktlinjen [32] är delad daglig dosering effektivare och har färre biverkningar än enstaka doser, men är ofta praktiskt ogenomförbart eftersom läkemedlen vanligtvis ges på en mottagning.

Kunskapsunderlaget om läkemedelsbehandling vid graviditet utgörs av riktlinjer om läkemedelsbehandling vid substansberoende under graviditeten från WHO, 2014 [33] och kliniska riktlinjer utgivna av den amerikanska nationella professionsföreningen för beroendemedicin, 2015 [32]. Se vidare bilaga 4, Kunskapsunderlag.

Psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser inom ramen för LARO

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende ska enligt 4 kap 5§ HSLF-FS 2016:1 bestå av

- behandling med läkemedel som utgör narkotika och som har godkänts för behandling av opioidberoende, samt
- psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser[17].

De insatser som ingår i behandlingen ska ges med utgångspunkt från patientens behov och med respekt för patientens självbestämmande och integritet (4 kap 5§ HSLF-FS 2016:1).

Av intervjuer med brukare och patienter i LARO framgår att det finns en efterfrågan på psykologisk och psykosocial behandling samt psykosociala stöd- och hjälpinsatser [18]. Av de senare är boendeinsatser och hjälp med meningsfull sysselsättning det som mest efterfrågas.

Psykologisk eller psykosocial behandling vid opioidberoende

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019 [1] bör *Kognitiv beteendeterapi* (KBT), *återfallspre-*

[17] Sedan 2019 har begreppet psykosociala stödinsatser ersatts med sociala stödinsatser i de nationella riktlinjerna. I kunskapsstödet använder vi begreppet psykosociala stödinsatser enligt föreskriften (HSLF-FS 2016:1).

vention eller *Community reinforcement approach* (CRA) erbjudas till personer med opioidberoende i läkemedelsassisterad behandling. Förstärkningsmetod, psykodynamisk terapi eller kort intervention med *motiverande samtal* (MI) eller annan samtalsmetod kan också erbjudas till denna grupp. Se vidare Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2019 [1], samt Metodguiden [63].

Psykosociala stödinsatser vid opioidberoende

Boendestöd

Ett stabilt boende är ofta en förutsättning för att kunna delta i behandling och för att komma ifrån ett beroende. För att stödja personer att få eller att behålla ett boende finns olika modeller för boendeinsatser till personer som är hemlösa och har ett samtidigt beroende av narkotika. Modellerna kombinerar på olika sätt vård och behandling, stöd i boendet (personell stödinsats) och boendestöd (fysiskt boende).

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019 [1] bör personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika, som har behov av stöd i boendet erbjudas personellt boendestöd. Boendeinsatser bör erbjudas i form av vårdkedja eller bostad först till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och som är hemlösa. I undantagsfall kan boendeinsatser i form av boendetrappa erbjudas till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika som är hemlösa. Se vidare Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2019 [1].

Samordnande vård- och stödåtgärder

Case management är ett samlingsnamn för flera modeller som har som syfte att samordna vård- och stödåtgärder och se till att brukaren eller patienten får tillgång till adekvat vård och stöd. De olika modellerna skiljer sig åt när det gäller intensiteten i kontakten, graden av samordning och roll i de behandlande och rehabiliterande insatserna. Målgruppen kan till exempel vara personer med låg psykosocial eller kognitiv funktionsnivå och som inte själva klarar av att samordna sina behandlings- och stödinsatser.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019 [1] finns rekommendationer om case management i form av *strengths model* och case management i form av *integrerade eller samverkande team*. Enligt riktlinjerna bör individuell case management i form av strengths model erbjudas till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och behov av samordning. Case management i form av integrerade eller samverkande team bör erbjudas till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och svår psykisk sjukdom. Se vidare Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2019 [1].

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Ett arbete innebär inte bara en möjlighet till försörjning utan kan också ha ett samband med fullföljande av och framgång i behandling av beroende. Arbetets sociala sammanhang kan fungera motiverande till att påbörja såväl som att kvarstanna i LARO [5].

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende 2019 [1] finns två modeller för arbetsinriktad rehabilitering beskrivna, *Individual placement and support* (IPS) och *arbetsförberedande träningsmodeller*. Den ena inbegriper individuellt stöd på arbetsplatsen, medan den andra fokuserar mer på att öka anställbarheten hos personen.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019 [1] bör personer med missbruk och beroende av alkohol eller narkotika och svag arbetsmarknadsanknytning erbjudas arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS-modellen. Arbetslivsinriktad rehabilitering kan även erbjudas i form av arbetsförberedande träningsmodeller till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och svag arbetsmarknadsanknytning. Se vidare Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2019 [1].

Psykologisk eller psykosocial behandling vid opioidberoende och psykiatrisk samsjuklighet

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019 [1] bör *integrerad behandlingsmetod* (MI/KBT) erbjudas vid missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika och samtidig svår psykiatrisk sjukdom. Vid missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika och samtidig PTSD kan integrerad behandlingsmetod (KBT) erbjudas. Vid missbruk eller beroende av narkotika och svår psykiatrisk sjukdom kan *Contingency management* (CoM) erbjudas som tillägg till psykologisk och psykosocial behandling. Se vidare Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2019 [1].

Stöd till anhöriga till person inskriven i LARO

Att leva i en familj där någon har ett beroende kan leda till psykiska och fysiska påfrestningar och ohälsa för övriga familjemedlemmar. Närstående och anhöriga till personer med beroende kan därför behöva stöd för egen del och hjälp för att hantera relationen till den som har beroendet.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019 [1] ger rekommendationer om socialt stöd till anhöriga till personer med beroende av narkotika i form av *Nar-anon*-inspirerade stödprogram eller *coping skills training*. Enligt riktlinjerna bör stöd i form av *Community reinforcement and family training* (CRAFT) erbjudas till anhöriga som vill motivera en person med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika till behandling. Se vidare Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2019 [1].

Nätverks- och parterapi

Meningsfulla och stödjande nätverk och relationer är centrala i uppbyggnaden av ett nyktert eller drogfritt[18] liv. Konstruktivt stöd från det personliga sociala nätverket vid sidan om behandlingen har en positiv påverkan på utfallet av behandlingen. Exempelvis minskas risken för återfall och avbrytande av vård. Därför är det viktigt att involvera stödjande personer (familj, vänner,

[18] Med drogfrihet avses i det här sammanhanget frihet från bruk av narkotiska preparat utöver de läkemedel som ordineras av läkare och i samband med läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

arbetskamrater etc.) i behandlingen. Ett sätt att göra detta är att kombinera olika former av psykologisk och psykosocial behandling och läkemedelsbehandling med nätverks- och parterapi. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019 [1] bör parterapi och nätverksterapi erbjudas som tillägg till annan behandling till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika. Se vidare Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2019 [1].

Stöd i föräldraskap

Föräldraskap är en stark motiverande faktor för att söka, befinna sig i och kvarstanna i vård [5]. Att öka möjligheterna för att behandlingen ska lyckas kan vara en anledning till att stödja föräldrar i sitt föräldraskap. Ett familjeperspektiv inom beroendevården kan samtidigt minska riskfaktorerna för barn som lever tillsammans med föräldrar som har ett beroende. Föräldraskapsstöd kan hjälpa föräldrar att bli medvetna om barnets situation. Stödet behöver individualiseras eftersom det finns föräldrar som när de är stabila i sin behandling är välfungerande, medan andra föräldrar behöver omfattande och samordnade insatser för hela familjen. Målet är att hjälpa föräldrar att bli medvetna om vilka konsekvenser beroendeproblemen får för barnet, förstå vilka förändringar som krävs för att förbättra barnets situation och att de måste vara beredda att genomföra de nödvändiga förändringarna [64].

Kunskapsunderlaget utgörs av Socialstyrelsens publikation från 2012: Föräldraskap och missbruk – att ta upp frågor om föräldraskap i missbruks- och beroendevården [64].

Stöd till barn som anhöriga

Vård och stöd av god kvalitet behöver innefatta ett familje-, föräldraskaps- och barnperspektiv för att kunna ge adekvata samordnade insatser och förebygga negativa konsekvenser för barn som anhöriga. Om en förälder eller annan närstående har allvarliga svårigheter, påverkar det hela familjen, familjeklimatet, förutsättningarna för föräldraskap, vardagen och hur barnen mår. En vanlig insats är att bidra till att stärka skyddsfaktorer och barns och ungas förmåga att hantera situationen, t.ex. genom att de deltar i stödgruppsverksamhet. Om det inte parallellt görs insatser för att minska riskfaktorerna och stödja föräldrar i föräldraskapet finns det risk för att barn och unga lämnas att själva hantera en livssituation som är alltför problematisk [65-67].

Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av råd, stöd och information om barnets förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har ett beroende (5 kap. 7 § HSL). En central aspekt när det gäller att samtala med barn är hur man ska hantera barnets relation till föräldrarna. I Socialstyrelsens kunskapsstöd Att samtala med barn från 2018 [68] ges en generell och grundläggande bas till professionella i att samtala med barn.

Kunskapsunderlaget om stöd till barn utgörs av Socialstyrelsens vägledning Barn och unga i familjer med missbruk från 2009 [65], Kunskapsguiden [66], Nationellt kompetenscentrum anhöriga [67] och Socialstyrelsens kunskapsstöd Att samtala med barn från 2018 [68].

Stabiliserad behandlingsfas

Personer med opioidberoende är en heterogen grupp, och deras behov av stöd- och behandlingsinsatser kommer att variera i omfattning och över tid. För den grupp patienter som varit länge i behandlingen kan önskemål om hjälp och stöd ha förändrats. Initialt upplever patienter positiva erfarenheter av medicineringen och förbättrade livsvillkor, men efter hand upplever många patienter att läkemedlet kan ha vissa biverkningar och att kraven i behandlingen kan innebära stora påfrestningar [18]. Vård- och behandlingsplaneringen behöver alltid utgå från individens behov, preferenser och resurser. I det ingår att göra patienten delaktig. Den stabiliserade behandlingsfasen kan beskrivas som att det är en process då individen gör förflyttningar mot en mer långsiktig förändring av livssituationen [17]. Behandlingen kan behöva baseras på en strategi där hjälpinsatserna inte enbart är inriktade på att förändra individens attityder och beteenden, utan i lika hög grad på att förstärka de faktorer i hans/hennes levnadsmiljö som gynnar nykterhet och drogfrihet[19].

Den här fasen i behandlingsprocessen omfattar följande frågeställningar:

- att följa upp vårdplan
- successiv överlåtelse av läkemedelshantering
- läkemedel som häver opioidöverdos
- bedömning av risk för att patienten överlåter läkemedel till någon annan person eller hanterar det på ett otillbörligt sätt och
- att ge stöd till nya sociala sammanhang.

Flera frågeställningar som togs upp i den inledande behandlingsfasen, gäller även här i den stabiliserade fasen och stödet kring dessa frågeställningar ges i det föregående avsnittet. Det gäller drogscreening, läkemedel inom ramen för LARO, psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser vid opioidberoende, stöd till anhöriga, par- och nätverksterapi samt stöd till barn som anhöriga till person inskriven i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

Följa upp planer

Läkaren ska ansvara för att den plan som ska upprättas för varje patient inom LARO fortlöpande följs upp och minst en gång om året omprövas i samråd med patienten (4 kap. 10-11 §§ HSLF-FS 2016:1). När förutsättningarna för behandlingen förändras kan det finnas behov av att följa upp planen för vården. Behov av uppföljning av vårdplanen kan uppstå när läkaren bedömt att patienten ska kunna påbörja en successiv hantering av sina läkemedel själv (5 kap. 2 § HSLF-FS 2016:1). Detta kan ske tidigast efter tre månaders behandling, men när det sker är mycket individuellt, för en del patienter kan det ta upp till ett år eller längre [8]. Sker inget som föranleder att vårdplanen behöver följas upp tidigare, ska planen minst en gång om året omprövas i samråd med patienten (4 kap. 11 § HSLF-FS 2016:1).

[19] Med drogfrihet avses i det här sammanhanget frihet från bruk av narkotiska preparat utöver de läkemedel som ordineras av läkare och i samband med läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

I de internationella riktlinjer som Socialstyrelsen inkluderat i kunskapsstödet finns visst stöd kring uppföljning av vårdplaner: enligt riktlinjer från WHO från 2009 [31] behöver en återkommande revidering genomföras av den individuella behandlingsplanen. Norska riktlinjer från 2010 [38] anger att uppföljning i stabiliseringsfasen är nödvändig för att skräddarsy rehabiliteringen till den nya situationen. Efter att patienten stabiliserats på läkemedlet har villkoren för den följande rehabiliteringsinriktningen förändrats. Enligt samma riktlinje anges att vårdplanen är en dynamisk plan som bör utvecklas gradvis och i takt med patientens progression i rehabiliteringsprocessen.

I de fall det finns en samordnad individuell plan (SIP) och en planering kommit till stånd behöver det vara tydligt bestämt, inte minst för den enskilde och hans eller hennes närstående, vem av huvudmännen som ska kalla till nästa möte, om ett sådant behövs, och vem som har huvudansvaret för att följa upp de insatser som har planerats[20].

Kunskapsunderlaget om att följa upp vårdplan utgörs av riktlinjer om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende från WHO, 2009 [31] och norska nationella riktlinjer om läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende, utgivna av Helsedirektoratet, 2010 [38]. Se även bilaga 4, Kunskapsunderlag.

Kunskapsunderlaget om att följa upp samordnad individuell plan (SIP) utgörs av förarbeten till lag[21].

Följa upp hjälpbehov

ASI Grundintervjun kan användas som underlag för utredning och bedömning av hjälpbehov i missbruks- och beroendevård och kriminalvård. Med ASI Uppföljning finns möjlighet att utifrån samma frågor följa upp klienternas situation på individnivå [69].

ASI Uppföljning är en kortare intervju som används för uppföljning av klienternas situation, under och/eller efter genomförd åtgärd. Den innehåller frågor inom samtliga livsområden. Frågorna har kortare tidsperspektiv: de senaste 30 dagarna, sedan föregående intervju, de senaste 6 månaderna. ASI Grundfrågorna om klientens situation tidigare i livet finns inte med. ASI Uppföljning ger en uppfattning om klientens situation förbättrats i avsedd riktning. Förändring mäts med de mått som finns inom de olika livsområdena, både i ASI Grund och i ASI Uppföljning. Det visar inom vilka områden klientens situation förbättrats, försämrats eller inte förändrats alls och ger indikationer på om insatsen ger det förväntade resultatet, om insatsen kan avslutas, bör bytas ut eller förändras. Det finns ett väl utvecklat IT-stöd för registrering, sammanställning och uppföljning av ASI information, t.ex. kan handläggaren/behandlaren ta ut sammanställda profiler som visar klientens problem- och hjälpbehov inom de sju livsområdena. I uppföljningen jämförs klientens situation, före och efter, vilket visar inom vilka områden klientens situation förbättrats, försämrats eller inte förändrats.

Kunskapsunderlaget om uppföljning utgörs av Socialstyrelsens manual för ASI från 2017 [69].

[20] prop. 2008/09:193 Vissa psykiatrifrågor m.m. s 24
[21] prop. 2008/09:193

Överlåta till patienten att själv hantera sina läkemedel

Om resultatet av den läkemedelsassisterade behandlingen vid opioidberoende har varit stabilt under behandlingens tre första månader, får läkaren därefter successivt överlåta till patienten att själv hantera sina läkemedel (5 kap. 2 § första stycket HSLF-FS 2016:1).

Bestämmelser om att en legitimerad yrkesutövare ska göra en bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, planera egenvården samt följa upp och ompröva bedömningen finns i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

Enligt Socialstyrelsens uppföljning av föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende från 2017 [8] svarar 60 procent av respondenterna att tre månader är en tillräckligt lång tid för att utvärdera om behandlingen är stabil, men att en del patienter kan behöva längre tid. Patienters livssituation och förutsättningar för att klara egenvård ser olika ut och därför måste individuella bedömningar göras från fall till fall. Det är den behandlande läkaren i LARO som ska göra en bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd – i detta fall överlåta till patienten att själv hantera sina läkemedel – kan utföras som egenvård. Bedömningen ska göras i samråd med patienten och utgå från patientens fysiska och psykiska hälsa samt dennes livssituation, samt en analys av om utförandet av egenvården kan innebära att patienten utsätts för risk att skadas. I förekommande fall ska en utredning göras för att avgöra om patienten själv eller med hjälp av någon annan på ett säkert sätt kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd som egenvård (4 kap. 1-5 §§ SOSFS 2009:6).

I de internationella riktlinjer som Socialstyrelsen inkluderat i arbetet med kunskapsstödet finns visst stöd kring successiv överlåtelse till att patienten själv får hantera sina läkemedel: enligt norska riktlinjer från 2010 [38] bör en plan för utglesning av hämtningstillfällen tas fram när patienten uppvisar stabil följsamhet till läkemedelsbehandlingen och anses lämplig att själv få hantera läkemedlet. Återfall innebär en ökad risk för patienten, en ökad risk för att andra av misstag kan få tillgång till läkemedlen och vidareförmedling (*diversion* på engelska)[22] av läkemedlen, varför planen för hämtningstillfällen bör utvärderas och dagliga övervakade intag av läkemedel återinföras tills stabilitet har uppnåtts. I kanadensiska riktlinjer från 2017 [36] anges att under den stabiliserade fasen bör både planerade och slumpmässiga urinprov användas vid behov. För patienter som misslyckas med att infinna sig vid slumpmässiga eller planerade urinprov bör en utvärdering genomföras eftersom det kan indikera risk för återfall, missbruk eller vidareförmedling.

Kunskapsunderlaget gällande successiv överlåtelse av läkemedelshantering utgörs av norska nationella riktlinjer om läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende, utgivna av Helsedirektoratet, 2010 [38] samt kanadensiska nationella riktlinjer för klinisk behandling av opioidberoende, 2017 [36]. Se även bilaga 4, Kunskapsunderlag.

[22] Andra begrepp som används är ”överlåtelse av läkemedel” eller ”läckage”

Läkemedel som häver opioidöverdos

Läkemedlet naloxon häver överdoser av opioider som heroin eller metadon. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2019 [1] bör naloxon och utbildningsinsats erbjudas vid opioidberoende och risk för överdos. Både sjuksköterskor inom kriminalvården, sprututbytesmottagningar och vid mottagningar för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende och patienter med opioidberoende behöver utbildas. Se vidare Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2019, samt informationsmaterial om naloxon, framtaget av Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten 2019 [70].

Bedöma risken för att patienten överlåter läkemedel till någon annan person eller hanterar det på ett otillbörligt sätt

Innan läkaren beslutar att överlåta till patienten att själv hantera sina läkemedel ska han eller hon bedöma om det finns risk för att patienten överlåter läkemedlet till någon annan person eller hanterar det på ett otillbörligt sätt (5 kap. 2 § andra stycket HSLF-FS 2016:1).

Om LARO-läkemedel används felaktigt, på ett sätt som strider mot förskrivningen eller brukas av personer som inte är i LARO kan de medföra allvarliga risker. Både metadon och buprenorfin har hög missbrukspotential och är eftertraktade på illegala marknaden. Dödsfall till följd av icke-förskrivet bruk av substanserna har ofta kopplats till att patienter vidareförmedlar läkemedel till personer utanför behandlingen [71]. Med vidareförmedling avses i allmänhet patienter som delar med sig, säljer och/eller byter bort sina läkemedel. Vidareförmedling är i de flesta fall något som sker sporadiskt och i liten skala. En mer allvarlig form är när patienter systematiskt säljer en stor del av sina läkemedel. Att identifiera sådana patienter är svårt, men en ökad användning av riktade kontrollåtgärder vid misstankar och försäljning är en möjlighet. Riktade kontrollåtgärder kan inbegripa inringning för redovisning av ta-hem-doser, periodvis strikt övervakad dosering, mer frekventa urinprover samt plasmakoncentrationsprov. Flexibla hämtningsrutiner, där övervakningen succesivt glesas ut och patienter som uppvisar stabilt negativa urinprover får ta hem doser har flera fördelar. Studier visar till exempel att patienter som får ta hem doser vid dokumenterad skötsamhet uppvisar fler negativa urinprover och högre kvarstannande i behandling jämfört med patienter med övervakad dosering [71].

