

Läkemedelsassisterad  
behandling vid  
opiatberoende  
**Slutsatser och förslag**

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se).

ISBN 978-91-7555-297-2  
Artikelnummer 2015-3-35

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), mars 2015

# Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att öka kunskapen om den läkemedelsassisterade behandlingen för opiatberoende, LARO-behandlingen. Det gäller tillgänglighet till behandling och omfattning, förskrivning av de aktuella läkemedlen både inom och utanför programmen, läckage och de dödsfall som bedöms vara relaterade till de aktuella läkemedlen. Socialstyrelsen ska också utreda förutsättningarna att genom data och register följa upp utfall och kvalitet av behandlingen. Inom ramen för regeringsuppdraget har Socialstyrelsen genomfört ett antal studier och denna rapport är en sammanställning över dessa kunskapsunderlag och de slutsatser och förslag som Socialstyrelsen bedömer kan öka kunskapen på området. Projektledare har varit utredare Annika Remaeus och ansvariga enhetschefer är Annika Öquist och Lars Grönvik. Underlagsrapporterna är författade av utredare Daniel Svensson, Bengt Danielsson och Gunnel Hedman-Wallin, Socialstyrelsen, Anders Ledberg, Stockholms universitet, Björn Johnson och Torkel Richert, Malmö högskola, Mats Ekendahl och Patrik Karlsson, Stockholms universitet.

Tack till referensgruppen som har varit en viktig del i arbetet.

Lars-Erik Holm  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Inledning .....	9
Regeringsuppdraget .....	9
Bakgrund och historisk tillbakablick .....	9
Utgångspunkter .....	11
Hur uppdraget har genomförts .....	14
Frågeställningar .....	14
Delstudier inom ramen för uppdraget .....	14
Centrala begrepp i rapporten .....	16
Rapportens disposition .....	17
Tillgängligheten till LARO-behandling .....	18
Brukarnas syn på behandlingen .....	18
Intervjuer med Svenska Brukarföreningen .....	20
Kartläggning av LARO-verksamheterna .....	21
Innehållet i behandlingen .....	24
Förskrivning av de aktuella läkemedlen .....	26
Vilka är patienterna? .....	26
Förskrivna läkemedel och doser .....	26
Förskrivning av andra narkotiska preparat samtidigt med LARO behandlingen .....	28
Medicinska risker .....	28
Begränsade möjligheter att följa upp förskrivarna .....	29
Dödsfall relaterade till läkemedlen .....	30
Hur dödsfallen räknas .....	30
Resultat av undersökningen .....	32
Dödsfallens koppling till LARO-behandling .....	33
Läckage .....	35
Ny metod att spåra preparaten .....	35
Följa upp och säkra kvaliteten inom LARO-behandlingen .....	37
Register .....	37
Tre alternativ att följa LARO-patienter .....	39
Socialstyrelsens slutsatser .....	41
Tillgänglighet till LARO-behandlingen .....	41
Förskrivning av de aktuella läkemedlen .....	42
Dödsfall relaterade till läkemedlen .....	43
Läckage .....	44

Följa upp och säkra kvaliteten .....	44
Socialstyrelsens förslag .....	46
Referenser .....	48

# Sammanfattning

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att öka kunskapen om den läkemedelsassisterade behandlingen vid opiatberoende, LARO-behandling. Det gäller tillgänglighet till behandling och omfattning av denna, förskrivning av de aktuella läkemedlen, eventuellt läckage<sup>1</sup> och de dödsfall som bedöms vara relaterade till de aktuella läkemedlen samt förutsättningarna att genom data och register följa upp utfall och kvalitet av behandlingen. Ett antal studier i syfte att beskriva frågeställningarna i uppdraget har genomförts – däribland två brukarstudier.

Läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende är behandling med metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opiatberoende. Läkemedlet ska ordineras tillsammans med psykosocial behandling. En majoritet av patienterna är nöjda med behandlingen, men inställningen är samtidigt kluven. Det fanns förståelse för att läkemedelsassisterad behandling måste inbegripa regler, rutiner och kontroller. Men det finns synpunkter på hur kontrollerna genomförs och de konsekvenser som regelbrott kan leda till. Brukarrepresentanterna riktar på flera punkter stark kritik mot behandlingen, bland annat framhålls att behandlingen behöver anpassas utifrån enskilda patienters behov, önskemål och livssituation och göras mer transparent.