Riskfaktorer för vidareförmedling

Riskfaktorer för vidareförmedling kan främst relateras till sociala faktorer [72-74]. En ökad risk har påvisats för patienter med ett aktuellt bruk av illegala eller otillåtna substanser och för patienter som är högkonsumenter av alkohol [73-76]. Även patienter som främst umgås med aktiva droganvändare har en förhöjd risk. Det har även påvisats att patienter med buprenorfin vidareförmedlar i högre grad än patienter med metadon eller buprenorfin-naloxon [72-75, 77]. De huvudsakliga motiven till vidareförmedling anges vara ekonomiska och altruistiska, d.v.s. att patienter i behandlingen delar med sig av sin dos till partners, vänner eller bekanta.

Riskfaktorer för vidareförmedling som kan vara relevanta att belysa och ingå i en bedömning av om patienten själv kan hantera sina läkemedel är:

- aktuell illegal eller otillåten droganvändning
- aktuell injicering av det förskrivna läkemedlet
- hög alkoholkonsumtion
- att huvudsakligen umgås med aktiva droganvändare
- att ha buprenorfin förskrivet [71].

Kunskapsunderlaget om att bedöma risken för att patienten överlåter läkemedel till någon annan person eller hanterar det på ett otillbörligt sätt utgörs av en opublicerad kunskapsöversikt [71] som genomförts på uppdrag av Socialstyrelsen 2019.

Ge stöd till nya sociala sammanhang

För en framgångsrik rehabilitering har det sociala nätverket stor betydelse, vilket ofta handlar om att utveckla och skapa nya sociala relationer [78]. En framgångsrik förändringsprocess, s.k. exitprocess, kräver ofta att man bryter med gamla vänner och bekanta i drogkulturen, och skapar sig ett nytt och drogfritt umgänge [79].

I de internationella riktlinjer som Socialstyrelsen inkluderat i arbetet med kunskapsstödet finns visst stöd för att det sociala nätverket har betydelse för att skapa ett nytt sammanhang. Enligt norska riktlinjer från 2010 [38] bör patienten erbjudas en grundlig kartläggning av sitt nätverk efter stabiliseringen och ges stöd för att få tillgång till alternativa drogfria[23] nätverk. Erfarenheten föreslår att när det saknas ett nytt nätverk utgör det en riskfaktor för återfall. De norska riktlinjerna anger att upplevelsen av att vara ensam är central för många patienter i läkemedelsassisterade behandlingen och att det är viktigt att uppleva social tillhörighet utanför missbruksmiljön. Coach- eller supportgrupper kan hjälpa patienten att få nya kontakter som ger fritiden ett mer meningsfullt innehåll, samt hjälp med kontakt med frivilliga organisationer. Även familjen som nätverk har betydelse.

Kunskapsunderlaget om att ge stöd till nya sociala sammanhang utgörs av norska nationella riktlinjer för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende utgivna av Helsedirektoratet, 2010 [38]. Se vidare bilaga 4, Kunskapsunderlag.

[23] Med drogfrihet avses i det här sammanhanget frihet från bruk av narkotiska preparat utöver de läkemedel som ordineras av läkare och i samband med läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Avsluta läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

För en del patienter kan ett övergripande mål vara att avsluta läkemedelsassisterad behandling. Önskan att avsluta LARO kan ha olika orsaker, till exempel kan det handla om att få ett gott åldrande, förbättrade sociala nätverk och en identitet som drogfri [80] eller att patienten efter lång och stabil behandling upplever en ofrihet [78]. Vården behöver vara uppmärksam på att det inte finns en behandlingsmodell som passar alla [79, 81].

Den här fasen i behandlingsprocessen omfattar en frågeställning:

- att avsluta läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

Att avsluta LARO

Att avsluta läkemedelsassisterad behandling är en kritisk fas eftersom det finns risk för återfall, överdos och dödsfall [38]. Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och hälso- och sjukvård får i regel inte ges utan patientens samtycke (4 kap. 1-2 §§ PL). Om en patient på egen begäran önskar att avsluta LARO finns flera aspekter som kan behöva beaktas.

De norska nationella riktlinjerna för läkemedelsassisterad behandling ger ett visst stöd. I de norska riktlinjerna från 2010 [38] anges att avslutning av läkemedelsassisterad behandling bör noga övervägas, det behöver finnas goda skäl att tro att patienten kommer att klara sig utan de läkemedel som ges i behandlingen. Patienten ska informeras om risker med att avsluta läkemedelsbehandling, hur nedtrappning genomförs på bästa sätt, om patientens möjligheter att återinskrivas och att tidigt få information om möjliga behandlingsalternativ. Enligt samma riktlinjer bör patienter som väljer att avsluta läkemedelsbehandlingen följas upp med tät rådgivning och stöd under och efter nedtrappning för att reducera risk för återfall.

Enligt WHO:s riktlinjer från 2009 [31] är faktorer som förutsätter en lyckad avslutning av läkemedelsassisterad behandling inte utförligt beskrivet i forskning, men innefattar sannolikt sysselsättning eller annan meningsfull aktivitet, att patienten avhållit sig från opioider och annat drogbruk under den läkemedelsassisterade behandlingen, samt gjort förändringar i den psykosociala miljön efter påbörjad läkemedelsassisterad behandling [31].

Kunskapsunderlaget om hur LARO-behandling kan avslutas utgörs av norska nationella riktlinjer för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, utgivna av Helsedirektoratet, 2010 [38] och riktlinjer om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende från WHO, 2009 [31]. Se vidare bilaga 4, Kunskapsunderlag

Systematisk uppföljning och utvärdering

Hälso- och sjukvård och socialtjänst är komplexa verksamheter, därför behövs ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete regleras att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (3 kap. 1 § SOSFS 2011:9). Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst har ansvaret för att det finns ett ledningssystem och ansvaret kan inte överlåtas. Däremot är det möjligt att internt uppdra åt någon eller några i verksamhetens organisation att utföra olika uppgifter som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. I det systematiska förbättringsarbetet ingår bland annat att göra riskanalyser för att kunna förhindra vårdskador eller missförhållanden samt utöva egenkontroller. Det innebär att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat [82]. Till skillnad mot riskanalyser, som innebär att arbeta förebyggande, innebär egenkontrollen en granskning av den verksamhet som bedrivs eller har bedrivits.

Uppföljning kan ha olika fokus. Den kan inriktas på hur verksamheterna lever upp till avtal, överenskommelser och de regelverk som styr verksamheten. Uppföljningen kan t.ex. avse patientsäkerhet, effektivitet, jämlikhet, säkerhet, individanpassning och tillgänglighet.

En viktig förutsättning för att kunna följa upp verksamheten är tillgången till relevanta data om verksamheterna och patienterna. En verksamhet, t.ex. en LARO-mottagning eller en beroendeklinik, kan göra en självständig uppföljning av verksamheten med utgångspunkt i de uppgifter som finns om patientgruppen och den egna verksamheten. En uppföljning av LARO i ett landsting kräver data från flera verksamheter, varav vissa uppgifter kan finnas samlade medan andra kan behöva samlas in.

Brukarmedverkan på verksamhetsnivå

Delaktighet och brukarmedverkan beskrivs ofta på individnivå, men kan även beskrivas på verksamhets- och systemnivå, för att främja en god kvalitet. En del patienter har långvarig kontakt med vården och därmed omfattande erfarenheter och kunskaper om densamma. Sådan information bör vården ta vara på för att till exempel förbättra bemötandet av patienter och klienter samt för att anpassa vårdens organisation och de åtgärder som erbjuds [43]. Verksamhetsuppföljning av patientdata eller utbyte med brukarföreningar ger till exempel förutsättningar för brukarmedverkan på verksamhetsnivå.

Brukarrevision

Brukarrevision är ett arbetssätt eller en metod för att på verksamhetsnivå kunna följa upp brukares erfarenheter och upplevelser av verksamheten med syfte att utveckla kvaliteten.

Brukarstyrda brukarrevisioner [83], har tagits fram som ett konkret verktyg, inklusive certifiering av verksamheterna, för inflytande på brukarnas villkor. Det är framtaget av Brukarkraft som är ett nationellt resurscentrum för brukarinflytande inom vård, omsorg och service [84]. Brukarkraft kan tillhandahålla information, rådgivning, avtalsmallar, utbildningar och handledning för verksamheter och brukargrupper (Brukarkrafts webbplats, 2019-03-27). Metoden med brukarstyrda brukarrevisioner kan genomföras på uppdrag av en kommun, en verksamhet eller en förvaltning inom alla välfärdstjänster, även om det tagits fram för missbruksvården. Metoden innebär enkätundersökningar som utförs av brukare med erfarenhet av liknande insatser som den man ska granska. Processen kan planeras, genomföras och återrapporteras av brukare. I metoden ingår också att brukare tillsammans med verksamheten som beställt brukarrevisionen hittar förbättringsområden som är till nytta för både brukarna och verksamheten. Till metoden finns metodhandbok och möjlighet till studiecirklar för utbildning av brukargrupper på Brukarkrafts webbplats [84].

Nationella kvalitetsregister

SBR för uppföljning

Svenskt beroenderegister (SBR) [85] är ett nationellt kvalitetsregister som tar emot data via manuell inmatning i webbformulär eller via direktöverföring från journalsystem. Målsättningen med registret är att stödja utvecklingen av en bättre vård och hälsa för patienter med skadligt bruk och beroende genom att synliggöra hur vården och dess resultat ser ut i Sverige.

SBR samlar in information om ett flertal kvalitetsindikatorer som kan användas för att följa upp kvaliteten på vården. I registret går det även att se vilka insatser som registrerats i de olika formulären över tid samt om behandlingen avbrutits i förtid. Data återrapporteras per kvartal till LARO-enheter, men kan även lämnas ut på begäran.

Datakvaliteten är ännu för låg för att kunna rapportera om vilka insatser som erbjuds, eftersom det ställer krav på en hög täckningsgrad samt flera uppföljningsregistreringar. SBR hade en täckningsgrad på 27 procent vid senaste mätningen (2017). Ett sätt att öka registreringsgraden är direktöverföring från journalsystem, vilket har införts och planeras att införas i några regioner, däribland Stockholm, Skåne och Västra Götaland.

Kvalitetsregister (SBR) som verktyg för uppföljning på patientnivå

Svenskt beroenderegister, SBR [85] kan användas för att följa behandlingsresultat för enskilda patienter i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. SBR tillhandahåller fyra formulär som kan användas inom öppenvård vid nybesök, 3-månader, 12-månader (årsuppföljning), och avslut. SBR har ett femte formulär som är avsett för slutenvård. För att kunna mäta förändring över tid krävs minst två skattningar (två registreringstillfällen med

ifyllda mätvärden). Deltagandet i SBR är frivilligt och patienten måste lämna sitt samtycke.

För att mäta vilka förbättringar eller förändringar som skett för patienterna i relation till beroendet används olika skattningsinstrument[24]. Resultaten av dessa kan registreras i SBR. För sociala förhållanden anges bostad och sysselsättning. För att kunna mäta förändring krävs mer än två skattningar.

För uppföljning samlar SBR in information vid nybesök, efter tre månader och vid årsuppföljning om bl.a. läkemedelsbehandling (ex. metadon, buprenorfin, buprenorfin-naloxon), psykosociala interventioner (ex. KBT, återfallsprevention, MI), vårdplanering, och SIP för de enskilda patienterna. Information inhämtas även från vårdtillfällen inom slutenvård. Det finns felkällor gällande vilken behandling som patienten fått. Exempelvis, utifrån Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) kodas inte alla SIP eller besök hos psykolog korrekt idag.

Registret efterfrågar psykiatriska diagnoser, liksom eventuell läkemedelsbehandling för adhd. Det finns information om huruvida patienterna fått KBT och andra psykosociala insatser men ej diagnosspecifik (exempelvis ingen information om KBT gällde t.ex. social fobi). Registret dokumenterar inte insatser som beviljats inom socialtjänsten eller inom andra delar av psykiatrin.

ASI för uppföljning

Om ASI Grund och ASI Uppföljning [69] används med viss grad av systematik och kontinuitet samlas information in av värde för verksamhetsuppföljning. Verksamhetschefer och ledning kan enkelt ta fram relevant information om verksamhetens patienter/brukare och insatser, som ett underlag för planering och utveckling av vård- och behandlingsinsatser. Till exempel kan data sammanställas av inom vilka områden patienternas/brukarnas problem har förbättrats eller försämrats, vad som kännetecknar de klientgrupper som varit mer framgångsrika, om vilka kombinationer av åtgärder som ger bättre eller sämre resultat [69]. Det finns ett IT-stöd framtaget till stöd för systematisk uppföljning.

Läkemedelsregistret och patientregistret för uppföljning

Upphandlingen av LARO-preparat som rekvisitionsmedel ökar [8], och en allt större andel läkemedel ordineras utan att det sker någon uthämtning från apotek, vilket är en förutsättning för registrering i läkemedelsregistret. Det är dock oklart hur stor andel av patientgruppen som inte registreras. Samtidigt har behovet av att löpande kunna följa LARO-behandlingens innehåll och tillgänglighet ökat under senare år, bland annat på grund av tillkomst av nya patientkategorier och ökad medvetenhet om den dominerande roll opioider har vad gäller narkotikarelaterad död.

[24] Avseende alkohol- och droganvändning används Substansbruk 30 dagar, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) och Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT). Självskattad hälsa och livskvalitet skattas med Euro-Qol (EQ5D) inom fem olika dimensioner. Clinical Global Impression - Severity (CGI-S) används av behandlare för att skatta det övergripande kliniska intrycket av sjukdomens svårighetsgrad. Global funktionsskattningsskala (GAF) har två delskalor; GAF funktion där behandlaren skattar patientens aktuella sociala och yrkesmässiga funktionsförmåga, samt GAF symtom där patientens psykiska symtom skattas av behandlaren.

Det är därför angeläget att hitta ett sätt som förbättrar möjligheterna till uppföljning. Från och med 2017 tillåter regelverket[25] att personuppgifter som rör patienter som behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården behandlas i patientregistret, PAR.

Det innebär att det finns vissa möjligheter att i framtiden använda PAR för uppföljning av patienter i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende även om de inte hämtar ut sina läkemedel på apotek. I dagsläget finns dock ett relativt stort bortfall på variabeln rörande koder enligt *Anatomical Therapeutic Chemical Classification* (ATC)[26], där endast runt hälften av landstingen rapporterar in information.

[25] 4 § första stycket 3 förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.
[26] Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC) är ett internationellt system för klassificering av läkemedel.

Projektorganisation

Projektgrupp

Regina Ylvén	utredare, projektledare, Socialstyrelsen
Malin Bruce	utredare, projektmedarbetare, Socialstyrelsen
Gunnel Hedman Wallin	utredare, projektmedarbetare, Socialstyrelsen
Elin Linnarsson	utredare, projektmedarbetare, Socialstyrelsen

Intern referensgrupp

Stefan Brené	utredare, Socialstyrelsen
Ylva Ginsberg	medicinsk sakkunnig, Socialstyrelsen
Daniel Svensson	utredare, Socialstyrelsen
Elizabeth Åhsberg	forskare, Socialstyrelsen
Bengt Danielsson	utredare, Socialstyrelsen
Annica Bergendal	utredare, Socialstyrelsen

Externa sakkunniga

Tobias Eriksson	chefsöverläkare, Akademiska sjukhuset
Joar Guterstam	psykiatriker, Beroendecentrum Stockholm
Mikael Sandell	överläkare, PRIMA barn- och vuxenpsykiatri
Patrik Myrén	överläkare, Beroendecentrum Västmanland
Björn Johnson	professor i socialt arbete, Malmö universitet
Marcus Heilig	professor i psykiatri, Linköpings universitet

Andra medverkande

Natalia Berg	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Anders Fejer	enhetschef, Socialstyrelsen
Beatrice Hopstadius	enhetschef, Socialstyrelsen
Thomas Lindén	avdelningschef, Socialstyrelsen
Mathias Wallin	jurist, Socialstyrelsen
Sara Johansson	t.f. enhetschef 2018, Socialstyrelsen

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
2. Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende: slutsatser och förslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
3. Socialstyrelsen. Förstudie om kunskapsstöd gällande läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende/opioidberoende. 2015.
4. The AGREE Consortium. Appraisal of guidelines for research & evaluation. 2009/2017. Hämtad 2019-03-28 från: https://intranat.sos.se/huvudbibliotek/manualerochecklistor/Kvalitetsgranskning-av-riktlinje-bilaga-4.pdf
5. Nilsson Blom, M. Opioidberoende: en studie om beroendevården och det sociala sammanhangets betydelse. Umeå: Umeå universitet; 2018.
6. Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk. Europeisk narkotikarapport - Trender och utveckling. 2018. Hämtad 2019-03-07 från: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001SVN_PDF.pdf
7. UNODOC United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2017. 2017. Hämtad från: http://www.unodc.org/wdr2017/
8. Socialstyrelsen. Uppföljning av föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). 2017. Hämtad 2019-03-19 från: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-44
9. Kartläggning av verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende: omfattning, innehåll och tillgång till behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
10. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. Australia. 2014. Hämtad 2017-10-26 från: http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/AD14DA97D8EE00E8CA257CD1001E0E5D/$File/National_Guidelines_2014.pdf
11. Läkemedelsverket. Uppdrag om ökat tillgängliggörande av vissa läkemedel i syfte att motverka narkotika-relaterad dödlighet. 2018. Hämtad från: https://lakemedelsverket.se/upload/nyheter/2018/Rapport-RU-naloxon-1.1.2-2017-029584.pdf
12. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10): World Health Organisation 1992.
13. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Association; 2013.
14. Att komma överens - En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevård. Rapport 2017:1. Myndigheten för vårdanalys; 2017.
15. Individens behov i centrum : behovsinriktat och systematiskt arbetssätt med dokumentation av individens behov utifrån ICF. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.

16. Methadone Maintenance Treatment Program Standards and Clinical Guidelines. The College of physicians & surgeons of Ontario. 2011. Hämtad 2017-10-23 från: https://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/members/MMT-Guidelines.pdf
17. Missar vi målen med missbruk- och beroendevården: om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
18. Richert, T, Johnson, B. Brukares erfarenheter av och syn på sin behandling: en intervjustudie med 411 LARO-patienter i fem städer: Socialstyrelsen Dnr 7631/2015; 2014.
19. Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård Myndigheten för vårdanalys; 2018.
20. Dematteis, M, Auriacombe, M, D'Agnone, O, Somaini, L, Szerman, N, Littlewood, R, et al. Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus. Expert opinion on pharmacotherapy. 2017; 18(18):1987-99.
21. Förskrivning av buprenorfin och metadon vid beroendetillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
22. van Emmerik, A. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study. Addiction (Abingdon, England). 2014; 109:262-72.
23. Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd – ett kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
24. Läkemedelsbehandling av adhd hos barn och vuxna – Stöd för beslut om behandling Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
25. Drug misuse and dependence. UK guidelines on clinical management. 2017. Hämtad 2019-05-02 från: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf
26. EMCDDA. Treatment and care for older drug users. Selected issues 2010. Hämtad 2019-05-02 från: http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/older-drug-users_en
27. New Zeeland Pratice Guidelines for Opioid Substitution Treatment. 2014. Hämtad 2019-05-02 från: https://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-practice-guidelines-opioid-substitution-treatment-2014
28. Dahlman, D, Palm, Å, Sunesdotter, C, Troberg, K, Wallin, C. Egen primärvård för patienter med substitutionsbehandling : Vårdcentral och LARO-mottagningar i Malmö driver pilotprojekt. 2016; 113:1815-7.
29. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. 2014. Hämtad 2019-05-16 från: http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/AD14DA97D8EE00E8CA257CD1001E0E5D/$File/National_Guidelines_2014.pdf
30. Svensson, B, Karlsson, P. Missbruk av heroin och andra opioider. Lund: Studentlitteratur; 2018.
31. WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. 2009. Hämtad

2017-10-23 från:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/9789241547543/en/
32. ASAM. The National Practice Guideline for the use om medications in the treatment of addiction involving opioid use. American Society of Addiction Medicine. 2015. Hämtad 2017-10-26 från: https://www.asam.org/docs/default-source/practice-support/guidelines-and-consensus-docs/asam-national-practice-guideline-supplement.pdf
33. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014. Hämtad 2017-10-23 från: http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/
34. Rutin vid läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, Dnr 1.4.2-818-2016. Statens Institutionsstyrelse; 2016.
35. Ekendahl, M, Karlsson, P. Omtanke eller misstanke? – en studie av hur ombud för Svenska Brukarföreningen beskriver substitutionsbehandling-en, 2015 (delrapport till Socialstyrelsens RU). 2015. Hämtad 2019-03-22 från: https://www.brukarforeningarna.se/filer/
36. British Columbia Centre on substance use. A guideline for the clinical management of opioid use disorder. Canada. 2017. Hämtad 2017-10-19 från: http://www.bccsu.ca/care-guidence-publications/
37. NICE. Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings (CG120). 2011. Hämtad 2019-03-26 från: https://www.nice.org.uk/guidance/cg120/resources/coexisting-severe-mental-illness-psychosis-and-substance-misuse-assessment-and-management-in-healthcare-settings-pdf-35109443184325
38. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. 2010. Hämtad 2018-05-28 från: https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet
39. Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård Socialstyrelsen; 2012.
40. NSPH. Från delaktighet till delat beslutsfattande. 2014. Hämtad 2019-03-29 från: https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/assets/uploads/2015/12/Fran-delaktighet-till-delat-beslutsfattande.pdf
41. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet: slutrapport mars 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
42. Nationella indikatorer för god vård : hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer: indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
43. Att ge ordet och lämna plats: vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
44. Utredning och medicinsk behandling av substansrelaterade syndrom inom vuxenpsykiatrin. Landstinget Sörmland; 2016.
45. Inera. Nationell patientöversikt. Hämtad 2019-03-08 från: https://www.inera.se/tjanster/nationell-patientoversikt-npo/
46. Armelius, B-Å, Armelius, K. Våldsutsatthet och misshandel hos missbrukande kvinnor – resultat från ASI-intervjuer med 4 290 kvinnor:

En rapport till Socialstyrelsens utredning om våldsutsatta kvinnor med missbruk: Institutet för Klinisk Psykologi i Umeå AB; 2010.
47. Scheffer Lindgren, M, Dahlberg, V, Amrén, B, Björnelf, C, Grafström, L, Johansson, F, et al. Våldsutsatta kvinnor med missbruksproblematik: en studie av kvinnornas vardag och möten med samhällets insatser. Stockholm: Karolinska Institutet & Forum, forskningscentrum för psykosocial hälsa (delrapport); 2011.
48. Att vilja se, vilja veta och att våga fråga : vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
49. Våld: handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
50. Bonomi, A, Anderson, M, Reid, R, Rivara, F, Carell, D, Tompson, R. Medical and Psychosocial Diagnoses in Women with a History of Intimate Partner Violence. Arch Intern Med. 2009; 169(18):1692–7.
51. Manual för FREDA : standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
52. Norén, J, Eriksson, M. Förändringsarbete med våldsutövande män : strategier för kvalitetsutveckling; 2017.
53. Johnson, B, Richert, T, Svensson, B. Alkohol- och narkotikaproblem. Lund: Studentlitteratur; 2017.
54. Samordnad vård och omsorg : en analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2015.
55. Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
56. SKL. Använd SIP: ett verktyg vid samverkan : vuxna (version 2.0). Stockholm: Uppdrag Psykisk Hälsa; 2017.
57. Använd SIP– ett verktyg vid samverkan för alla över 18 år, vuxna och äldre, version 3.0. 2018. Hämtad 2019-04-01 från: https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-765-7.pdf?issuusl=ignore
58. Anmäla oro för barn : stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
59. Barn som far illa eller riskerar att fara illa. En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
60. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig : handbok för vårdgivare, chefer och personal : aktuell från 1 januari 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
61. Rädda, missnöjda, tysta. Rapport om hur patienter upplever att underhållsbehandling av opiatberoende fungerar i SLL. Stockholm: RFHL; 2013.
62. Läkemedelsverket. Läkemedelsboken. Hämtad 2019-03-22 från: https://lakemedelsboken.se/kapitel/beroendetillstand/narkotika.html#t3_22
63. Metodguiden för socialt arbete. Hämtad 2019-05-17 från: https://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide/
64. Socialstyrelsen. Föräldraskap och missbruk : att ta upp frågor om föräldrarskap i missbruks- och beroendevården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

65. Barn och unga i familjer med missbruk: vägledning för socialtjänsten och andra aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
66. Kunskapsguiden. Hämtad 2019-04-04 från: http://www.kunskapsguiden.se/barn-och-unga/Sidor/default.aspx
67. Nationellt kompetenscentrum anhöriga. Hämtad 2019-04-94 från: http://www.anhoriga.se/
68. Att samtala med barn - Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården Socialstyrelsen; 2018.
69. ASI_manualen: anvisningar till ASI Grund och ASI Uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
70. Socialstyrelsen. Informationsmaterial om naloxon. 2019. Hämtad 2019-03-19 från: http://www.socialstyrelsen.se/missbrukochberoende/naloxon
71. Johnson, B. Icke-förskrivet bruk av metadon och buprenorfin samt vidareförmedling av dessa substanser från patienter i substitutionsbehandling - en kunskapsöversikt. PM. Socialstyrelsen; 2019.
72. Winstock, AR, Lea, T, Sheridan, J. Prevalence of diversion and injection of methadone and buprenorphine among clients receiving opioid treatment at community pharmacies in New South Wales, Australia. The International journal on drug policy. 2008; 19(6):450-8.
73. Launonen, E, Alho, H, Kotovirta, E, Wallace, I, Simojoki, K. Diversion of opioid maintenance treatment medications and predictors for diversion among Finnish maintenance treatment patients. The International journal on drug policy. 2015; 26(9):875-82.
74. Johnson, B, Richert, T. Diversion of methadone and buprenorphine by patients in opioid substitution treatment in Sweden: prevalence estimates and risk factors. The International journal on drug policy. 2015; 26(2):183-90.
75. Winstock, AR, Lea, T. Diversion and injection of methadone and buprenorphine among clients in public opioid treatment clinics in New South Wales, Australia. Substance use & misuse. 2010; 45(1-2):240-52.
76. Spunt, B, Hunt, DE, Lipton, DS, Goldsmith, DS. Methadone diversion: A new look. Journal of Drug Issues. 1986; 16(4):569-83.
77. Larance, B, Degenhardt, L, Lintzeris, N, Bell, J, Winstock, A, Dietze, P, et al. Post-marketing surveillance of buprenorphine-naloxone in Australia: diversion, injection and adherence with supervised dosing. Drug and alcohol dependence. 2011; 118(2-3):265-73.
78. Lalander, P. Människor behöver människor : att lyssna till de misstänkliggjorda. Stockholm: Liber; 2016.
79. Blomqvist, J. Återhämtning från missbruk och beroende utan (och med) behandling. I: Fahlke mf, red. Handbok i missbrukspsykologi – teori och tillämpning. Malmö: Liber AB; 2016.
80. Tollefsen Nyhagen, H, Wahl, H. Den aldrende LAR patienten. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2017; 34:72-9.
81. Karlsson, P. Att sluta med heroin utan substitutionsbehandling. Malmö: Malmö högskola; 2017.
82. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete : handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
83. Om brukarrevisioner. Hämtad 2019-04-01 från: http://brukarkraft.se/brukarstyrda-brukarrevisioner/

84. Brukarkraft - Resurscentrum för brukarinflytande. Hämtad 2019-03-27 från: http://brukarkraft.se/
85. Svenskt beroenderegister. Hämtad 2019-03-27 från: https://sbr.registercentrum.se/
86. Från medel till mål: att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. [Stockholm]: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
87. SBU. Missbruk och beroende av alkohol och narkotika. Kunskapsläget för utredningar och insatser inom socialtjänsten. En kartläggning av systematiska översikter. SBU kartlägger, rapport 296/2019 2019. Hämtad 2019-03-27 från: https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kartlagger/missbruk-och-beroende-avalkohol-ochnarkotika-kunskapslaget-for-utredningar-ochinsatser-inom-socialtjansten/
88. Axelsson, R, Bihari Axelsson, S. Om samverkan : för utveckling av hälsa och välfärd. Lund: Studentlitteratur; 2013.
89. Bringlöv, Å. Varför kommer de tillbaka? Missbruksvård för personer med komplexa behov - analys av Mångbesökarkartläggningar i sex län. FoU Södertörns skriftserie nr 145/16. 2016. Hämtad 2019-03-27 från: https://fou-sodertorn.se/wp-content/uploads/2016/09/Rapport-nr-145.pdf
90. Tyrstrup, M. I välfärdsproduktionens gränsland. Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg. 2014. Hämtad 2019-04-01 från: https://entreprenorskapsforum.se/wp-content/uploads/2014/05/UV_Tyrstrup_webb.pdf
91. Johnson, B. Beroendesjukvård och socialtjänst i samverkan : utvärdering av samverkan kring läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende i Jönköping. Malmö: Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö högskola; 2011.
92. Samverkan kring personer med missbruk/ beroende. Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län. Hämtad 2019-03-28 från: https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/avtal-uppdrag/styrdokument/slls-riktlinjer-och-policys/riktlinjer-och-handlingsprogram/samverkan-kring-personer-med-missbruk-beroende-overenskommelse.pdf
93. Andersson, L, Johnson, B. Vårdval LARO : En målorienterad intressentutvärdering: Malmö högskola; 2017.
94. Förfrågningsunderlag och Avtal för LARO-mottagning i Vårdval Skåne gällande år 2018, beslutade i Hälso- och sjukvårdsnämnden 2017-12-08. Region Skåne; 2017.
95. Nilsson Lundmark, E, Nilsson, I, OFUS. Utvärdering av ITOK-projektet ur et socioekonomiskt perspektiv och ur ett samverkansperspektiv. ITOK-info: Kriminalvården, Beroendecentrum Stockholm; 2008.
96. Heimdahl, K, Karlsson, P. Samverkan kring gravida med missbruksproblem: En studie av Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga. Nka Barn som anhöriga 2016:2. 2016.
97. Resultat av remiss för begreppen samverkan, samarbete, samordning, samråd, synkronisering. 2011. Hämtad 2019-03-27 från: http://www.socialstyrelsen.se/terminologi/Documents/resultat-remiss-begrepp-samverkan-mfl.pdf
98. OECD. Integrating Social Services for Vulnerable Groups– Bridging Sectors for Better Service Delivery. 2015. Hämtad 2019-04-01 från:

http://www.oecd.org/publications/integrating-the-delivery-of-social-services-for-vulnerable-groups-9789264233775-en.htm
99. Danermark, B, Germundsson, P. Nya vägar till arbetsmarknaden : kvalitetssäkring av samverkan. [Sundsvall] :: [Socialtjänsten, Sundsvalls kommun] ;; 2007.
100. Danermark, B. Samverkan - himmel eller helvete. Malmö: Gleerups Utbildnings AB; 2005.
101. McHugh, RK, Murray, HW, Hearon, BA, Pratt, EM, Pollack, MH, Safren, SA, et al. Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid-dependent outpatients. The American journal on addictions. 2013; 22(1):18-22.
102. Samverkan i re/habilitering: en vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
103. Fahlke, C, Carlsson, S. Beroendeteamet: en bio-psyko-social smältdegel. 2015. Hämtad 2019-03-27 Läkartidningen 2015;112:DIIX:[från: http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Originalstudie/2015/09/Beroendeteamet-en-bio-psyko-social-smaltdegel/
104. Fox, AD, Masyukova, M, Cunningham, CO. Optimizing psychosocial support during office-based buprenorphine treatment in primary care: Patients' experiences and preferences. Substance abuse. 2016; 37(1):70-5.
105. Granerud, A, Toft, H. Opioid dependency rehabilitation with the opioid maintenance treatment programme - a qualitative study from the clients' perspective. Substance abuse treatment, prevention, and policy. 2015; 10:35.
106. Trujols, J, Garijo, I, Sinol, N, del Pozo, J, Portella, MJ, Perez de los Cobos, J. Patient satisfaction with methadone maintenance treatment: the relevance of participation in treatment and social functioning. Drug and alcohol dependence. 2012; 123(1-3):41-7.
107. Trujols, J, Gonzalez-Saiz, F, Manresa, MJ, Alcaraz, S, Batlle, F, Duran-Sindreu, S, et al. Patient perception of methadone dose adequacy in methadone maintenance treatment: The role of perceived participation in dosage decisions. Patient education and counseling. 2017; 100(5):981-6.
108. Samverkan för patienter och brukares välbefinnande. Missbruks- och beroendevården. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2016.
109. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och social-tjänst: lägesrapport 2015. : Socialstyrelsen; 2015.
110. Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården. SBU; 2017.
111. Eldh, AC, Winblad, U. Delaktighet och patientmedverkan. Lund: Studentlitteratur; 2018.
112. Sahlsten, M, Larsson, I, Sjöström, B, Plos, K. An analysis of the concept of patient participation. Nurs Forum. 2008; 43(1):2-11.
113. Castro, EM, Van Regenmortel, T, Vanhaecht, K, Sermeus, W, Van Hecke, A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. Patient Education Couns 2016; 99(12):1923-39.
114. Vårdförbundet. Vad alla behöver veta om personcentrerad vård. Stockholm: Vårdförbundet; 2014.
115. Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder. Lindqvists nia: nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder: slutbetänkande. 1999:

116. WHO. International classification of function, disability and health (ICF) 2001. Hämtad 2019-03-28 från: https://www.who.int/classifications/icf/en/
117. Att ge ordet och lämna plats: vägledning om brukarmedverkan och inflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
118. Sandman, L, Grannger, BB, Ekman, I, Munthe, C. Adherence, shared decision-making and patient autonomy. Med health care philos. 2012; 15(2):115-27.
119. Arnstein, S. A ladder of citizen participation. Journal of the American Institute of Planners. 1969; 35(4):216-24.
120. SKL. Medborgardialog som del i styrprocessen. Stockholm; 2013.
121. Adams, JR, Drake, RE. Shared decision-making and evidence-based practice. Community mental health journal. 2006; 42(1):87-105.
122. Shared Decision-Making in Mental Health Care: Practice, Reaserch, and Future Directions. Rockville, MD: U.S. Department of health and human services, Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.; 2011.
123. Ghitza, UE, Epstein, DH, Preston, KL. Nonreporting of cannabis use: Predictors and relationship to treatment outcome in methadone maintained patients. Addictive behaviors. 2007; 32(5):938-49.
124. Lions, C, Carrieri, MP, Michel, L, Mora, M, Marcellin, F, Morel, A, et al. Predictors of non-prescribed opioid use after one year of methadone treatment: an attributable-risk approach (ANRS-Methaville trial). Drug and alcohol dependence. 2014; 135:1-8.
125. Preston, KL, Silverman, K, Higgins, ST, Brooner, RK, Montoya, I, Schuster, CR, et al. Cocaine use early in treatment predicts outcome in a behavioral treatment program. J Consult Clin Psychol. 1998; 66(4):691-6.
126. Gilman, AG, Hardman, JG, Limbird, LE. Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics; 2001.
127. Heroin: Abuse and Addiction. NIDA Research Report Series 2005. Hämtad 2019-05-13 från: https://www.ehd.org/pdf/RRHeroin.pdf
128. Larun L, HV, Haugerud H, Høie B, Gråwe RW, Kornør H, et al. Dobbeldiagnose: alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse: Del 1 Screening og diagnosein-strumenter. Rapport fra Kunnskapssenteret 212007. 2007. Hämtad 2019-05-13 från: https://www.fhi.no/publ/eldre/dobbeldiagnose--alvorlig-psykisk-lidelse-og-ruslidelse-del-1-screening-og-d/
129. Mueser KT, ND, Drake RE, Fox L. Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
130. Øverås S , FA. Fra døråpner til alibi : evaluering av et femårig klinisk behandlingstiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk ved Tøyen DPS (ROPTøyen). FAFOrapport 521 2006. Hämtad 2019-05-13 från: http://www.fafo.no/pub/rapp/521/521.pdf
131. Kirkehei I, LK, Hammerstrøm KT, Larun L, Bramness JG, Gråwe RW, et al. Dobbeldiagnose: alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse: Del 2 Effekt av psykososial behandling. Rapport fra Kunnskapssenteret 252008 2008. Hämtad från: https://www.fhi.no/publ/eldre/dobbeldiagnose--alvorlig-psykisk-lidelse-og-ruslidelse.-del-2--effekt-av-ps/

132. Carra, G, Bartoli, F, Crocamo, C, Brady, KT, Clerici, M. Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders. 2014; 167:125-35.
133. Challis, S, Nielssen, O, Harris, A, Large, M. Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis. Acta psychiatrica Scandinavica. 2013; 127(6):442-54.
134. Fischer, G, Ortner, R, Rohrmeister, K, Jagsch, R, Baewert, A, Langer, M, et al. Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double-blind, double-dummy comparison study. Addiction (Abingdon, England). 2006; 101(2):275-81.
135. Jones, HE, Johnson, RE, Jasinski, DR, O'Grady, KE, Chisholm, CA, Choo, RE, et al. Buprenorphine versus methadone in the treatment of pregnant opioid-dependent patients: effects on the neonatal abstinence syndrome. Drug and alcohol dependence. 2005; 79(1):1-10.
136. Jones, HE, Kaltenbach, K, Heil, SH, Stine, SM, Coyle, MG, Arria, AM, et al. Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. The New England journal of medicine. 2010; 363(24):2320-31.
137. Wolff, K, Boys, A, Rostami-Hodjegan, A, Hay, A, Raistrick, D. Changes to methadone clearance during pregnancy. European journal of clinical pharmacology. 2005; 61(10):763-8.
138. Nekhayeva, IA, Nanovskaya, TN, Deshmukh, SV, Zharikova, OL, Hankins, GD, Ahmed, MS. Bidirectional transfer of methadone across human placenta. Biochemical pharmacology. 2005; 69(1):187-97.
139. Swift, RM, Dudley, M, DePetrillo, P, Camara, P, Griffiths, W. Altered methadone pharmacokinetics in pregnancy: implications for dosing. Journal of substance abuse. 1989; 1(4):453-60.
140. SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols. Hämtad 2019-05-13 från: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82999/
141. Fitch, Kea. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. 2001. Hämtad 2019-05-13 från: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf
142. Bell, J, Shanahan, M, Mutch, C, Rea, F, Ryan, A, Batey, R, et al. A randomized trial of effectiveness and cost-effectiveness of observed versus unobserved administration of buprenorphine-naloxone for heroin dependence. Addiction (Abingdon, England). 2007; 102(12):1899-907.
143. Montesano F, MV, Grp A-DP. The effects of a novel take-home treatment strategy in patients with opioid-dependence receiving long-term opioid replacement therapy with buprenorphine/naloxone in Italy: a cost analysis. Heroin Addiction and Related Clinical Problems. 2013; 15(1):45-51.
144. Holland, R, Maskrey, V, Swift, L, Notley, C, Robinson, A, Nagar, J, et al. Treatment retention, drug use and social functioning outcomes in those receiving 3 months versus 1 month of supervised opioid maintenance treatment. Results from the Super C randomized controlled trial. Addiction (Abingdon, England). 2014; 109(4):596-607.
145. Amass, L, Kamien, JB, Mikulich, SK. Thrice-weekly supervised dosing with the combination buprenorphine-naloxone tablet is preferred to daily

supervised dosing by opioid-dependent humans. Drug and alcohol dependence. 2001; 61(2):173-81.
146. Marsch, LA, Moore, SK, Borodovsky, JT, Solhkhah, R, Badger, GJ, Semino, S, et al. A randomized controlled trial of buprenorphine taper duration among opioid-dependent adolescents and young adults. Addiction (Abingdon, England). 2016; 111(8):1406-15.
147. Gunderson, EW, Wang, XQ, Fiellin, DA, Bryan, B, Levin, FR. Unobserved versus observed office buprenorphine/naloxone induction: a pilot randomized clinical trial. Addictive behaviors. 2010; 35(5):537-40.
148. Lee, JD, Vocci, F, Fiellin, DA. Unobserved "home" induction onto buprenorphine. Journal of addiction medicine. 2014; 8(5):299-308.
149. Lofwall, MR, Walsh, SL. A review of buprenorphine diversion and misuse: the current evidence base and experiences from around the world. Journal of addiction medicine. 2014; 8(5):315-26.
150. Sætherhaug, H. Metadonassistert rehabilitering: pasientens opplevelse [Hovedoppgave i psykologi]. Oslo: Universitetet i Oslo, Psykologisk Institutt; 2002.
151. Midtsundstad, A. Tillit, mestring og selvoppfatning: en oppgave med fokus på inkluderingsprosesser slik de møtes i arbeidet med metoden Fritid med bistand [Mastergradsoppgave i sosialt arbeid]. Trondheim: Norges teknisknaturvitenskapelige universitet; 2005.
152. Midtsundstad A, ØR. Fra normalisering til empowerment: sosialarbeiderens rolle. Paper til FORSA 2006. Sjätte nordiska symposiet Socialt arbete i informationseran polariseringar och nya paradigm i kunskapsproduktionen. Helsingfors, Finland.
153. Vindedal B, SL, Larsen B, Knoff RH. Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering. 2004. Hämtad 2019-05-13 från: https://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-legemiddelassistert-rehabilitering-evalueringsrapport/Evaluering%20legemiddelasrehab.pdf/@@inline
154. Clausen, T, Anchersen, K, Waal, H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. Drug and alcohol dependence. 2008; 94(1-3):151-7.
155. H, K. Abstinenceorientated replacement therapy for opioid dependence [Doktoravhandling i psykiatri] Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet; 2007.
156. Waal H, CT, Håseth A, Lillevold PH. LAR i Norge 10 år: statusrapport 2008. SERAF Rapport 2/2009 2009. Hämtad 2019-05-13 från: https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2009/SERAF-rapport-2009-2-Statusrapport-2008.pdf
157. SBU. Samverkan vid psykisk ohälsa inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt socialförsäkring. SBU kartlägger, rapport 273/2017 2017. Hämtad 2019-03-28 från: https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kartlagger/samverkan-vid-psykisk-ohalsa-inom-halso--och-sjukvard-socialtjanst-samt-socialforsakring/

Andra källor som kan vara relevanta

Här lyfter Socialstyrelsen fram ett urval av publikationer som kan vara värdefulla att känna till för verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende eller andra aktörer som är involverade kring patienter med opioidberoende. Publikationerna finns att ladda ner eller beställa från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Socialstyrelsen 2018.
I dessa riktlinjer finns rekommendationer för behandling vid depression och ångestsyndrom.