I september 2013 fanns det 110 verksamheter som bedrev behandlingen och drygt 3700 patienter var inskrivna, varav 30 procent var kvinnor. Medianåldern var 42 år.

LARO-behandling kan erbjudas i samtliga landsting med undantag för Västernorrland där inga nya patienter tas emot. Det finns ingen nationell entydig definition av vad som organisatoriskt sett är en LARO-verksamhet. Organisationen och resurserna för behandlingen skiljer sig också åt mellan landstingen. Det beror på hur hälso- och sjukvården (psykiatri inkluderat beroendevården) är organiserad, det geografiska upptagningsområdet och verksamhetens omfattning. Samverkan med socialtjänsten och mellan hälso- och sjukvårdens olika vårdenheter, t.ex. psykiatri och primärvården varierar stort vilket får konsekvenser för tillgängligheten. Bedömningar för inklusion, utredningsförfarandet och innehållet i behandlingen skiljer sig åt mellan verksamheterna och mellan ansvariga läkare. Det gäller såväl den farmakologiska behandlingen som den psykosociala behandlingen som bör ingå.

Antalet nya patienter ökade under perioden 2006–2011, men därefter har ökningen avtagit något. De doser som förskrivs inom LARO avviker inte från de rekommenderade dosintervallen. Nästan hälften av patienterna inom LARO-behandling gjorde däremot minst tre uttag av andra narkotikaklassade läkemedel under 2013 och dessa förskrevs i stor utsträckning vid andra vårdenheter än vid LARO-verksamheter. Förutom att det kan motverka syftet med LARO-behandlingen, finns det också medicinska risker vid sidoförskrivning av narkotiska preparat.

---

<sup>1</sup> Preparat som förskrivs inom LARO-behandlingen och återfinns på den illegala drogmarkanden.

Dödligheten bland personer med ett långvarigt missbruk av opioidrelaterade preparat är betydligt högre än i befolkningen i övrigt. Cirka 25 procent av de avlidna personerna var antingen i LARO-behandling eller hade precis blivit utskrivna från behandling vid tidpunkten för dödsfallet. En något större andel, cirka 35 procent, var eller hade varit i behandling någon gång tidigare. Då ska vägas in att läkemedelsregistret inte var tillgängligt tidigare än 2006 för den här typen av undersökningar. Resultatet visar också att av dem som avlider med metadon och buprenorfin på dödsorsaksintyget har ungefär 90 procent en tidigare missbruksrelaterad diagnos och är alltså kända av vården.

Socialstyrelsens bedömer att läckaget av metadon eller buprenorfin från de svenska LARO-verksamheterna är begränsat. Andra orsaker än läckage bidrar till att LARO-läkemedlen finns utanför den legala marknaden. Det handlar främst om illegal införsel.

Socialstyrelsen anser att läkemedelsregistret bör vara utgångspunkten när det gäller nationell uppföljning av kvalitet i och utfall av LARO-behandling. Ett problem med läkemedelsregistret är dock att det idag saknar uppgifter om så kallade rekvisitionsläkemedel.

Socialstyrelsen lämnar ett antal förslag med syfte att förbättra tillgängligheten och kvalitetssäkra verksamheten.

- Förändrat regelverk
- Nationellt kunskapsstöd för LARO-behandlingen behöver utvecklas
- Nationellt ansvar för LARO-behandlingen – frågan tas upp i kunskapsstyrningsrådet där nio nationella myndigheter ingår samt i huvudmannagruppen som representeras av kommuner och landsting.
- Ökad möjlighet till överblick av all läkemedelsförskrivning
- Konsekvensen av rekvisitionsläkemedel behöver uppmärksammas och åtgärdas.
- Läkemedelsregistret blir utgångspunkt för uppföljning
- Uppmärksamma patientsäkerhetsperspektivet
- Utveckla den officiella statistiken och öka kunskapen om dödsfall



# Inledning

## Regeringsuppdraget

Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende är behandling med metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opiatberoende och ordineras i samband med psykosocial behandling vid sådant beroende. Behandlingen kallas ofta för LARO-behandling som står för läkemedelsassisterad behandling och rehabilitering av opiatmissbrukare.

Socialstyrelsen fick 14 mars 2013 ett uppdrag av regeringen (S2013/2121/FST (delvis) att utveckla kunskapen om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Uppdraget innebär att öka kunskapen om tillgänglighet och omfattning av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, förskrivning av de aktuella läkemedlen både inom och utanför programmen, läckage och de dödsfall som bedöms vara relaterade till de aktuella läkemedlen. Socialstyrelsen ska närmare granska situationen i de landsting där tillgängligheten brister och lämna förslag till hur den kan öka. Socialstyrelsen ska även utreda förutsättningarna att genom data och register följa upp utfall och kvalitet av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende.