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2018.
I dessa riktlinjer finns rekommendationer om läkemedelsbehandling vid missbruk eller beroende och schizofreni.

Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd – ett kunskapsstöd. Socialstyrelsen 2014.
Det här kunskapsstödet riktar sig till verksamheter som erbjuder insatser till barn, ungdomar och vuxna med adhd. Varje verksamhet behöver uppmärksamma och känna igen problem som kan tyda på adhd samt kunna utforma och följa upp tidiga stödinsatser.

Utredning och diagnostik av adhd hos vuxna. Socialstyrelsen 2014.
Broschyren vänder sig till dem inom hälso- och sjukvården som har till uppgift att utreda och diagnostisera vuxna med frågeställning adhd. Syftet är att översiktligt beskriva utredning av adhd.

Läkemedelsbehandling av adhd hos barn och vuxna – Stöd för beslut om behandling. Socialstyrelsen 2015.
I detta kunskapsstöd finns rekommendationer om läkemedelsbehandling vid adhd och samtidigt substansbruksyndrom.

Stöd till anhöriga. Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen. Socialstyrelsen 2016.
Bestämmelsen i 5 kap.10 § socialtjänstlagen (2001:453) anger att ”socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder”. I denna vägledning beskriver Socialstyrelsen hur bestämmelsen ska tillämpas.

Barn som far illa eller riskerar att fara illa. En vägledning till hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen 2014.
Vägledningen ska stödja hälso- och sjukvården samt tandvården i deras arbete med att identifiera barn som far illa eller riskerar fara illa och fullgöra den lagstadgade anmälningsskyldigheten till socialnämnden. Vägledningen tar även upp skyldigheten att samverka i frågor som rör dessa barn.

Anmäla oro för barn. Stöd till anmälningsskyldiga och andra anmälare. Socialstyrelsen 2014.
Handboken kan ge stöd till chefer och anmälare om anmälningar till socialtjänsten vid kännedom eller misstanke om att barn far illa (14 kap. 1 och 1 c §§ SoL).

Att samtala med barn. Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården. Socialstyrelsen 2018.
Det här kunskapsstödet ger en generell och grundläggande bas, till stöd för professionella i att samtala med barn.

Att mötas i hälso- och sjukvård: ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor. Socialstyrelsen 2015.
Detta är ett utbildningsmaterial för att stödja personal i hälso- och sjukvården att reflektera över och arbeta systematiskt med bemötande och jämlik vård.

Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: handbok för vårdgivare, chefer och personal. Socialstyrelsen 2015.
Socialstyrelsens handbok ger en samlad beskrivning av lagstiftning, föreskrifter och andra regler som gäller patientens ställning och rätten till information, delaktighet och kontinuitet.

Min guide till säker vård. Socialstyrelsen 2015.
I Socialstyrelsens guide finns konkreta råd till patienter om hur de kan bli delaktiga i sin egen vård och behandling, och därmed medverka till en säkrare vård.

Att ge ordet och lämna plats – en vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevården. Socialstyrelsen 2013.
Vägledningen behandlar brukarinflytande både på individnivå och mer övergripande nivåer.

Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning. Socialstyrelsen 2017.
Den här vägledningen beskriver bland annat varför en fast vårdkontakt ska utses och när och vem som kan utses till fast vårdkontakt. Personer som behöver insatser från både kommun och landsting kan behöva en samordnad individuell plan (SIP) vilket också beskrivs i rapporten.

Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Socialstyrelsen 2016.
Handboken syftar till att ge socialtjänsten och hälso- och sjukvården vägledning på området och tar upp lagstiftning och förarbeten samt kunskap baserad på forskning och erfarenheter från verksamheterna.

Att vilja se, vilja veta och att våga fråga - vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet. Socialstyrelsen 2014.
I vägledningen rekommenderas att frågor om erfarenhet av våld ställs till alla kvinnor som uppsöker mödrahälsovården och vuxenpsykiatrin samt i alla ärenden inom barn- och ungdomspsykiatrin. Den innehåller även rekommendationer om fortbildning om våld i nära relationer för personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

FREDA- standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer. Socialstyrelsen 2014.
FREDA-bedömningsmetoder är tänkta att användas i socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer. FREDA består av en manual och tre instrument.

Metodguiden för socialt arbete. Socialstyrelsen.
I Metodguiden samlar vi bedömningsmetoder och insatser som är aktuella för socialt arbete i Sverige.

ASI-manualen – anvisningar till ASI Grund och ASI Uppföljning – reviderad version. Socialstyrelsen 2017.
ASI-intervjun används i första hand som underlag för utredning och uppföljning i missbruks- och beroendevård och kriminalvård, men kan även användas för systematisk uppföljning.

Bilaga 1. Definition av beroende

På det medicinska området är termer som beroende och substansbruksyndrom huvudsakligen kopplade till de diagnossystem som används – *International statistical classification of diseases and related health problems* (ICD) [12] och *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) [13]. I Sverige används främst ICD vid diagnostik inom hälso- och sjukvården, medan DSM används inom forskning och i viss mån inom psykiatrisk verksamhet.

Den nu gällande versionen av ICD, ICD-10, är från 1992. Ett arbete pågår inom Världshälsoorganisationen (WHO) med att uppdatera ICD-10 till en kommande ICD-11. Den senaste versionen av DSM, DSM-5, publicerades 2013. I tidigare versioner av DSM, liksom i ICD-10, ingår diagnosen substansberoende, och de båda systemens definitioner överensstämmer till stora delar.

En del av de utredningsinstrument som rekommenderas i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende 2019 [1] bygger på DSM-IV, i vilken det fanns två diagnoser, en för missbruk och en för beroende. I den senaste versionen av DSM ersätts missbruks- och beroendediagnoserna med det samlade begreppet substansbruksyndrom.

Beroende

Enligt ICD-10 [12] betecknas *beroende* (F11.2) som en grupp kognitiva och psykologiska fenomen samt beteendefenomen som utvecklas efter återkommande substansanvändning. För att beroende ska föreligga måste tre av sex kriterier vara uppfyllda, se tabell 1.

Tabell 1. Beroende enligt ICD-10

För beroende enligt ICD-10 gäller att tre av sex kriterier ska vara uppfyllda:	
1	stark längtan efter drogen
2	svårighet att kontrollera intaget
3	fortsatt användning trots skadliga effekter
4	prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser
5	ökad tolerans
6	fysiska abstinenssymtom

Substansbruksyndrom

I den nuvarande DSM-5 [13] har de tidigare missbruks- och beroendediagnoserna ersatts med det samlade begreppet *substansbruksyndrom*[27]. För diagnosen substansbruksyndrom krävs att minst två kriterier av de elva kriterierna är uppfyllda, se tabell 2).

[27] »substance use disorder«. Detta kan sedan preciseras utifrån vilken drog det handlar om, till exempel »opioid use disorder«

Tabell 2. Substansbruksyndrom enligt DSM-5

För substansbruksyndrom enligt DSM-5 krävs att minst två av sammanlagt elva kriterier är uppfyllda under en och samma tolvmånadersperiod:	
1	intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs
2	varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget
3	betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika
4	upprepat bruk trots begär/sug
5	upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet
6	fortsatt bruk trots konsekvenser av social och mellanmänsklig natur
7	viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas
8	upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet
9	fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador
10	toleransutveckling*
11	abstinensbesvär när bruket upphör*

*De två sista kriterierna anses inte uppfyllda om personen använder opioider, sedativa, hypnotika eller anxiolytika under strikt medicinskt kontrollerade former.

Svårighetsgraden anges som:

mild om 2–3 kriterier är uppfyllda
måttlig om 4–5 kriterier är uppfyllda
svår om mer än 5 kriterier är uppfyllda.

Bilaga 2. Samverkan, samordning och samarbete kring personer i behov av läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag (S2017/05940/FS (delvis)) att utveckla och ta fram ett kunskapsstöd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Inom ramen för uppdraget ingår även att lämna *förslag på samverkansformer* mellan huvudmännen.

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) är en integrerad behandling som kombinerar farmakologisk behandling med psykologiska eller psykosociala behandlingar eller psykosociala stödinsatser. De insatser som ingår ska ges med utgångspunkt från patientens behov och med respekt för patientens självbestämmande och integritet. (4 kap. 5§ HSLF-FS 2016:1) Bestämmelsen betonar vikten av att behandlingen ska ha en rehabiliterande inriktning, men att insatserna ska vara individuellt anpassade och ges utifrån den enskildes behov.

Personer med missbruk och beroende har i många fall komplexa och sammanhängande behov. Socialstyrelsens bedömning är dock att det inte finns behov av *särlösningar* vad gäller behovet av samordnade insatser riktade till personer med opioidberoende eller vad gäller kraven på samverkan mellan de aktörer som har ansvar för stöd och behandling till målgruppen. Formerna för samverkan och samarbete mellan olika aktörer kring personer med opioidberoende i behov av läkemedelsassisterad behandling behöver kontinuerligt vara anpassat utifrån individens behov och aktuella situation.

Gemensamt ansvar och krav på överenskommelser

Kommuner och landsting har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla stöd och behandling till personer med missbruk eller beroende utifrån sina respektive ansvarsområden[28]. Missbruks- och beroendevården omfattar ett brett spektrum av vård- och stödinsatser, vilka faller inom både det sociala och det medicinska området.[29]

Det delvis gemensamma ansvaret för missbruks- och beroendevården innebär en risk för att ingen av huvudmännen tar ansvar för vissa delar av vården med hänvisning till den andra aktören. Det är mot den bakgrunden som bestämmelserna om att landsting och kommuner har en skyldighet att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete kring personer med missbruk och beroende infördes från den 1 juli 2013 (16 kap 3 § HSL och 5 kap 9a§ SoL). I förarbetena[30] till nämnda bestämmelser uttrycktes att en skyldighet i lag att ingå överenskommelser tydliggör och förstärker huvudmännens ansvar på området, utan att staten i detalj föreskriver hur det ska genomföras eller vilka verksamheter som ska bedrivas. Det kan därför sägas vara en

[28] Se bland annat Proposition 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården s. 11.
[29] Prop. 2012/13:77 s. 15.
[30] Prop. 2012/13:77 s. 17.

styrform som väl balanserar kravet på att medborgarna ska garanteras strukturer som gör att deras behov av helhetslösningar kan tillgodoses, mot vikten av att vården och stödet utformas utifrån de lokala och regionala förutsättningarna.

Det finns även lagreglerade krav på samverkan kring enskilda personer som har behov av insatser både från landstinget och kommunen, bland annat genom att tillsammans upprätta en individuell plan (16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 5 § SoL).

I 4 kap. 7 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende tydliggörs kraven på samverkan mellan landstinget och kommunen genom hänvisningar till de ovan nämnda bestämmelserna. I 4 kap. 6 § samma föreskrifter finns även ett krav på de vårdenheter som ordinerar behandlingen att ha överenskommelser med kommunen, en annan vårdenhet eller en annan vårdgivare om de inte själva kan erbjuda psykologiska eller psykosociala behandlingar eller psykosociala stödinsatser. Det innebär således att en verksamhet som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende måste kunna erbjuda patienterna psykologiska eller psykosociala behandlingar eller psykosociala stödinsatser, antingen själva eller genom att ha ingått överenskommelser med kommunen, en annan vårdenhet eller en annan vårdgivare.

Samverkan kring patienter med läkemedelsassisterad behandling

Personer med opioidberoende är en heterogen grupp och behoven av insatser varierar mellan såväl individerna, som över tid i behandlingen. Opioidberoende är i hög utsträckning förknippat med problem och sjukdomar som relaterar till såväl fysisk, psykisk och social utsatthet [5, 53]. Behandlingen är för många personer långvarig, inte sällan livslång. Formerna för och omfattningen av samverkan mellan vårdenheter som erbjuder LARO och socialtjänsten måste alltid baseras på och utgå från individens behov, situation och delaktighet i sin egen rehabiliteringsprocess. Inom gruppen finns också personer som inte är i behov av stödinsatser från socialtjänstens sida eller samtycker till en sådan kontakt. Den enskildes behov av samordnade insatser beror på komplexiteten i samordningen av insatserna, dvs. hur många av individens insatser som behöver samordnas och individens förutsättningar att ta de kontakter som behövs för att få sina behov tillgodosedda eller ta hand om utförandet på egen hand [54].

Socialstyrelsen har undersökt om det finns studier med fokus på samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården kring personer i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, men konstaterar att de saknas relevanta och aktuella studier om effektiva samverkansformer. Med samverkansformer avses här myndighetens definition av begreppet, dvs. insatser som handlar om ett *övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte.*

Det finns en stor variation vad gäller tillvägagångssätt, modeller och samordningsinitiativ för att utveckla samverkan mellan professioner och organisationer, samtidigt som kunskapen om dess resultat och effekter för brukare och patienter är begränsad [86]. När det gäller samverkan och informationsöverföring mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård vid utredningar och insatser till den enskilde är bedömningen att det saknas vetenskaplig kunskap (baserat på systematiska översikter) [87].

De flesta utvärderingar som gjorts har varit strukturella utvärderingar eller processutvärderingar som har behandlat organisationen av samverkan och olika aktiviteter i samverkansprocessen. Flertalet handlar om, liksom forskningen på området, hinder och svårigheter i samband med olika former av samverkan. Det finns dock positiva erfarenheter, såsom t.ex. ett ökat engagemang för verksamheten, förbättrade kontakter och ökad professionell kompetens hos de samverkande parterna [88].

Det finns vissa gemensamma nämnare som återkommer, oavsett om samverkan eller samordningsinitiativen är utformade på olika sätt och riktade till olika målgrupper. T.ex. att via gemensamma riktlinjer eller koordinatorer (samordnare) förbättra samordningen av tjänster eller insatser. Eller att en professionell samordning är det centrala inslaget, dvs. att arbetet organiseras i multiprofessionella team. Eller att organisatorisk samverkan mellan inblandade parter regleras genom avtal eller överenskommelser. Om överenskommelser är ändamålsenliga verktyg för att förbättra vården för patienter och brukare behöver dock fortsatt utvärderas [14].

De olika samverkansformer och modeller som förekommer har var och en sina för- och nackdelar och kan vara effektiva former av samverkan, beroende av komplexiteten i omgivningen. Den centrala aspekten handlar om att tydliggöra vad samverkan är och när den är befogad, dvs. vad ska uppnås med samverkan. En uppdelning av resurser på olika huvudmän och enheter gör det svårt att arbeta med helhetsperspektiv, utifrån individens problembild och behov. Det hjälper dock inte alltid att skapa nya enheter, eftersom nya enheter innebär nya gränser och att nya mellanrum uppstår. Glappen, de *organisatoriska mellanrummen* kräver gränsöverskridanden för att hanteras [89]. Det görs bäst genom lokalt utformade lösningar, som tar sin utgångspunkt i det vardagliga arbetet och ser till vård- och stödprocessen som helhet. Olika team-formationer, och konstellationer av lösare karaktär är mer lämpade för ”gränsöverskridande samproduktion” [90] utifrån individens aktuella behov.

Missbruksvården kräver situationsanpassning. De professionella inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är de som möter individen, och det är i mötet med enskilda individer som arbetet sker. Det är med utgångspunkt från individens behov i den specifika situationen som arbetet blir värdefullt för brukaren.

Samverkansformer – några exempel ur praktiken

De olika formerna av samverkan som förekommer inom missbruks- och beroendevården kan kategoriseras [91] enligt följande:

- Interpersonell eller interprofessionell samverkan mellan olika yrkesgrupper och professioner. T.ex. i form av teamarbete med läkare, sjuksköterska, kurator, psykolog inom beroendevården/LARO-verksamheter.
- Interorganisatorisk samverkan mellan organisationer. T.ex. som i exemplet nedan om samverkan mellan en vårdcentral och en LARO-verksamhet i Malmö, samverkan mellan LARO-mottagning och lokala mottagningen inom Region Uppsala eller samverkan mellan beroendevård och mödrabarnhälsovård i Göteborg.
- Intersektoriell samverkan mellan olika organisationer. Ett exempel är den integrerade verksamheten mellan kriminalvården och beroendevården, ITOK, i Stockholms län.

Nedan beskrivs några exempel på regionala och lokala initiativ från kommuner och landsting som syftar till att stärka och utveckla former för samverkan kring personer med missbruk och beroende generellt, samt även specifikt kring personer med opioidberoende. Det är viktigt att poängtera att initiativen endast är goda exempel på hur samverkan kan organiseras och ska inte ses som rekommendationer. Det är också viktigt att ha i åtanke att de olika initiativen var och en för sig har olika syften.

Lokala samråd för missbruk/beroende, Stockholms län

I Stockholms län har landstinget och kommunerna utvecklat en modell med regionalt och lokala samråd för arbetet med att ta fram och följa upp överenskommelser om samverkan kring personer med missbruk/beroende. Överenskommelserna ska främja samverkan och samarbete mellan huvudmännen genom ett effektivt utnyttjande av huvudmännens resurser och gemensam verksamhets- och kunskapsutveckling. Syftet är att *uppnå bästa möjliga livskvalitet och funktionsnivå för den enskilde* som är i behov av huvudmännens insatser.

Sedan 1998 har Stockholms läns samarbete kring personer med missbruk eller beroende formulerats och antagits politiskt i kommunerna och landstinget genom gemensamma policydokument. Den första policyn (1998) kring missbruk/beroende inspirerade till utveckling av lokala integrerade beroendemottagningar i nästan samtliga kommuner i länet, där personal från socialtjänst och beroendevård arbetar tillsammans. Begreppet policy är sedan 2015 ändrat till överenskommelse.

Ett regionalt samråd med chefstjänstemän från kommunerna, landstinget och kriminalvården finns, vars uppgift är att leda och utveckla arbetet med länsövergripande samverkan. Representationen i det regionala samrådet har efter 2008 utökats med polisen, Länsstyrelsen, Maria Ungdom och Nationell samverkan kring Psykisk hälsa (NSPH).

Lokala samråd har inrättats med representanter från kommun, landstinget, kriminalvården och andra lokala aktörer (t.ex. försäkringskassan, arbetsförmedlingen). Det finns f n 20 lokala samråd i länet. De lokala parternas uppgift är att gemensamt besluta om genomförande, uppföljning, kunskapsbehov och utvärdering av överenskommelserna. De lokala samråden ska också ha former för att uppmärksamma brister i samverkan och hantera avvikelser på ett systematiskt sätt. Representanterna i lokala samråden ska ha beslutsmandat och verka för ett strukturerat och kontinuerligt brukarinflytande. På lokal nivå tas inga överenskommelser fram utan *lokala handlingsplaner* utifrån de åtaganden som formulerats för varje målgrupp i den länsövergripande överenskommelsen.

Ett regionalt sekretariat fungerar som en länk och stöd mellan lokal och regional nivå, och har även på uppdrag av regionala samrådet ansvar för uppföljning av de lokala samråden i länet. Av senaste uppföljningen framgår bland annat att majoriteten av de svarande bedömer att samverkan i de lokala samråden resulterar i samordnade insatser för den enskilde [92].

Vårdval LARO, Region Skåne

I region Skåne infördes vårdval för LARO den 1 april 2014. Vårdvalet bedrivs utifrån LOV, lagen om valfrihetssystem (SFS 2008:962). Det innebär att personer som söker, eller som redan har beviljats läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende och är bosatta i Skåne har möjlighet att fritt välja mellan olika godkända verksamheter som bedriver LARO (Region Skåne, 2018).

Syftet med att införa vårdval för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende var *ökad tillgänglighet till behandling, ökad differentiering av LARO-mottagningarna samt ökad egenmakt för patienterna* genom att de ges möjlighet att välja vårdgivare [93].

Vårdvalet innebär att alla aktörer, privata som offentliga, som uppfyller region Skånes ackrediteringsvillkor har möjlighet att starta LARO-verksamhet. Vårdleverantörerna får ersättning för prestationer och består av en rörlig produktionsrelaterad ersättning i form av antal besök.

Med de vårdgivare som uppfyller ackrediteringsvillkoren tecknar Region Skåne uppdragsavtal. Villkoren revideras årligen. Uppdraget som ackrediterad innebär ett ”medicinskt helhetsåtagande för patienter i LARO som innefattar minst det som anges av Socialstyrelsens vid var tid gällande föreskrifter, medicinsk behandling, koordinering och planering av vård- och behandling, psykologisk testning samt enklare somatiskt omhändertagande relaterat till missbruksproblematik” [94]. Av villkoren framgår att LARO-verksamheten minst ska vara bemannad med läkare, sjuksköterska, kurator/socionom och psykolog med neuropsykiatrisk utredningskompetens. Kravet på att det ska finnas en tvärprofessionell kompetens bygger på önskemål från patienterna/brukarna om att mottagningarna ska kunna erbjuda psykosocialt stöd och insatser för att motverka återfall. Det tvärprofessionella LARO-teamet möjliggör att behandlingen snabbt kan komma igång för att det finns kompetens att erbjuda relevant stöd (dialogmöte med verksamhetsföreträdare LARO inom Region Syd och representanter från socialtjänsten i fem kommuner, 2018-08-24). Enligt verksamhetsföreträdarna har det även inneburit mer fokus på den psykosociala delen av behandlingen jämfört med tidigare [93].

I villkoren betonas även vikten av samverkan. Samverkan med socialtjänst, annan hälso- och sjukvård, kriminalvård och andra aktörer som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är centralt. Samverkansavtal ska tecknas med berörda kommuner och skriftliga gemensamma rutiner kring samarbete ska tas fram med slutenvården, t.ex. avseende avgiftning samt med vårdcentraler och somatisk hälso- och sjukvård. LARO-mottagningarna ska även kontinuerligt samverka med aktuella brukar- och anhörigföreningar.

De noggrant utformade villkoren för vårdval LARO, kontinuerliga nätverksmöten mellan enhetscheferna för verksamheterna, en hälso- och sjukvårdsstrateg som en sammanhållande länk för möten, information och uppföljning av avtalen från Regions Skånes sida är framgångsfaktorer som bidragit till att utveckla samverkan mellan mottagningarna, och till viss del till socialtjänsten samt till en mer likvärdig vård och behandling inom regionen [93]. Kontinuerlig samverkan och erfarenhetsutbyte på regional nivå mellan Region Skånes hälso- och sjukvårdsstrateg och utvecklingsledare på Kommunförbundet Skåne har också bidragit till och underlättat samarbetet mellan LARO-mottagningarna och socialtjänsten, t.ex. i frågor gällande otydligheter kring ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvård och kommunerna. Det har även lett till att lokala nätverk skapats mellan kommuner och mottagningar.

Samarbete mellan LARO och primärvård

I Malmö pågår sedan 2014 ett projekt som är ett exempel på interorganisatorisk samverkan med syfte *att förbättra den fysiska hälsan för patienter i LARO-behandling*. Bakgrunden är att patienter i läkemedelsassisterad be-

handling vid opioidberoende har sämre hälsa än genomsnittet i befolkningen. Personerna har, av olika anledningar, ofta negligerat sin fysiska hälsa, och vårdsökandet är oftast fördröjt vilket leder till att patienten söker sjukvård akut när situationen blir ohållbar.

I ett samarbete mellan primärvård och fyra verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende i Malmö erbjuds patienterna en lätt tillgänglig primärvård genom att läkare från vårdcentralen har fasta besökstider på mottagningarna, s.k. on-site-verksamhet. Läkartider finns avsatta en halvdag varannan vecka på respektive LARO-mottagning. Patienterna kan boka tid i förväg genom att tala med personalen på LARO-mottagningen, eller komma förbi på drop-in i mån av tid, dvs. en blandning av akut och planerad primärvård, med flexibilitet utifrån patienternas behov. Provtagning, uppföljande undersökningar (t ex vikt och blodtryck) samt påminnelser och information kring externa besök (röntgen, läkarbesök till övriga mottagningar, etc.) sköts av LARO-mottagningens personal.

Patienter och personalen beskriver att projektet har positiva effekter för patienter, då potentiella hinder för vårdsökandet, såsom tidsbokning, väntetider och bristande kännedom om rätt vårdnivå minimeras (dialogmöte med verksamhetsföreträdare LARO-mottagningar och vårdcentralen Granen, 2018-08-24) [28].

Samverkan Kriminalvården och Beroendecentrum i Stockholms län – integrerat team för opioidberoende kriminalvårdsklienter (ITOK)

Inom Stockholms län finns exempel på intersektoriell samverkan mellan Kriminalvården och Beroendecentrum, Stockholms läns landsting kring opioidberoende kriminalvårdsklienter. Stockholm Frivård och Beroendecentrum Stockholm (Metadonsektionen) startade i augusti 2007 ett integrerat team med personal från såväl kriminalvården som beroendevården med målsättningen att *skapa utökad samverkan och minska återfallen i kriminalitet och missbruk för opiatberoende kriminalvårdsklienter*.

Teamet har till uppgift att utreda opioidberoende klienter inom kriminalvården, inleda behandling och koordinera insatserna från kriminalvården, socialtjänsten och Metadonsektionen. Stockholm Frivård har placerat två frivårdsinspektörer vid teamet. Metadonsektionen bidrar med finansiering av läkare, sjuksköterskor, skötare inom psykiatrisk vård, arbetsterapeut, medicinsk sekreterare och psykolog.

Det integrerade teamet arbetar enligt en modell där samtliga inblandade aktörer bidrar med sitt specialområde. Teamet är knutet till den ordinarie verksamheten inom såväl Beroendecentrum som kriminalvården. Metadonsektionen står för den beroendemedicinska och psykiatriska delen av behandlingen medan kriminalvården bidrar med kognitiva program med fokus på såväl kriminalitet som missbruk. Socialtjänsten står för insatser såsom stödboende, behandlingshem, öppenvård etc. Teamet arbetar utifrån en modell där nätverksmöten är grunden och samtliga parter som är inkopplade kring klienten medverkar vid dessa möten [95]. Frivårdsinspektörerna som är placerade vid ITOK fungerar som koordinatorer och är sammankallande till nätverksmötena och ansvariga för samordningen av behandlingsinsatserna.

När klienten stabiliserats i sin behandling samt inför övervakningens upphörande sker en överflyttning till ordinarie beroendemottagning.

Samarbete LARO-mottagning och lokala mottagningar för administration av läkemedel

Region Uppsala har valt en organisationsmodell för den läkemedelsassisterande behandlingen vid opioidberoende som kan ses som ett exempel på interorganisatorisk samverkan. Syftet är att *säkerställa tillgängligheten till behandlingen och behovet av specialistkompetens* i ett stort län.

Inom sektionen för beroende och neuropsykiatri (tillhör verksamhetsområdet Psykiatri) finns en LARO-mottagning i Uppsala, som ansvarar för all insättning av LARO i länet. Till sektionen finns även en lokal mottagning (filial) i Tierp där inställda patienter kan hämta läkemedel. Inom Verksamhetsområde Psykiatri ingår även psykiatriska mottagningar i Enköping och Bålsta, där uppdraget inkluderar beroende. Dessa mottagningar administrerar läkemedlen och ansvarar för uppföljningar till patienter bosatta i området efter inställningen vid LARO-mottagningen i Uppsala, (i enlighet med föreskriften med daglig hämtning i 3 månader).

Samverkan mellan Substitutionsverksamheten Beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Närhälsan Haga mödra-barnhälsovårdsteam (MBHV-teamet), Göteborg

I Göteborg finns sedan 2012 ett formaliserat arbetssätt som är ett exempel på interorganisatorisk samverkan med syfte att förbättra den sexuella och reproduktiva hälsan för kvinnor med beroendeproblem samt ge råd och stöd under graviditet och i föräldraskap.

Bakgrunden är att personer med beroendeproblem inte sällan har trauma av sexuell karaktär och är en patientgrupp som i högre grad utsätter sig för sexuellt riskbeteende. På grund av detta är det inte ovanligt att patienten undviker eller fördröjer kontakt med sjukvården gällande den sexuella hälsan. Kvinnliga patienter inom substitutionsverksamheten Beroendekliniken erbjuds därför kontakt med en barnmorska genom sin behandlare eller kontaktperson på respektive mottagning. Patienter som är i behov av en fast barnmorskekontakt ska ges möjlighet till en trygg, tät uppföljning och ett individanpassat stöd och rådgivning. Det handlar bland annat om att erbjuda ett snabbt omhändertagande och handläggning, t.ex. vid provtagning för sexuellt överförbara infektioner (STI), samt rådgivning och förskrivning av preventivmedel.

Barnmorskan är anställd av Substitutionsverksamheten Beroendekliniken och ansvarar i första hand för frågor om preventivmedel och provtagningar. Det medicinska ansvaret har en gynekolog vid Närhälsan Haga mödra-barnhälsovårdsteam (MBHV-teamet). För patienter som är gravida, önskar eller planerar graviditet etableras ett samarbete mellan Substitutionsverksamheten och MBHV-teamets personal. Under graviditeten inkluderas även socialtjänsten i samarbetet för att tillförsäkra stöd och uppföljning av föräldraskapet utifrån ett barnperspektiv. Samarbete sker bland annat i form av gemensam vårdplanering och professionella möten. Under graviditeten ansvarar Substitutionsverksamheten för medicinering och provtagning kopplat till kvinnans psykiska hälsa i samråd med MBHV-teamets gynekolog och pediatriker. Efter förlossningen följs barnets hälsa och utveckling upp av

MBHV-teamet upp till 2 års ålder, och vid behov längre. Substitutionsverksamheten ansvarar för uppföljning och kontinuerlig gemensam vårdplanering under graviditeten och efter förlossning [96].

Vad säger forskningen om framgångsfaktorer för god samverkan?

Det finns ingen enhetlig definition av begreppet samverkan. I lagtexter, myndighetsrapporter och annan litteratur används samverkan, samarbete och samordning som begrepp, och i praktiken kan det vara otydligt vad som kännetecknar respektive begrepp. Socialstyrelsen har i uppdraget utgått från myndighetens definition av de olika begreppen, (Socialstyrelsen, termbanken) [97]:

- Samverkan är ett ”övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte”.
- Samarbete avser ett ”gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift”. Samarbete kan ske både på ett organisatoriskt och mellanmänskligt plan.
- Samordning innebär ”koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet”.

Begreppen samarbete och samordning samspelar och är i verkligheten beroende av varandra för att samverkan ska bli långsiktigt framgångsrik. Samverkansprocessen i sin helhet måste också bygga på en gemensam diskussion om värdegrund och etik.

För att få till stånd ett gemensamt handlande mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är det nödvändigt att överskrida gränser, såväl disciplinära, professionella som organisatoriska. I en rehabiliteringsprocess för personer med beroendeproblem kan det även vara fråga om att överskrida gränser mellan olika samhällssektorer [88].

Styrning, struktur och samsyn

Samverkan är svårt och resurskrävande, men det finns vissa faktorer som är betydelsefulla och främjar samverkan gällande samordnat stöd till individer med komplexa behov. Det behöver finnas ett tydligt mål med samverkan, bestämda aktörer och målgrupper och en tydlig ansvarsfördelning mellan samverkansparterna. Finansiella eller administrativa incitament och resultatindikatorer för de gemensamma ansträngningarna är också betydelsefulla faktorer [98].
De faktorer som påverkar samverkansprocessen kan delas in i tre olika dimensioner [99]:

- Regelverk - det regelverk som styr de inblandade aktörerna
- Organisation - hur arbetet hos respektive aktör är organiserat och hur samverkan mellan aktörerna är organiserad
- Synsätt - vilket synsätt på såväl samverkan som objektet för samverkan som råder inom organisationen/professionen

De första två, regelverk och organisation kan sägas vara de strukturella förutsättningarna, medan den tredje, synsätt, handlar om de kulturella förutsättningarna. Dessa tre typer av faktorer ska också betraktas utifrån ett maktperspektiv.

Samverkan är till sin natur relationell, eftersom man alltid samverkar med någon – och i alla relationer finns en potential till maktutövning. Om den aktualiseras eller inte är en empirisk fråga, men den behöver ingå när man försöker förstå hur man gör för att bygga hållbar samverkan. Makten kan vara grundad i exempelvis kunskap och erfarenheter, lagstiftning, resurser, professioners status och hierarkier [100].

Utifrån det aktuella kunskapsläget är det svårt att avgöra vilken av de tre dimensionerna som är den mest centrala. Alla tre är viktiga men på olika sätt. Regelverket (styrning) sätter ramarna för verksamheten och ser olika ut för olika aktörer. Den viktiga frågan är om en aktörs regelverk försvårar samverkan. Varje aktör organiserar (struktur) också sin verksamhet på det sätt som bäst passar det uppdrag som den har, vilket också påverkar hur de kan samverka med andra. Slutligen innebär all samverkan att yrkesgrupper och därmed enskilda individer interagerar. De har en förankring såväl i en profession som i en organisation, och inom ramen för dem utvecklar man ofta olika kunskaper om och synsätt på det samverkan handlar om (samsyn). Hur samverkan utvecklas kan sannolikt ses som en följd av hur väl samspelet mellan de olika mekanismerna fungerar [101].

Viktigt att betona är dock att förutsättningarna för och innehållet i samverkan kommer att variera beroende på föremålet för de gemensamma insatserna. Inom välfärdsområdet, det vill säga hälso- och sjukvård, socialtjänst med flera, ska aktörerna samverka med patienter/brukare som har egna tankar, känslor och åsikter. Brukaren förutsätts vara ett tydligt subjekt i samverkan och ha stort inflytande på hur samverkansprocessen utvecklas.

Samverkan på alla nivåer i organisationen

Samverkan måste vara en tydlig och prioriterad ledningsuppgift. Uppföljning och utvärdering av gränsöverskridande samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst visar entydigt att långsiktig framgång förutsätter gemensam värdegrund och aktivt deltagande på alla nivåer i organisationerna [101, 102]. För kommuner och landsting är det sedan 2013 en lagstadgad skyldighet att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete kring målgruppen personer med missbruks- och beroendeproblem.

En central förutsättning för samverkan är att det finns en tydlig och funktionell struktur för ansvarsfördelning, kontaktvägar och gemensamma rutiner. Genom att formalisera en sådan struktur i en skriftlig överenskommelse blir arbetet mer förutsägbart, transparent och minskar personberoendet. För att samverkan ska fungera på lång sikt är det viktigt att bygga strukturen på roller och inte på enskilda personer. Detta är inte minst viktigt vid organisationsförändringar och hög personalomsättning.

Det operativa samarbetet kring enskilda brukare, själva kärnan i samverkan, måste få aktivt stöd och tydlig legitimitet från såväl kollegor och chefer på verksamhetsnivå som från de högsta cheferna och politikerna. Att samverka kring enskilda brukare går till stor del ut på att formulera en grundläggande samsyn på brukarens och målgruppens problematik och hur olika metoder och kunskaper kan utnyttjas för ett gemensamt syfte.

Samsyn handlar framförallt om tillit mellan de professionella, om att ha en gemensam bild av arbetet och gemensamma begrepp. Samsyn förutsätter kontaktytor och kommunikation. De berörda behöver kunskap om varandras uppdrag, resurser och begränsningar. Det är också viktigt med kontinuerlig tvärprofessionell kompetens- och metodutveckling [101].

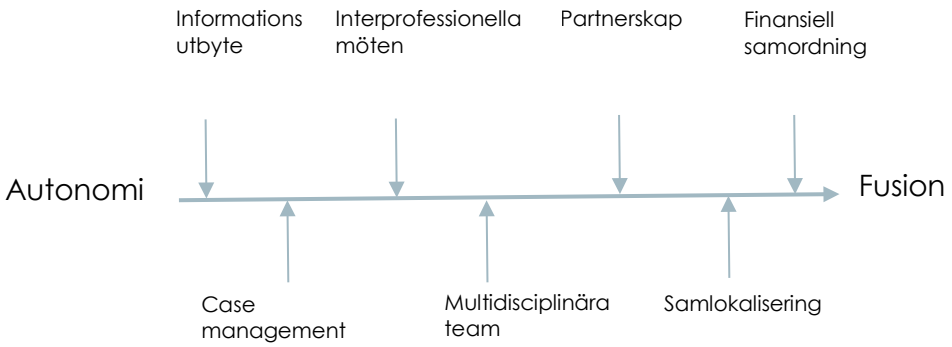
Inom missbruks- och beroendevården är det t.ex. inte ovanligt att de olika yrkesgrupperna har skilda synsätt på vad som orsakar beroendeproblem och hur ett beroendetillstånd ska omhändertas, vilket kan leda till hinder för samverkan [103].

Vilka samverkansformer är mest effektiva?

Det finns många olika former för samverkan. De olika modellerna kan placeras på en skala från autonomi till fusion, där autonomi står för helt fristående organisationer och fusion innebär att två eller flera organisationer har slagits ihop till en enhet. Denna skala med olika former av samverkan kan åskådliggöras enligt figuren nedan (se figur 2).

Den enklaste formen av samverkan är *informationsutbyte* mellan i övrigt autonoma organisationer. En annan vanligt förekommande form är *interprofessionella möten*, dvs. möten mellan professionella från olika organisationer för att diskutera och planera gemensamma insatser. En mer intensiv samverkan är genom *multidisciplinära team*, där olika professioner och organisationer arbetar kontinuerligt tillsammans. En allt vanligare form att organisera samverkan är genom *partnerskap,* som bygger på formella avtal eller överenskommelser mellan två eller flera organisationer. En ännu närmare samverkan är *samlokalisering,* vilket innebär att olika organisationer eller verksamheter placeras i samma lokal eller närliggande lokaler. Den mest långtgående formen av samverkan är *finansiell samordning*, vilket innebär att de samverkande organisationerna slår samman sina finansiella resurser till en gemensam budget [88].

Figur 2. Olika former av samverkan



Alla de olika modellerna förekommer i olika varianter och kombinationer. Var och en har sina för- och nackdelar och kan vara effektiva former av samverkan, beroende av komplexiteten i omgivningen. Den centrala aspekten handlar om att tydliggöra vad samverkan är och när den är befogad, dvs. vad ska uppnås med samverkan. En enkel tumregel är att det är lämpligt att samverka när en situation kräver samordnade insatser från flera aktörer samtidigt – inte annars. Om olika aktörer kan genomföra insatser successivt, på ett effektivt sätt (först aktör A, sedan aktör B), kanske det räcker att de inblandade aktörerna håller varandra informerade om sitt respektive

arbete. Men om det krävs ett mer utvecklat samarbete behöver man etablera långsiktiga och hållbara samverkansstukturer.