## Bakgrund och historisk tillbakablick

### En omstridd verksamhet

Sedan mitten av 1960-talet har det funnits läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk i Sverige. Då inleddes en nationell försöksverksamhet med metadonbehandling av personer med opiatmissbruk vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala. Verksamheten blev starkt ifrågasatt, främst från professionen som bland annat menade att ett drogberoende kom att ersättas av ett annat. Denna kritik är fortfarande aktuell [1].

Uppsalaprogrammet utvecklades till ett metadonprogram med nationellt upptagningsansvar. Motståndet mot behandlingen höll dock i sig, vilket ledde till att all nyintagning till programmet stoppades 1979. Efter en utvärdering av Socialstyrelsen 1981 godkändes programmet som reguljär sjukvård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Dock var hållningen till behandlingen delad inom Socialstyrelsen. Detta fick till följd att intagningsstoppet till programmet hävdades först 1984 [2].

År 1985 startade Stockholms läns landsting i samarbete med Uppsalaprogrammet en öppenvårdsmottagning för metadonpatienter. År 1988 omvandlades verksamheten till ett eget metadonprogram. I maj 1990 inrättades ett metadonprogram i Lund, och i januari 1992 tillkom slutligen ett fjärde program i Malmö. Därefter dröjde det till 2004 innan ett program också startades i Göteborg [3].

## Fortlöpande uppföljningar

Metadonverksamheten har vid sidan av regleringen via Socialstyrelsens föreskrifter (inledningsvis (SOSFS 1990:16) om metadonunderhållsbehandling och förskrivning av opiater på indikation narkomani) varit föremål för fortlöpande uppföljning. Detta har skett genom Socialstyrelsens nationella metadonråd som inrättades 1990. Under tiden som rådet fanns bestod det av företrädare för socialtjänsten, beroendevården i Stockholmsområdet samt Socialstyrelsen. År 1997 utfärdade rådet särskilda riktlinjer för metadonbehandling, där de angav målet och syftet med verksamheten. Vidare inrättade de ett särskilt register – metadonregistret – i vilket deltagarna i metadonprogrammen registrerades och följdes upp. Antalet deltagare i programmet hade med stöd av föreskriften varit begränsat, men ökat successivt i takt med efterfrågan på behandlingsplatser. År 2004 var antalet begränsat till 1 200 patienter.

## Utvidgad verksamhet från 2004

År 2004 beslutade Socialstyrelsen om nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:8) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende.

Dessa innebar stora förändringar för verksamheterna. Begränsningen av antalet deltagare togs bort. De nya föreskrifterna kom även att omfatta läkemedlet buprenorfin<sup>2</sup>, utöver metadonet. Samma år upphörde metadonrådet och det särskilda registret avvecklades.

Socialstyrelsen beslutade om reviderade föreskrifter 2009. Dessa föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende trädde i kraft i mars 2010. Exempel på förändringar i de nya föreskrifterna var, att kravet på två års dokumenterat opiatmissbruk ändrades till ett år. Vidare har kravet på samråd med socialtjänsten vid bedömningen av om en patient ska få behandling ändrats och ersatts med ett allmänt råd om att patientens vårdplan bör upprättas i samråd med socialtjänsten om patienten behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

## Forskning om behandlingens effekter

Det finns ett stort antal studier, internationella och i Sverige, om metadonbehandling. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) publicerade 2001 [4] en översikt av metoder vid alkohol- och narkotikamissbruk. Där ingick ett antal randomiserade, kontrollerade studier av långtidsbehandling av heroinberoende. Studier visar även en positiv effekt av buprenorfin vid heroinberoende.

För att ge en allsidig belysning av kunskapsläget gav Socialstyrelsen år 2004 en expertgrupp i uppdrag att sammanställa en kunskapsöversikt och redovisa kliniska ställningstaganden. Kunskapsöversikten visade att ett flertal psykosociala behandlingsmetoder är verksamma vid heroinberoende, under förutsättning att de kombineras med läkemedel. Resultatet gällde såväl

---

<sup>2</sup> Buprenorfin registrerades 1999 under varumärkesnamnet Subutex på indikationen opiatberoende. Idag finns på den svenska marknaden buprenorfin som generika under varumärkesnamnet Buprenorfin Actavis, medan originalpreparatet Subutex däremot är avregistrerat

metadon som buprenorfin. Det fanns dock mer omfattande dokumentation om behandling med metadon [3].