Olika metoder förekommer för att uppnå samordning

Myndigheten för vårdanalys [86] har belyst olika former för samordning utifrån ett patient- och brukarperspektiv. Sju[31] olika samordningsinitiativ (benämns samordningsmedel) identifierades som kan tänkas bidra till en samordnad vård utifrån ett patient- och brukarperspektiv. De konstaterar att det inte finns en vedertagen modell som beskriver hur vården och omsorgen kan arbeta för att förbättra samordningen. Samordning sker sannolikt i praktiken på en rad olika sätt och på olika nivåer inom ett system eller organisation. Vilka typer av samordning som blir aktuella kommer att variera utifrån individens behov och samspelet mellan de olika typerna är sannolikt viktigt. Normativ samordning och tjänstesamordning är de som tydligast utgår från ett patient- och brukarperspektiv.

Behovet av samordning beror dels på hur komplex samordningen av individens vård och omsorg är, dels på individens förutsättningar att själv vara delaktig i och medskapande i samordningen [86]. Ju fler personer och aktörer som är involverade i vården och omsorgen desto mer ökar komplexiteten i samordningen. Det är mindre komplext att samordna insatser inom en vårdenhet än mellan olika enheter som tillhör olika huvudmän. Individers förmåga och förutsättningar att vara delaktig i samordningen av vården varierar också beroende t.ex. av kognitiv förmåga, psykisk hälsa, somatisk förmåga, ålder, språkliga kunskaper och kännedom om samhället. Två dimensioner blir centrala för att identifiera behoven av samordning och vilken modell som är lämpligast:

Komplexiteten i samordningen av individens vård och omsorg. Med komplexitet avses hur många av individens insatser som behöver samordnas och om de organisatoriska förutsättningarna som underlättar eller försvårar samordningen.

Individens förutsättningar att vara delaktig och medskapande i samordningen av sin vård och omsorg. Det handlar t.ex. om individens förmåga att ta de kontakter som behövs för att få sina behov tillgodosedda, vara bärare av information och ta hand om delar av utförandet på egen hand.

Organisatoriska mellanrum

En viktig aspekt som behöver ingå i en analys av effektiva samverkansformer är det som kan kallas *organisatoriska mellanrum*. Den alltmer specialiserade och fragmentiserade vården och omsorgen, inkluderat missbruks- och beroendevården skapar sådana mellanrum. Mellanrum uppstår när samordning av aktiviteter uteblir eller misslyckas;" när en persons, grupps eller organisations ansvar, befogenheter, ambitioner, kompetens, information, etc. tar slut utan att någon annans tar vid". Sådana mellanrum förekommer både inom en organisation och mellan organisationer [89, 90]. En uppdelning av resurser på olika huvudmän och enheter gör det svårt att arbeta med helhetsperspektiv, utifrån individens problembild och behov. Det hjälper dock inte alltid att skapa nya enheter, eftersom nya enheter innebär nya gränser och att nya mellanrum uppstår. Glappen, de organisatoriska mellanrummen kräver grän-

[31] Normativ samordning som utgår från individens behov, tjänstesamordning, professionell samordning, administrativ samordning, organisationssamordning, finansiell samordning, systemsamordning.

söverskridanden för att hanteras [89]. Det görs bäst genom lokalt utformade lösningar, som tar sin utgångspunkt i det vardagliga arbetet och ser till vård- och stödprocessen som helhet. Olika team-formationer, och konstellationer av lösare karaktär är mer lämpade för ”gränsöverskridande samproduktion” [90] utifrån individens aktuella behov.

Missbruksvården kräver situationsanpassning. De professionella inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten är de som möter individen, och det är i mötet med enskilda individer som arbetet sker. Det är med utgångspunkt från individens behov i den specifika situationen som arbetet blir värdefullt för brukaren.

Bilaga 3. Brukarmedverkan i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

En individanpassad beroendevård

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag (S2017/05940/FS (delvis)) att utveckla och ta fram ett kunskapsstöd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). Inom ramen för uppdraget ingår även att beskriva brukarinflytande eller brukarmedverkan.

Personer med opioidberoende har i många fall komplexa och sammanhängande behov. LARO är en integrerad behandling som kombinerar farmakologisk behandling med psykologiska eller psykosociala behandlingar eller psykosociala stödinsatser. De insatser som ingår ska ges med utgångspunkt från patientens behov och med respekt för patientens självbestämmande och integritet (4 kap. 5§ HSLF-FS 2016:1). Bestämmelsen betonar vikten av att behandlingen ska ha en rehabiliterande inriktning, men att insatserna ska vara individuellt anpassade och ges utifrån den enskildes behov.

Följande avsnitt om brukarmedverkan syftar till att öka förutsättningarna för en likvärdig vård och att personen som ges LARO ska ha inflytande i sin behandling.

Brukarmedverkan i LARO

I en svensk intervjustudie med personer som fått LARO framkommer att majoriteten av patienterna uppgav att de vid något tillfälle varit rädda för att bli utskrivna från den pågående behandlingen [18]. Risken för utskrivning från LARO upplevdes som ett hinder för de skulle vara kritiska eller att påtala de problem de upplevde i behandlingen. Även om många patienter ansåg att personalen lyssnade till deras önskemål så innebar rädslan för utskrivning eller andra sanktioner att patienterna upplevde möjligheterna att påverka sin behandling som begränsade [18].

Även andra kvalitativa studier med brukare ger en liknande bild av att vara rädd för att uteslutas från behandlingen om de är för ärliga i relationen med sin läkare eller behandlare [104] eller att de har upplevelsen över att ha blivit begränsade i sina rättigheter, vilket bidragit till deras upplevelse av att ha en låg påverkan på behandlingen [105]. Liksom det omvända, att patienterna upplevde högre grad av livskvalitet och känslan av sammanhang om de haft mer inflytande i sin behandling [105] eller upplevde en högre grad av social anpassning, var mer nöjda med sin behandling och högre grad av patientcentrerad vård, om de fått vara delaktiga i behandlingsbeslut [106, 107].

Andra iakttagelser som gäller missbruksvården för unga personer och hur individens behov tillgodoses har även gjorts av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) [108]. Tillsynen fokuserade på samverkan mellan kommun

och landsting, samt kommunernas myndighetsutövning, deras iakttagelser beskrivs nedan:

- Samordnad individuell plan (SIP) upprättas sällan trots att den enskilde har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård.
- HVB som aktör glöms bort när planer utformas och dessa får inte heller ta del av planeringen och de anser att samverkan med hälso- och sjukvården är problematisk.
- Enskilda får hjälp men genom bristande rutiner och dokumentation är det svårt att veta om de utförda insatserna är de bästa för individen.
- När kommunerna utför egenkontroll granskas inte journaler och annan dokumentation vilket ger begränsat lärande för verksamheterna.
- Mindre kommuner ställs inför särskilda utmaningar där varje enskilt ärende kan kräva ett individuellt angreppssätt.

Problembilden som framkommer ovan är även den bild som Socialstyrelsen fått förmedlad av brukarrepresentanter i samband med myndighetens förstudie samt vid andra möten med brukarorganisationer [109] (workshop med verksamhetsföreträdare m.fl., Socialstyrelsen mars 2018).

Mot bakgrund av den enskildes behov, skiftande möjligheter att vara delaktiga i den vård och omsorg som ges, syftar följande avsnitt om brukarmedverkan till att öka kunskapen om hur brukarmedverkan kan utvecklas i verksamheterna som ger LARO.

Förutsättningar för brukarmedverkan, delaktighet och personcentrerad vård

Brukarmedverkan i läkemedelsassisterad behandling

LARO är en behandling som är omgiven av regelverk och när personen inkluderats i behandlingen är den i sig omgärdad av olika kontroller. Detta medför att personens självbestämmande, autonomi och möjlighet till att påverka är begränsad, särskilt inledningsvis, och just därför är möjligheten till delaktighet, information och delaktighet särskilt viktigt. I följande avsnitt beskrivs begrepp och metoder för brukarmedverkan och delaktighet, som exempelvis delat beslutsfattande.

Brukarmedverkan, patientmedverkan och delaktighet

Brukarmedverkan och patientdelaktighet är begrepp som delar innebörd, men som kan användas lite olika beroende på kontext (socialtjänst respektive hälso- och sjukvård). Generellt sett är det personens behov, villkor och möjligheter som är utgångspunkten för medverkan och delaktigheten.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har genomfört en litteraturöversikt om patientdelaktighet med fokus på vilka evidensmetoder som finns för att öka patientens delaktighet [110]. Där definieras patientdelaktighet så att även personcentrerad vård innefattas, delat beslutsfattande, samt egenvård och där delaktighet betyder att ”dela”. Resultatet visar att det finns evidens för olika interventioner för att stödja patientdelaktighet, samtidigt som det behövs mer forskning för att säkerställa vilka

metoder som är verksamma i olika kontexter. Patientdelaktighet kan ses som medverkan i beslut om sin egen vård och behandling [110]. I ett bredare perspektiv ingår även att patienten kan tillägna sig och tillämpa kunskap om symtom, sjukdom och behandling, men också att patienten kan förmedla kunskap och erfarenheter till personalen.

Studier där delaktighet definieras och vad som är förutsättningar för delaktighet visar att det inte enbart handlar om maktfördelning mellan patient och personal utan också att tillvarata patientens resurser. Dessa kan innebära medverkan i beslut om vård och behandling, delad kunskap och agerande utifrån erfarenheter och värderingar hos patienten [111]. Patientens delaktighet förutsätter en relation, jämlik maktfördelning, delad information, och kunskap samt ett ömsesidigt engagemang i aktiviteterna [112]. Castro och medförfattare har analyserat patientdelaktighet i förhållande till empowerment [113]. I den analysen avgränsas patientdelaktighet till att handla om patientens rätt och förutsättningar att påverka och engagera sig i beslut rörande sin vård. Det sker i en dialog om preferenser och individuella beaktande av patientens erfarenheter och personalens kunskap.

Andra begrepp som är närliggande är medverkan, delaktighet, engagemang och involvering [111]. De har lite olika innebörd som kan vara viktigt att känna till, eftersom de beskriver olika grad av att medverka ”aktivt” eller mer ”passivt” i beslut om vård och behandling.

Personcentrerad vård och bemötande

Personcentrerad vård är ännu ett begrepp som förkommer i hälso- och sjukvården, men det är inte bara en ”ny modell” utan kan ses mer som ett etiskt förhållningssätt och en människosyn som vägleder handlingarna i vårdmötet [19, 114]. Vid personcentrerad vård arbetar personalen i partnerskap med de personer som behöver hälso- och sjukvårdens tjänster och kunskap. Patienten ges både rättigheter och ansvar när det gäller den egna vården och är därmed en aktiv partner. Varje patient behöver därför ha tillgång till information och dokumentation om sin hälsa och behandling. Den samlade dokumentationen är också viktig för en sammanhållen vård. Vården utgår också från varje persons förmåga, vilja och behov. Den personcentrerade vården betonar särskilt att varje människa alltid behandlas med värdighet, medkänsla och respekt [114].

För att vården ska ge goda resultat bör den vårdsökande uppleva bemötandet som respektfullt, kompetent och empatiskt. En individanpassad vård och omsorg innebär att vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet, och att individen ska ges möjlighet att vara delaktig. Det finns tre nivåer för bemötandet: systemnivå (lagstiftning och regler), verksamhetsnivå (rutiner och traditioner) och individnivå (mötet mellan personal och patienter). Hur bemötandet upplevs påverkas bland annat av personalens kunskap, attityder och beteende [3, 115].

Personalen har förutom sin yrkeskunskap även en personlig kompetens som bland annat omfattar empatisk förmåga och förmåga att pedagogiskt förklara tillstånd, orsaker och insatser för patienten. Personcentrerad vård besk-

rivs idag som ett komplement till det som beskrivs som personalens kärnkompetenser. Det baseras på att hela människan ska rymmas i vårdmötet och patienten ska ses och tillvaratas som medskapare i sin egen vård [111].

Delaktighet och jämlik vård

Insatserna som beskrivs i kunskapsstödet för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende behöver anpassas till individens särskilda förutsättningar, erfarenheter och önskemål. Begreppet delaktighet kan ha olika betydelser beroende på sammanhang. Forskningsstudier visar att ur ett hälso- och sjukvårdssammanhang har olika avgränsningar haft inflytande på definitionen av delaktighet [111]. En vanlig beskrivning eller definition av delaktighet är att den avgränsas till *besluten om vård och behandling* [111]. Senare studier lyfter fram vad patienter själva eller tidigare patienter lyfter fram som delaktighet [111]. Ett exempel som kan sägas stämma bra överens med hur patienter själva definierar delaktighet är den som International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) beskriver: att det är en *persons engagemang i sin livssituation* [116]. Då det finns olika definitioner och synsätt på vad delaktighet är kan det vara viktigt att både personal som möter patienter och brukare och att personen med syfte att delta i LARO-behandling tillsammans reflekterar över hur de ser på begreppet delaktighet i vårdmötet. Förutsättningar som beskrivs för patientdelaktighet är att det finns en relation, ett mer jämlikt maktförhållande, delad information och kunskap samt ömsesidigt engagemang i pågående aktiviteter [111].

Information ger förutsättningar för delaktighet

Patienten behöver information för att kunna vara delaktig. Enligt 3 kap. 1 § PL ska varje patient därför få individuellt anpassad information om bland annat sitt hälsotillstånd, vilka metoder för undersökning, vård och behandling som står till buds, sina möjligheter att välja vårdgivare samt om vårdgarantin.

För att ge personen bästa möjliga förutsättningar att välja behandling behöver informationen anpassas till hans eller hennes ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 § PL). Situationer när personer exempelvis har en psykisk sjukdom eller nedsatt kognitiv förmåga, eller är påverkade av narkotika, ställer extra stora krav på individuell anpassning, lyhördhet och kommunikativ kompetens hos personalen.

Patienten behöver också tid för att tänka igenom sina val, och många kan vilja diskutera de olika alternativen med någon närstående. Det kan därför vara bra att även närstående tar del av viktig information, och exempelvis deltar vid möten med vårdpersonal. Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta (3 kap. 5 § PL).

Delaktighet på olika nivåer

Delaktighet och brukarmedverkan beskrivs ofta på individnivå, men kan även beskrivas på verksamhets- och systemnivå, för att främja en god kvalitet. En del patienter har långvarig kontakt med vården och därmed omfattande erfarenheter och kunskaper om densamma. Sådan information bör vården ta vara på för att till exempel förbättra bemötandet av patienter och

klienter samt för att anpassa vårdens organisation och de åtgärder som erbjuds [117].

Patientdelaktighet eller brukarmedverkan kan också beskrivas övergripande med andra termer som att det sker på meso- eller makronivå [111]. Mesonivå innebär patientdelaktighet i regionala hälso- och sjukvårdsfrågor (landstings- och regionnivå). Ett sätt att vara delaktig på övergripande nivå är att vara engagerad i brukarrevisioner som är ett arbetssätt för att på verksamhetsnivå följa upp brukares erfarenheter och upplevelser av verksamheten med syfte att utveckla kvaliteten. Brukarstyrda brukarrevisioner [83], har tagits fram som ett konkret verktyg, inklusive certifiering av verksamheterna, för inflytande på brukarnas villkor (läs mer i kapitlet Systematisk uppföljning och utvärdering). Makronivå handlar om beslut på nationell nivå om struktur och prioriteringsfrågor eller lagstiftning. De olika nivåerna kan inkludera enskilda individer/patienter men också företrädare för organisationer (patientgrupper eller brukarföreningar).

Modeller för brukarmedverkan

Det finns verktyg och principer eller modeller som kan användas i möten inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och som kan bidra till och hjälpa brukare, patienter och personal att stärka inflytandet. Olika modeller som illustrerar delaktighet på individnivå, är exempelvis olika trappmodeller som *delaktighetstrappan*. Ett annat exempel är *delat beslutsfattande* (eng. *shared descision making*). Delat beslutsfattande innebär att patienten och personalen tillsammans fattar beslut om vård och behandling med beaktande av både patientens kunskap och personalens eller den professionelles värderingar och prioriteringar [118].

Brukarmedverkan på individnivå

Olika modeller illustrerar delaktighet på individnivå, vilket i sin tur illustreras av olika trappmodeller som delaktighetstrappan (först beskriven av Arnstein [119]). Den beskriver ju högre personen befinner sig på stegen desto mer delaktig är personen. De fem stegen i delaktighetstrappan är: information, konsultation, dialog, inflytande och medbestämmande. Modellen beskriver att personen uppnår delaktighet först vid det sista steget mellan inflytande och medbestämmande. Modellen ges viss kritik för att för ensidigt fokusera på maktförhållandet mellan personen eller patienten och personalen, utan att ta hänsyn till vilka möjligheter patienten har att vara delaktig [119].

En nyare modell som beskriver delaktighet är SKL:s delaktighetstrappa [120], där alla fem stegen (information, konsultation, dialog, inflytande och medbestämmande) ses som likvärdiga och vilket steg som är att föredra beror på situationen och förutsättningarna som patienten och personalen har [120]. De båda modellerna illustrerar delaktighet hos patienter och kan bidra till att öka förutsättningarna för att göra patienten delaktig.

Vidare ges exempel på hur en delaktighetstrappa kan användas inom LARO. I de inledande faserna i behandlingsprocessen för LARO (figur 1, s 22) kan det vara värdefullt för personen att få upprepad både muntlig och skriftlig information om LARO och att en kontaktperson i verksamheten ut-

ses. Det kan vara en s.k. kontaktsjuksköterska eller en brukarinflytandesamordnare (BISAM) som i sin roll tar hänsyn till att personer har olika behov av och förutsättningar att ta till sig information och att vara delaktiga i sin vård.

I de kommande behandlingsfaserna fortsätter personalen att tydliggöra patientens möjlighet, förutsättningar och behov av delaktighet. Vården och omsorgen kan uppmärksamma och uppmuntra personen att det ska vara dennes fokus i fokus. Personalen kan exempelvis behöva tydliggöra vilka psykologiska och psykosociala insatser som finns på mottagningen och vilka andra aktörer finns som socialtjänsten, primärvården och psykiatrin. I den stabiliserade behandlingsfasen kan brukarmedverkan bl.a. tydliggöras i en samordnad individuell plan. I samband med att LARO-behandlingen avslutas kan det vara aktuellt med en uppföljning av brukarmedverkan på individnivå, vilket t.ex. kan innebära ifyllandet av en patientenkät eller att ett bedömningsinstrument som exempelvis ASI används.

Delat beslutsfattande – shared decision making

Den risk som brukar beskrivas i samband med patientdelaktighet är att beslut om vård och behandling lämnas över till patienten utan att han eller hon önskar det. För att minska den risken kan patientens behov och upplevelse av delaktighet kartläggas.

Metoden delat beslutsfattande eller shared decisicion making (SDM), är den modell som det finns evidens för att den fungerar och som dessutom är väl beskriven både i svensk och i internationell litteratur. Den kan beskrivas genom att behandlaren har en tydlig roll att förmedla kunskap kring evidensbaserade behandlingsmetoder, att förklara och klarlägga deras för- och nackdelar och att uppmuntra patienten till att ta aktiv del i besluten kring behandlingen [118, 121]. Patienten å sin sida bidrar med sina erfarenheter av att leva med sjukdomen och med att beskriva sina behov, preferenser och värderingar [39, 122].

För att delat beslutsfattande ska kunna ske behöver vissa förutsättningar vara uppfyllda; först behöver minst två personer vara involverade och dessa måste dela all relevant information, sedan måste alla delta i beslutsprocessen och beslutet som fattas accepteras av alla parter. Slutligen ska processen avslutas med att ett aktivt beslut fattas; detta kan även innebära att man kommer överens om att inte göra någonting [39].

Det finns stöd i forskning för att SDM kan förbättra rutiner inom den psykiatriska vården genom att: öka följsamheten i behandling, minska behandlingsavbrott och öka tillfredsställelsen med vården [39].

Metoden delat beslutsfattande består av olika delar eller avsnitt/steg och listas nedan:

- Uppmärksamma att ett beslut behöver göras
- Tydliggöra roll och ansvarsfördelning
- Presentera och jämföra alternativ
- Undersöka brukarens förståelse, värderingar och förväntningar
- Identifiera inblandade personers preferenser
- Beslutsfattande
- Planera uppföljning

I det aktiva arbetet med metoden behöver både patienten och personalen material, information och kunskap för att kunna utöva delat beslutsfattande. Därför omfattar metoden vanligtvis någon form av beslutsstöd till patienten, så att möjligheten att vara delaktig ökar. Många verksamheter efterlyser denna typ av formaliserat stöd för arbetssättet, och bristen på standardiserade stödmaterial på svenska kan vara ett skäl till att åtgärden inte har fått tillräckligt genomslag. Socialstyrelsens rapport Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård från 2012 [39] ger en introduktion om metoden, och i skriften Från delaktighet till delat beslutsfattande [40] ges också exempel på hur arbetssättet kan användas.

Det önskvärda resultatet av att arbeta med SDM är att patienten ökar sin kunskap, upplever stärkt autonomi och förbättrad hälsa. Utvärdering av interventionen kan innebära att både de givna insatserna (processmått) och hälsoeffekter följs upp och utvärderas hos patienten (resultatmått). Processmåtten omfattar de handlingar som utförs för att nå avsedd kvalitet, och mäter det som görs och hur interventionen genomförs. Resultatmått är mer konkreta utfallsmått såsom hälsa, livskvalitet eller återfall i sjukdom och visar vilket resultat en intervention har på hur patienten mår [39]. Delat beslutsfattande kan vara ett sätt för vården och omsorgen att leva upp till lagstiftningen (2014:821 patientlagen, PL) om information, delaktighet, samtycke och individuell planering.

Bilaga 4. Kunskapsunderlag och metodbeskrivning

Nedan redovisas kunskapsunderlaget för de frågeställningar (insatser och åtgärder inom behandlingsprocessen) där underlaget utgörs av internationella riktlinjer. Frågeställningarna kommer i samma ordningsföljd som i avsnittet *Stöd för behandlingsprocessens faser*.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende innehåller bindande bestämmelser för verksamheter som erbjuder sådan behandling.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [1] innehåller rekommendationer om vilka åtgärder eller insatser som bör användas inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst. De rekommendationer som finns i kunskapsstödet är utvalda för verksamheter som erbjuder läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. För kunskapsunderlag till rekommendationer inom Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende 2019 [1] hänvisas till Nationella riktlinjer.

Rekommendationer kan också tas fram inom ramen för Socialstyrelsens kunskapsstöd, men i detta kunskapsstöd har Socialstyrelsen inte tagit fram några nya rekommendationer utöver de som redan återfinns inom de nationella riktlinjerna. Det betyder att kunskapsstödet har som mål att vara stödjande, det vill säga ger stöd i hur åtgärder och insatser kan genomföras, utifrån bästa tillgängliga kunskap. Bästa tillgängliga kunskap i detta kunskapsstöd utgörs främst av internationella riktlinjer för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. De rekommendationer som återges från de internationella riktlinjerna är inte att likställa med rekommendationer framtagna av Socialstyrelsen.

För beskrivning av hur Socialstyrelsen valt ut kunskapsunderlaget, se under rubriken *Metodbeskrivning*.

Beskrivning av inkluderade internationella riktlinjer

Utredningsfas

Bedöma om övrigt beroende i kombination med LARO utgör påtaglig medicinsk risk

I kunskapsunderlaget om bedömning av om övrigt beroende i kombination med LARO utgör medicinsk risk ingår följande internationella riktlinjer:

- amerikanska nationella riktlinjer: National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use, ASAM, 2015

- norska nationella riktlinjer: Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Helsedirektoratet, 2010.

Rekommendationen i den amerikanska riktlinjen baseras i denna fråga på tre forskningsstudier [123-125] som undersökt effekterna av användning av andra narkotiska preparat i samband med läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

Rekommendationen i den norska riktlinjen, om att patienter bör erbjudas behandling för alkoholberoende, baseras på en handbok i farmakologi [126] samt på den kliniska erfarenheten i gruppen som har utvecklat riktlinjerna och annan involverad expertis.

Bedöma somatiskt hälsotillstånd

I kunskapsunderlaget för bedömning av somatiskt hälsotillstånd ingår:

- norska nationella riktlinjer: Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Helsedirektoratet, 2010
- amerikanska nationella riktlinjer: National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use, ASAM, 2015.

Rekommendationen i den norska riktlinjen baseras i denna fråga på två forskningsstudier och en forskningsrapport [127]. Graderingen av rekommendationens styrka indikerar brist på direkt tillämpliga kliniska studier av acceptabel kvalitet. Rekommendationen har stöd i forskningsrapporter eller uttalanden från sakkunniga expertkommittéer och/eller klinisk expertis från andra myndigheter.

Rekommendationen i den amerikanska riktlinjen baseras i denna fråga på ASAM Standards of Care for the Addiction Specialist Physician[32].

Bedöma psykiskt hälsotillstånd

I kunskapsunderlaget om bedömning av psykiskt hälsotillstånd ingår följande internationella riktlinjer:

- norska nationella riktlinjer: Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Helsedirektoratet, 2010
- amerikanska nationella riktlinjer: National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use, ASAM, 2015.

Rekommendationen i den norska riktlinjen baseras i denna fråga på en forskningsstudie och tre forskningsrapporter [128-131]. Graderingen av rekommendationens styrka indikerar brist på direkt tillämpliga kliniska studier av acceptabel kvalitet. Rekommendationen har stöd i forskningsrapporter eller uttalanden från sakkunniga expertkommittéer och/eller klinisk expertis från andra myndigheter.

[32] En nationell standard för specialistvård med fokus på missbruk och beroende och som gäller för alla läkare som ansvarar för vård av patienter med beroende och relaterade sjukdomar. Denna standard är avsedd att stödja kvalitetsförbättringsaktiviteter som utförs inom hälso- och sjukvårdens system och i praxis. Utgör även ett certifieringsorgan för medicinsk specialitet och enskilda läkares yrkesutövning.

Rekommendationen i den amerikanska riktlinjen baseras i denna fråga på ASAM Standards of Care for the Addiction Specialist Physician[33].

Bedöma social situation

I kunskapsunderlaget om bedömning av social situation ingår följande internationella riktlinjer:

- amerikanska nationella riktlinjer: National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use, ASAM, 2015.

Rekommendationen i den amerikanska riktlinjen baseras i denna fråga på ASAM Standards of Care for the Addiction Specialist Physician[34].

Bedöma risken för att patienten blir aggressiv eller våldsam

I kunskapsunderlaget om bedömning av risken för att patienten blir aggressiv eller våldsam ingår följande internationella riktlinjer:

- riktlinjer från National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings (CG120). 2011/2016.

Rekommendationen i riktlinjen från NICE baseras i denna fråga på en metaanalys [132] och en systematisk översikt/metaanalys [133]. År 2016 genomfördes en översyn av riktlinjen som inte föranledde någon ändring av rekommendationen.

Upprätta samordnad individuell plan (SIP)

I kunskapsunderlaget om att upprätta samordnad individuell plan ingår följande internationella riktlinjer:

- norska nationella riktlinjer: Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Helsedirektoratet, 2010

Rekommendationen i den norska riktlinjen baseras i denna fråga på konsensus. Rekommendationen är svag och är baserad på den kliniska erfarenheten i gruppen som har utvecklat riktlinjerna och annan involverad expertis.

Inledande behandlingsfas

Övervakat läkemedelsintag

I kunskapsunderlaget om övervakat läkemedelsintag ingår följande internationella riktlinjer:

- riktlinjer från WHO: Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence, WHO, 2009.

De råd som ges i riktlinjen från WHO, om hur utlämningen av läkemedel i läkemedelsassisterad behandling kan genomföras, baseras i denna fråga på

[33] ibid
[34] ibid

olika typer av kunskapsunderlag, inklusive extrapolering av data från kliniska studier av experter i riktlinjens utvecklingsgrupp, epidemiologiska studier och medicin-etiska principer. Denna rekommendation avser de minimala kraven vid tillhandahållande av behandling för opioidberoende.

Läkemedel vid opioidberoende och psykiatrisk samsjuklighet

I kunskapsunderlaget om läkemedel vid opioidberoende och psykiatrisk samsjuklighet ingår följande internationella riktlinjer:

- norska nationella riktlinjer: Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Helsedirektoratet, 2010
- riktlinjer från WHO: Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence, WHO, 2009
- amerikanska nationella riktlinjer: National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use, ASAM, 2015.

Rekommendationen i den norska riktlinjen, om att behandling för beroende och samtidig psykisk sjukdom bör ske integrerat, baseras i denna fråga på en forskningsstudie och tre forskningsrapporter [128-131]. Graderingen av rekommendationens styrka indikerar brist på direkt tillämpliga kliniska studier av acceptabel kvalitet. Rekommendationen har stöd i forskningsrapporter, uttalanden från sakkunniga expertkommittéer och/eller klinisk expertis från andra myndigheter.

Rekommendationen i riktlinjen från WHO, om att behandling för beroende och samtidig psykisk sjukdom bör ske integrerat, baseras i denna fråga på olika typer av kunskapsunderlag, inklusive extrapolering av data från kliniska studier av experter i riktlinjens utvecklingsgrupp, epidemiologiska studier och medicin-etiska principer. Denna rekommendation avser ”best-practice” och utgör prioriterade strategier för att uppnå optimal hälsovinst vid tillhandahållande av behandling för opioidberoende.

Rekommendationen i den amerikanska riktlinjen, om att kliniker bör vara medvetna om potentiella interaktioner mellan läkemedel, baseras i denna fråga på ASAM Standards of Care for the Addiction Specialist Physician[35].

Läkemedel inom ramen för LARO vid samtidig graviditet

I kunskapsunderlaget om läkemedel inom ramen för LARO vid samtidig graviditet ingår följande internationella riktlinjer:

- riktlinjer från WHO: Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, WHO, 2014
- amerikanska nationella riktlinjer: National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use, ASAM, 2015.

[35] En nationell standard för specialistvård med fokus på missbruk och beroende och som gäller för alla läkare som ansvarar för vård av patienter med beroende och relaterade sjukdomar. Denna standard är avsedd att stödja kvalitetsförbättringsaktiviteter som utförs inom hälso- och sjukvårdens system och i praxis. Den utgör även ett certifieringsorgan för medicinsk specialitet och enskilda läkares yrkesutövning.

Rekommendationen i riktlinjen från WHO, om att gravida med opioidberoende bör få farmakologisk behandling med metadon eller buprenorfin, baseras i denna fråga på tre primärstudier [134-136]. Det vetenskapliga underlaget bedömdes som mycket lågt och rekommendationen baserades på konsensus. Rekommendationens styrka fastställdes som "stark" av riktlinjegruppen trots den låga kvaliteten på underlaget eftersom fördelarna i hög grad överväger riskerna. Rekommendationen i den amerikanska riktlinjen baseras i denna fråga på bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet.

Rekommendationen i den amerikanska riktlinjen, om att delad dosering är mer effektiv och har färre biverkningar än enstaka doser, baseras på fem primärstudier [137-140]. Det vetenskapliga underlaget utgörs av bästa tillgängliga kunskap och konsensus (enligt RAM) [141].

Stabiliserad behandlingsfas

Följa upp planer

I kunskapsunderlaget om att följa upp vårdplan ingår följande internationella riktlinjer:

- riktlinjer från WHO: Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence, WHO, 2009
- norska nationella riktlinjer: Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Helsedirektoratet, 2010.

Rekommendationen i riktlinjen från WHO baseras i denna fråga på olika typer av kunskapsunderlag, inklusive extrapolering av data från kliniska studier av experter i riktlinjens utvecklingsgrupp, epidemiologiska studier och medicin-etiska principer. Denna rekommendation avser de minimala kraven vid tillhandahållande av behandling för opioidberoende.

Rekommendationen i den norska riktlinjen baseras i denna fråga på konsensus. Graderingen av rekommendationens styrka indikerar brist på direkt tillämpliga kliniska studier av acceptabel kvalitet. Rekommendationen har stöd i forskningsrapporter, uttalanden från sakkunniga expertkommittéer och/eller klinisk expertis från andra myndigheter.

Överlåta till patienten att själv hantera sina läkemedel

I kunskapsunderlaget om att överlåta till patienten att själv hantera sina läkemedel ingår följande internationella riktlinjer:

- norska nationella riktlinjer: Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Helsedirektoratet, 2010
- British Columbia Centre on substance use. A guideline for the clinical management of opioid use disorder. Canada, 2017.

Rekommendationen i den norska riktlinjen, om att en plan för utglesning av hämtningstillfällen tas fram, baseras i denna fråga på konsensus. Rekommendationen är svag och är baserad på den kliniska erfarenheten i gruppen som har utvecklat riktlinjerna och annan involverad expertis.

Rekommendationen om att planen för hämtningstillfällen bör utvärderas vid återfall baseras på stöd i forskningsrapporter, uttalanden från sakkunniga expertkommittéer och/eller klinisk expertis från andra myndigheter. Rekommendationen är svag och graderingen av rekommendationens styrka indikerar brist på direkt tillämpliga kliniska studier av acceptabel kvalitet.

Rekommendationerna i den kanadensiska riktlinjen, om egen hantering av läkemedlen och planerade och slumpmässiga urinprov, samt utvärdering av planen för hämtningstillfällen, baseras på åtta primärstudier [142-149]. Underlagets kvalitet graderas som högt enligt GRADE och styrkan i rekommendationen är stark.

Ge stöd till nya sociala sammanhang i den stabiliserade behandlingsfasen

I kunskapsunderlaget om att ge stöd till nya sociala sammanhang ingår följande internationella riktlinjer:

- norska nationella riktlinjer: Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Helsedirektoratet, 2010

Rekommendationen i den norska riktlinjen baseras i denna fråga på en utvärdering, två masteruppsatser och ett konferensbidrag [150-153] och på konsensus. Rekommendationen är svag och är baserad på den kliniska erfarenheten i gruppen som har utvecklat riktlinjerna och annan involverad expertis.

Avsluta LARO-behandling

Avsluta LARO-behandling

I kunskapsunderlaget om att avsluta LARO-behandling ingår följande internationella riktlinjer:

- norska nationella riktlinjer: Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Helsedirektoratet, 2010
- riktlinjer från WHO: Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence, WHO, 2009

Rekommendationerna i den norska riktlinjen baseras i denna fråga på en primärstudie, en doktorsavhandling och en forskningsrapport [154-156]. Rekommendationerna, om noggrant övervägande vid avslutning av läkemedelsassisterad behandling och att patienten följs upp med tät rådgivning och stöd under och efter nedtrappning, är starka och baseras på tillräckligt starkt vetenskapligt underlag. Rekommendationen om information om risker med att avsluta behandlingen är svag och baseras på den kliniska erfarenheten i gruppen som har utvecklat riktlinjerna och annan involverad expertis.

Rekommendationen i riktlinjen från WHO baseras i denna fråga på konsensus.

Metodbeskrivning

Hur vi valt ut frågeställningar att belysa i kunskapsstödet

Innehållet i kunskapsstödet för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO-kunskapsstödet) styrs av de behov som Socialstyrelsen identifierat i diskussion med intressenter. Behovsinventeringen har skett i flera förarbeten, bland annat utifrån resultaten från uppdraget [2] att öka kunskapen om den läkemedelsassisterade behandlingen vid opiatberoende arbetet med en förstudie [3] inför framtagning av kunskapsstödet, men främst en workshop med verksamhetsföreträdare, läkare inom beroendemedicin och psykiatri, socionomer, representanter för brukarföreningar, forskare på området m.fl. som Socialstyrelsen genomförde i inledningen av arbetet med kunskapsstödet (mars 2018). Utifrån arbetet med förstudien tog Socialstyrelsen fram en beskrivning av behandlingsprocessen för LARO, indelad i fem faser. Med utgångspunkt i workshoparbetet har Socialstyrelsen identifierat de frågeställningar inom respektive fas, där vi bedömer att behovet av kunskapsstöd är störst och där vi tror att kunskapsstödet bäst kan bidra till en likvärdig vård och omsorg inom LARO.

Hur vi tagit fram kunskapsunderlag till LARO-kunskapsstödet

Socialstyrelsen har genomfört systematiska litteratursökningar och i första hand eftersökt internationella riktlinjer om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Enligt den process som Socialstyrelsen arbetar efter då vi tar fram kunskapsstöd (dnr 1.3-22074/2017) är redan publicerade riktlinjer (internationella, nordiska eller svenska) av god kvalitet ett förstahandsval utifrån resursskäl. Med god kvalitet avses bland annat att riktlinjerna baseras på systematiska litteratursökningar och att grunden för rekommendationerna är transparent. När riktlinjer identifierats bedöms deras kvalitet enligt bedömningsverktyget AGREE [4].

Internationella och nordiska riktlinjer behöver också bedömas som överförbara till svenska förhållanden. För LARO-kunskapsstödet har ett tiotal internationella riktlinjer passerat kvalitets- och relevansgranskningen och använts som underlag. Utifrån dessa riktlinjer har Socialstyrelsen för de flesta frågeställningarna endast kunnat ge ett visst stöd.

För frågeställningar där inga befintliga riktlinjer identifieras som kan utgöra kunskapsunderlag, är prioritetsordningen för att ta fram vetenskapligt underlag enligt Socialstyrelsens process att söka efter befintliga systematiska översikter, att ta fram en systematisk översikt utifrån primärstudier eller att ta fram en systematisk kartläggning av den vetenskapliga litteraturen. I arbetet med kunskapsstödet har Socialstyrelsen inte sökt systematiskt efter annat vetenskapligt underlag än befintliga riktlinjer. Ett undantag är frågan om ickeförskrivet bruk av metadon och buprenorfin och vidareförmedling av dessa substanser från patienter i läkemedelsbehandling som ges i LARO (”läckage”), där systematiska översikter och primärstudier eftersökts. Skälet till att Socialstyrelsen separat sökt efter annat vetenskapligt underlag i denna fråga

är att vi bedömt att det är en angelägen frågeställning att ge kunskapsstöd kring och att det samtidigt saknas stöd i både våra egna och i internationella riktlinjer.

Enligt Socialstyrelsens process för framtagning av kunskapsstöd kan det vetenskapliga underlaget behöva kompletteras med andra typer av kunskapsunderlag och beprövad erfarenhet. För många frågeställningar, särskilt sådana som är av karaktären att de är direkt beroende av svensk kontext; svensk lagstiftning, organisation av vård och omsorg i Sverige, ansvarsförhållanden etc. utgörs kunskapsunderlaget främst av förarbeten till lag, publikationer från Socialstyrelsen eller andra myndigheter, regionala vårdprogram och liknande. Dessa underlag är inte framtagna i systematiska sökningar. Socialstyrelsen har inte heller systematiskt inhämtat beprövad erfarenhet i arbetet med LARO-kunskapsstödet.

Behandlingsprocessen vid läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Litteratursökningar

Socialstyrelsens informationsspecialist har eftersökt internationella riktlinjer inom behandling av opioidberoende (se sökdokumentation sist i bilagan). Därtill har relevanta nationella och internationella organisationers webbsidor genomsökts.

Urvalsprocess

En utredare gjorde granskningen av artikelsammanfattningar (abstracts). Totalt identifierades 149 unika artikelsammanfattningar (abstracts) varav 31 lästes i fulltext. Därefter tillkom 4 publikationer som lästes i fulltext. Läsningen av publikationerna i fulltext gjordes av en annan utredare. Beslut om exklusion och inklusion efter fulltextgranskningen gjordes av samma utredare. Av de 35 publikationerna exkluderades i ett första steg 19 publikationer av mer uppenbara skäl, som att de inte innehöll tydliga rekommendationer eller inte innehöll någon information om att litteratursökningar genomförts.

I en slutlig bedömning av de 16 återstående publikationerna togs hänsyn till deras relevans i relation till urvalskriterierna och den svenska kontexten, samt kvalitetsgranskades enligt AGREE II. Relevansen för svenska förhållanden är granskad av externa experter.