Läkemedelsassisterad behandling av opiatmissbruk fanns inte med som ett område i Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2007 [5].

## Missbruksutredningen

Regeringen beslutade år 2008 att tillsätta en särskild utredare för att göra en översyn av den samlade svenska missbruks- och beroendevården. Uppdraget redovisades 2011 i Missbruksutredningen *Bättre insatser vid missbruk och beroende* (SOU 2011:35). I utredningen påtalades bland annat brister i tillgängligheten till den läkemedelsassisterade behandlingen vid opiatberoende [6].

## Utgångspunkter

### Socialstyrelsens kartläggning från 2012

Den läkemedelsassisterade behandlingen för opiatmissbruk har, som redan nämnts, alltid varit omdebatterad. Det finns röster som förespråkar större restriktion, medan andra talar för en ökad tillgänglighet till behandlingen.

Missbruksutredningens påpekanden gjorde det tydligt att kunskapen om behandlingen behövde öka. Socialstyrelsen fick ett uppdrag att göra en översiktlig kartläggning av LARO-behandlingen och redovisa vilka utvecklingsområden som fanns [7].

Resultatet av kartläggningen visade att drygt 5 200 personer<sup>3</sup> fick behandlingen under 2012, vid 114 enheter i landet. De flesta av enheterna bedrevs i offentlig regi. Samtliga landsting hade sådan verksamhet, men med en stark överrepresentation i storstäderna. De senare stod för upp emot två tredjedelar av enheterna.

Frågan om tillgängligheten är komplex, och i kartläggningen påtalade Socialstyrelsen behovet av en fördjupad studie och analys. Dessutom påtalade Socialstyrelsen behovet av att dels utarbeta förslag till hur rapporteringen till läkemedelsregistret kan utvecklas, dels kartlägga eventuell överförskrivning och övrig förskrivning [7].

### Nationella riktlinjer 2015

I april 2015 publiceras nya nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Syftet med de nationella riktlinjerna är att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom missbruks- och beroendevården samt att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. De riktar sig främst till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, såsom politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer. LARO-behandlingen fanns inte med i de nationella riktlinjerna från 2007 men finns med som ett område i riktlinjerna 2015. Riktlinjerna är ett viktigt styrmedel genom sina rekommendationer [8].

---

<sup>3</sup> Siffran korrigerades senare till cirka 4 700–4 800 personer.

### Läkemedelsassisterad behandling

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården i första hand behandla personer med opiatberoende med kombinationen buprenorfin plus naloxon; metadon är ett alternativ för vissa personer. Hälso- och sjukvården kan även behandla personer med opiatberoende med enbart buprenorfin. Buprenorfin har dock fått en lägre prioritering.

### Psykologisk och psykosocial behandling

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med opiatberoende läkemedelsassisterad behandling i kombination med kognitiv beteendeterapi (KBT), återfallsprevention (ÅP) eller community reinforcement approach (CRA). Avgörande för att just dessa åtgärder prioriteras i rekommendationen är att de har god effekt på andelen som använder droger. KBT eller ÅP har en något bättre effekt än CRA, vilket påverkat prioriteringen.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten också erbjuda personer med opiatberoende läkemedelsassisterad behandling i kombination med behandling med förstärkningsmetoder (contingency management) eller psykodynamisk terapi. Avgörande för den svagare graden av rekommendation är att dessa metoder kan ha något sämre effekt än KBT eller ÅP och CRA, och att psykodynamisk terapi enbart har begränsat vetenskapligt stöd.

### Psykosociala stödinsatser

I riktlinjerna finns även rekommendationer när det gäller psykosociala stödinsatser till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika, som dessutom har svag arbetsmarknadsanknytning. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör, inom ramen för sitt ansvar och i kontakt med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, erbjuda dessa personer arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS-modellen. Under samma förutsättningar kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda arbetslivsinriktad rehabilitering i form av arbetsförberedande träningsmodeller.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten också erbjuda personellt boendestöd till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan bidra till ökad boendestabilitet.

Om personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika dessutom är hemlösa finns följande rekommendationer för hälso- och sjukvården och socialtjänsten: De bör erbjuda personerna boendeinsatser i form av vårdkedja eller Bostad först [8].