Resultat

Efter litteratursökning, urval, relevansbedömning och kvalitetsgranskning enligt ovan inkluderades följande tio riktlinjer som underlag för kunskapsstödet:

Tabell 1. Inkluderade riktlinjer

Internationella riktlinjer som inkluderats i kunskapsstödet
ASAM. The National Practice Guideline for the use om medications in the treatment of addiction involving opioid use. American Society of Addiction Medicine. 2015. Hämtad 2017-10-26 från: https://www.asam.org/docs/default-source/practice-support/guidelines-and-consensus-docs/asam-national-practice-guideline-supplement.pdf
British Columbia Centre on substance use. A guideline for the clinical management of opioid use disorder. Canada. 2017. Hämtad 2017-10-19 från: http://www.bccsu.ca/care-guidence-publications/
Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Helsedirektoratet, 2010. Hämtad 2018-05-28 från: https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-legemiddelassistert-rehabilitering-ved-opioidavhengighet
NICE. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: NICE guidance. 2007. Hämtad 2017-10-23 från: https://www.nice.org.uk/guidance/ta114
NICE. Drug misuse in over 16s: opioid detoxification: Clinical guideline. 2007. Hämtad 2017-10-26 från: https://www.nice.org.uk/guidance/cg52
NICE. Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. 2007. Hämtad 2017-10-26 från: https://www.nice.org.uk/guidance/cg51
NICE. Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings (CG120). 2011/2016.
NICE. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services [NG58], 2016
World Health Organizatione. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. 2009. Hämtad 2017-10-23 från: http://www.who.int/substance_abuse/publications/9789241547543/en/
World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014. Hämtad 2017-10-23 från: http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

I den slutliga kvalitetsbedömningen av de 16 återstående publikationerna exkluderades 6 referenser. Dessa riktlinjer exkluderades framför allt på grund av brister i metod, exempelvis saknades beskrivning av metoden för att systematiskt söka och kvalitetsgranska det vetenskapliga underlaget, samt metoden för hur rekommendationerna tagits fram och vilket underlag som ligger till grund för rekommendationerna (enligt AGREE II). Nedan följer en tabell över de internationella riktlinjer som exkluderades:

Tabell 2. Exkluderade riktlinjer

Internationella riktlinjer som exkluderats vid slutlig kvalitetsbedömning
Australian Government, Department of Health. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. 2014.
NICE. Naltrexone for the management of opioid dependence, 2007/2010/2014
Ontario, CPSO. Methadone Maintenance Treatment Program Standards and Clinical Guidelines. The College of physicians & surgeons of Ontario, 2011.
Ontario, Registered Nurses' Association of Ontario. Supporting clients on methadone maintenance treatment. Clinical best practice guidelines. 2009.
United Kingdom, Department of Health. Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Independent Expert Working Group. Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. Update 2017
Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin. Lovkrav og anbefalninger. Sundhedsstyrelsen (Danmark), 2017

Icke-förskrivet bruk av metadon och buprenorfin samt vidareförmedling av dessa substanser från patienter i läkemedelsassisterad behandling

Socialstyrelsens informationsspecialist har eftersökt systematiska översikter och primärstudier om vidareförmedling av läkemedel från läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (se sökdokumentation sist i bilagan). En extern sakkunnig har utifrån sökresultaten sammanställt en översikt [71] över forskningen om icke-förskrivet bruk av metadon och buprenorfin samt över forskningen om vidareförmedling från patienter i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Särskild uppmärksamhet ägnas i översikten åt den forskning som genomförts i Sverige, av bland annat nämnda sakkunnig. Översikten är inte genomförd på ett systematiskt sätt och är heller inte publicerad. Den går dock att begära ut från Socialstyrelsen.

Samverkan

Litteratursökningar

En systematisk litteratursökning har gjorts av svenska, nordiska och anglosaxiska studier med fokus på samverkan mellan professioner eller organisationer kring patienter i läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende. Med samverkansformer avses, utifrån Socialstyrelsens definition av samverkan, insatser som handlar om ett *övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte.*

Följande frågeställningar och utfallsmått formulerades för litteratursökningen:

- På vilket sätt kan samverkan organiseras mellan olika professioner eller organisationer för att
- öka/stärka kvaliteten i behandlingen?
- patienten kvarstannar i behandlingen (förutsättningar för att inleda, och komma igång med en rehabilitering).
- bidra till en sammanhållen vård och behandling för patienten (t.ex. att det inte blir orimliga väntetider eller avbrott pga organisatoriska hinder)
- patienten får ökad livskvalitet i termer av förbättrad hälsa36, enligt WHO:s definition.

Resultatet av litteratursökningen visar att det saknas relevanta och aktuella svenska, nordiska eller anglosaxiska studier om vad som är effektiva samverkansformer mellan socialtjänsten och beroendevården kring personer med opioidberoende (inkluderat LARO-verksamheter) på organisationsnivå. Ett fåtal svenska utvärderingar finns som, i varierande grad, undersöker samverkan och samverkansformer mellan olika huvudmän kring målgruppen, dvs. opioidberoende personer i behov av LARO. Resultatet av litteratursökningen, urvalet och sammanställningen är inte systematiskt sammanställd och gör inte anspråk på att vara heltäckande.

[36] WHO:s definition av hälsa: hälsa är fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning". Socialt välbefinnande inbegriper att faktorer som boende, arbetsliv, ekonomiska möjligheter och socialt nätverk har betydelse för att minska ohälsa.

SBU har gjort en kartläggning av kunskapsläget utifrån systematiska översikter om samverkan vid psykisk ohälsa inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt socialförsäkring [157]. I kartläggningen ingår studier där personer har beroendeproblem och samtidig annan psykiatrisk problematik, men inte studier där populationen är personer med beroendeproblem. SBU:s kartläggning visar att det saknas relevanta och aktuella systematiska översikter som bidrar med kunskap om samverkansinsatser inom området Välfärd. Det finns flera kunskapsluckor gällande samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården. Här behövs nya systematiska översikter såväl som primärstudier. Av rapporten framgår även att det finns begränsat med forskning om samarbete kring individer i utsatta livssituationer. Inom området Arbete finns det kunskap framförallt om metoden *supported employment/individual placement and support* (SE/IPS) vid allvarlig psykisk ohälsa.

SBU har även gjort en kartläggning av kunskapsläget utifrån systematiska översikter om utredningar och insatser som genomförs inom socialtjänsten för vuxna personer som är beroende av alkohol eller narkotika [87]. Av kartläggningen framgår att samverkan och informationsöverföring mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården bedöms vara ett område där det saknas vetenskaplig kunskap. Enligt SBU:s bedömning anses det vara en vetenskaplig kunskapslucka när en eller flera systematiska översikter av medelhög eller hög kvalitet visar på en osäker effekt av en metod, insats eller åtgärd eller systematiska översikter av medelhög eller hög kvalitet saknas [87].

Underlaget till kapitlet om samverkansformer har hämtats från Socialstyrelsens rapporter, svenska studier om samverkan inom välfärdsområdet [88-91, 93, 95, 98-100, 103] samt genom studiebesök och kontakter med verksamheter som bedriver LARO.

Brukarmedverkan

Litteratursökningar

En systematisk litteratursökning har gjorts av svenska, nordiska och anglosaxiska studier med fokus på brukarmedverkan i läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende. Även de tio inkluderade riktlinjerna i kunskapsstödet har använts. Därutöver har myndighetsrapporter som inkluderat brukarmedverkan eller angränsande begrepp som brukarinflytande eller patientdelaktighet använts. Även skrift från professionsförbund och en lärobok om delaktighet och patientmedverkan har utgjort kunskapsunderlag till avsnittet.

För beskrivning av vad som avses med brukarmedverkan hänvisas till avsnittet om brukarmedverkan i kunskapsstödet Bilaga 3.

Urvalsprocess

En utredare, som hade fokus på brukarmedverkan, gjorde granskningen och läsningen av artikelsammanfattningarna (se dokumentation av sökningen s. 98), de utvalda riktlinjerna samt innehållet i de myndighetsrapporter som var relevant för området. I samband med läsningen och författandet av texten träffade utredaren och projektgruppen en forskare inom området (tillika en av författarna i ovan nämnda lärobok) för diskussion kring forskningsläget och innehållet generellt i avsnittet.

Resultat

Resultatet av litteratursökningen, urvalet och sammanställningen är inte systematiskt sammanställd och gör inte anspråk på att vara heltäckande.

Dokumentation av litteratursökningar

Riktlinjer inom behandling av opioidberoende

Databas: PubMed; TRIP Databasleverantör: Datum: 2017-10-19
Ämne: Guidelines, riktlinjer och vägledningar inom behandling av opioidberoende.
Sökning gjord av: Natalia Berg
På uppdrag av: Regina Ylvén

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	Opioid-Related Disorders[Mesh] OR Opioid-Related Disorder*[tiab] OR Opioid Use Disorder*[tiab] OR opiate addiction[tiab] OR opioid addiction[tiab] OR opioid dependence[tiab] OR opiate dependence[tiab] OR heroin addiction[tiab] OR heroine dependence[tiab] OR heroin-related disorder*[tiab] OR heroine abuse[tiab] OR heroine[ti]	24215
2.	Mesh	Opioid-Related Disorders/drug therapy[Mesh] OR "Opiate Substitution Treatment"[Mesh] OR "Methadone/therapeutic use"[Mesh] OR "Buprenorphine/therapeutic use"[Mesh]	13067
3.	FT	Medication-Assisted Treatment[tiab] OR Maintenance medication[tiab] OR Opioid Replacement Therap*[tiab] OR Opiate Replacement Therap*[tiab] OR Opioid Substitution[tiab] OR Opiate Substitution[tiab] OR ((methadone[ti] OR buprenorphine[ti]) AND (treatment[tiab] OR therapy[tiab])) OR methadone maintenance[tiab] OR buprenorphine maintenance[tiab] OR opioid treatment program*[tiab] OR methadone program*[tiab] OR methadone treatment[tiab] OR buprenorphine treatment[tiab]	8928
4.		2 OR 3	15877
5.		1 AND 4	9030
6.	Mesh/FT	"Psychotherapy"[Mesh]) OR "Social Support"[Mesh] OR psychosocial support[tiab] OR social support[tiab] OR psychotherap*[tiab] OR psychosocial intervention*[tiab] OR psychological intervention*[tiab] OR psychosocial treatment[tiab] OR psychological treatment[tiab] OR psychosocial*[ti]	279025
7.	Mesh/FT	"Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Guideline" [Publication Type] OR "Standard of Care"[Mesh] OR "Guideline Adherence"[Mesh] OR "Practice Guideline" [Publication Type] OR ((guideline*[ti] OR guidance*[ti]) NOT Medline[sb])	192994
8.		5 AND 7 Publication date from 2000/01/01, English, Norwegian, Swedish	**113**
9.		1 AND 6 AND 7 Publication date from 2000/01/01, English, Norwegian, Swedish	**17**
TRIP database			
10.		"Medication-Assisted Treatment" OR "Maintenance medication" OR "Opioid Replacement Therap*" OR "Opiate Replacement Therap*" OR "Opioid Substitution" OR "Opiate Substitution" OR "methadone maintenance" OR "buprenorphine maintenance" OR "opioid treatment program*" OR "methadone program*" OR "methadone treatment" OR "buprenorphine treatment" Limits: Guidelines	52

PubMed:
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
SB = PubMeds filter för:
- systematiska översikter (systematic[sb])
- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten
ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

Läckage av läkemedel vid LARO (exempel)

Databas: PubMed Datum: 2018-12-14
Ämne: Läckage av läkemedel vid LARO-behandling
Sökning gjord av: Natalia Berg
På uppdrag av: Regina Ylvén

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	Opioid-Related Disorders/therapy[Mesh] OR "Opiate Substitution Treatment"[Mesh] OR "Methadone"[Mesh] OR "Buprenorphine"[Mesh] OR Medication-Assisted Treatment[tiab] OR Maintenance medication[tiab] OR Opioid Replacement Therap*[tiab] OR Opiate Replacement Therap*[tiab] OR Opioid Substitution[tiab] OR Opiate Substitution[tiab] OR opioid maintenance[tiab] OR opioid treatment program*[tiab] OR methadone[tiab] OR buprenorphine[tiab] OR subutex[tiab] OR suboxone[tiab]	26874
2.	Mesh/FT	"Prescription Drug Diversion"[Majr] OR diver*[ti]	112143
3.	FT	1 AND 2	141
4.	Mesh/FT	"Prescription Drug Diversion"[Mesh] OR diversion[tiab] OR diverted[tiab] OR diverter*[tiab] OR leakage[tiab]	76400
5.	Mesh/FT	"Street Drugs"[Mesh] OR "Prescription Drug Misuse"[Mesh] OR "Prescription Drug Monitoring Programs"[Mesh] OR illicit[ti] OR illicit drug*[tiab]OR illicit use[tiab] OR diversion[tiab] OR illicit market[tiab] OR methadone market[tiab] OR selling[tiab] OR sale[tiab] OR black market[tiab] OR sharing[tiab] OR misuse*[ti] OR non-medical use*[tiab] OR illegal[tiab] OR methadone misuse[tiab] OR buprenorphine misuse[tiab] OR inject*[tiab]	815088
6.		1 AND 4 AND 5	494
7.		3 OR 6 Filters: Publication date from 2005/01/01; English, Swedish	**435**
8.		7 AND Filters: Systematic Reviews;	**9**

PubMed:
*)
MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)
Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade
NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts
MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)
SB = PubMeds filter för:
- systematiska översikter (systematic[sb])
- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])
FT = Fritextterm/er
tiab= sökning i title- och abstractfälten
ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term
**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Samverkan (exempel)

Databas: PsycInfo, PsycArticles, SocIndex, Medline, CINAHL **Databasleverantör:** EBSCO **Datum:** 2018-04-18, (2018-09-10)

Ämne: Samverkan mellan olika verksamheter inom LARO.

Sökning gjord av: Natalia Berg

På uppdrag av: Regina Ylvén

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT	TI ("Opioid Replacement Therap*" OR "Opiate Replacement Therap*" OR "Opioid Substitution" OR "Opiate Substitution" OR "methadone maintenance" OR "buprenorphine maintenance" OR "opioid treatment program*" OR "methadone program*" OR "opioid maintenanance") OR AB ("Opioid Replacement Therap*" OR "Opiate Replacement Therap*" OR "Opioid Substitution" OR "Opiate Substitution" OR "methadone maintenance" OR "buprenorphine maintenance" OR "opioid treatment program*" OR "methadone program*" OR "opioid maintenanance") OR SU ("Opioid Replacement Therap*" OR "Opiate Replacement Therap*" OR "Opioid Substitution" OR "Opiate Substitution" OR "methadone maintenance" OR "buprenorphine maintenance" OR "opioid treatment program*" OR "methadone program*" OR "opioid maintenanance")	15257
2.	FT	TI (interprofessional OR interdisciplinary OR inter-disciplinary OR partnership OR "social work*" OR cooperate OR cooperative OR cooperation OR multiprofessional OR multi-professional OR multidisciplinary OR multi-disciplinary OR collaborate OR collaboration OR collaborative OR team* OR integration OR integrated OR coordinate* OR coordination OR integrating OR "community network*" OR "patient-centered" OR "patient-centred" OR "patient individual plan*" OR "organizational linkage") OR AB (interprofessional OR interdisciplinary OR inter-disciplinary OR partnership OR "social work*" OR cooperate OR cooperative OR cooperation OR multiprofessional OR multi-professional OR multidisciplinary OR multi-disciplinary OR coordinate* OR coordination OR collaborate OR collaboration OR collaborative OR team* OR integration OR integrated OR integrating OR "community network*" OR "patient-centered" OR "patient-centred" OR "patient individual plan*") OR SU (interprofessional OR interdisciplinary OR inter-disciplinary OR partnership OR "social work*" OR cooperate OR cooperative OR cooperation OR coordinate* OR coordination OR multiprofessional OR multi-professional OR multidisciplinary OR multi-disciplinary OR collaborate OR collaboration OR collaborative OR team* OR integration OR integrated OR integrating OR "community network*" OR "patient-centered" OR "patient-centred" OR "patient individual plan*")	2030537
3.		1 AND 2 Narrow by Methodology: - meta analysis Narrow by Methodology: - systematic review Narrow by Methodology: - literature review	**30**
4.	FT	TI ("social work*" OR "criminal justice setting*" OR prison* OR social service* OR police OR psychiatry OR pharmacist* OR "community mental health" OR "community health service*" OR "community service*" OR "social support" OR psychosocial support") OR AB ("social work*" OR "criminal justice setting*" OR prison* OR social service* OR police OR psychiatry OR pharmacist* OR "community mental health" OR "community health service*" OR "community service*" OR "social support" OR psychosocial support") OR SU ("social work*" OR "criminal justice setting*" OR prison* OR social service* OR police OR psychiatry OR pharmacist* OR "community mental health" OR "community health service*" OR "community service*" OR "social support" OR psychosocial support")	966739
5.		1 AND 2 AND 4 systematic review; literature review Publication year 2000-	**8**
6.	FT	sweden or swedish or norway or norweigan or denmark or danish OR Canada OR canadian OR Australian OR Nordic OR Scandinavian OR Finland	2308661

Databas: PsycInfo, PsycArticles, SocIndex, Medline, CINAHL **Databasleverantör:** EBSCO **Datum:** 2018-04-18, (2018-09-10) **Ämne:** Samverkan mellan olika verksamheter inom LARO. **Sökning gjord av:** Natalia Berg **På uppdrag av:** Regina Ylvén			
7.		1 AND 2 AND 4 AND 6	**36**
8.	FT	sweden or swedish or norway or norweigan or denmark or danish OR Nordic OR Scandinavian	827832
9.		1 AND 4 AND 8	**66**

Ebsco-baserna:
*)
DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)
FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"
FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract
ZX = Methodology
+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade

Brukarmedverkan (exempel)

Databas: PsycInfo, PsycArticles, SocIndex, CINAHL **Databasleverantör: EBSCO**
Datum: 2018-08-20
Ämne: Brukarmedverkan i missbruksvården vid LARO-behandling
Sökning gjord av: Francesca Rio
På uppdrag av: Malin Bruce

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
		LARO-behandling	
1.	FT	TI ("Opioid Replacement Therap*" OR "Opiate Replacement Therap*" OR "Opioid Substitution" OR "Opiate Substitution" OR "methadone maintenance" OR "buprenorphine maintenance" OR "opioid treatment program*" OR "methadone" OR "opioid maintenanance") OR AB ("Opioid Replacement Therap*" OR "Opiate Replacement Therap*" OR "Opioid Substitution" OR "Opiate Substitution" OR "methadone maintenance" OR "buprenorphine maintenance" OR "opioid treatment program*" OR "methadone program*" OR "opioid maintenanance") OR SU ("Opioid Replacement Therap*" OR "Opiate Replacement Therap*" OR "Opioid Substitution" OR "Opiate Substitution" OR "methadone maintenance" OR "buprenorphine maintenance" OR "opioid treatment program*" OR "methadone program*" OR "opioid maintenanance" OR "treatment of drug addiction")	11,409
		Brukarmedverkan	
2.		SU("Patient Participation" OR "Patient Preference") OR DE ("Decision Making, Patient" OR "decision making, shared" OR decision making) OR TI ("shared decision making" OR "Patient Participation" OR "Patient Preference" OR "Patient engagement" OR empowerment OR "Patient Preference" OR "Patient engagement") OR AB ("shared decision making" OR "Patient Participation" OR "Patient Preference" OR "Patient engagement" OR empowerment OR "Patient Preference" OR "Patient engagement")	175,943
3.		1 AND 2 From 2008-	**132**
		idéburna organisationer	
4.		SU (Organizations OR Patient Advocacy OR consumer advocacy OR Patient Rights OR "RECOVERY movement" OR "PRESSURE groups" OR "SOCIAL advocacy" OR "CITIZENS' associations") OR TI ("user organization*" OR "patient organization*" OR "patient groups" OR advocacy) OR AB ("user organization*" OR "patient organization*" OR "user groups" OR "patient groups" OR advocacy)	292,420
5.		1 AND 4, from 2008-	71 (**3** selected)

Ebsco-baserna:
*)
DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)
FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"
FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract
ZX = Methodology
+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

**)
De fetmarkerade referenserna finns nedsparade