## Preparat och aktuellt regelverk

Tre olika preparattyper används i dag; 1) metadon, 2) buprenorfin och 3) kombinationen buprenorfin plus naloxon<sup>4</sup>. Kombinationen godkändes av Läkemedelsverket hösten 2006 och består förutom av den aktiva substansen buprenorfin också av naloxon som motverkar ruseffekt av buprenorfin vid intravenös injektion. Naloxon ges normalt som motgift (s.k. antidot) vid

---

<sup>4</sup> Kombinationen buprenorfin plus naloxon är sedan 2006 registrerat på svenska marknaden under varumärkesnamnet Suboxone.

överdoser av opiater. Detta innebär en väsentligt lägre risk för intravenöst missbruk vid användning av kombinationen buprenorfin plus naloxon jämfört om enbart buprenorfin används. Det medför att kombinationspreparatet är mindre intressant på den illegala marknaden. Samtliga nämnda preparat är narkotikaklassade. Läkemedlet ska ordineras i samband med psykosocial behandling men vilken behandling är inte specificerad i föreskriften.

Läkemedelsbehandling får endast ordineras till en patient efter ett beslut av en läkare med specialistkompetens i psykiatri, som är verksam vid en sjukvårdsinrättning som ger sådan behandling (4 kap. 1 § SOSFS 2009:27). Kriterierna för att komma ifråga för behandling är som tidigare nämnts, minst ett års dokumenterat opiatmissbruk och behandling får endast ges till personer som har fyllt 20 år, om inte synnerliga skäl talar för något annat (4 kap. 2 § SOSFS 2009:27). Läkemedelsbehandling får inte ges till personer som är beroende av andra narkotiska preparat än opiater eller av alkohol på ett sätt som innebär en påtaglig medicinsk risk. Behandlingen får heller inte ges till personer som har uteslutits från en sådan behandling under de senaste tre månaderna, om det inte finns särskilda medicinska skäl. Personer som är i tvångsvård med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, får inte delta i behandlingen (4 kap. 3 § SOSFS 2009:27). Den ansvarige läkaren får överlåta till patienten att själv hantera sina läkemedel, om resultatet av den läkemedelsassisterade behandlingen varit stabilt under minst sex månader i följd (5 kap. 2 § SOSFS 2009:27).

Den som vill bedriva en verksamhet med läkemedelsassisterad behandling till personer med opiatberoende (LARO-verksamhet) ska anmäla detta till IVO (3 kap. 1-4 § SOSFS 2009:27).

För närvarande pågår ett revideringsarbete av gällande SOSFS 2009:27 och nya föreskrifter ska presenteras hösten 2015.

# Hur uppdraget har genomförts

## Frågeställningar

Socialstyrelsens nuvarande regeringsuppdrag innehåller ett antal frågeställningar om hur tillgänglig behandlingen är, förskrivningsmönster, om det förekommer läckage från verksamheterna, om det dör personer av de aktuella läkemedlen och hur kan man på bästa sätt följa verksamheten och säkra kvaliteten.

## Delstudier inom ramen för uppdraget

Sex separata delstudier har genomförts inom ramen för uppdraget. Nedan följer en kort beskrivning av dessa och de metoder som använts. I varje delrapport finns mer omfattande metodbeskrivningar. Tre av studierna publiceras som rapporter från Socialstyrelsen. Resterande tre uppdrag har genomförts av externa forskare. I denna rapport används kunskap ur rapporterna som bedömts vara relevant som underlag för slutsatser och förslag.

## Brukarnas uppfattning om behandlingen

Stockholms universitet

Forskare på Stockholms universitet har på uppdrag av Socialstyrelsen genomfört en studie under 2014 om brukarnas synpunkter på LARO-behandlingen. Studien heter *Omtanke eller misstanke? – en studie av hur ombud för Svenska Brukarföreningen beskriver svensk substitutionsbehandling* (diarienummer 3.4- 7630/2015).

Totalt har forskarna genomfört 16 kvalitativa intervjuer med representanter för Svenska Brukarföreningens<sup>5</sup> lokalavdelningar i olika regioner i landet. Lokalavdelningarna i urvalet finns i kommunerna Falun, Göteborg, Hudiksvall, Kalmar, Nyköping, Jönköping, Linköping, Lund, Sundsvall, Umeå och Stockholm.

Intervjuerna baserades på en halvstrukturerad intervjuguide som i förekommande fall anpassades för lokala förhållanden.

Malmö högskola

Även forskare på Malmö högskola har genomfört en studie på Socialstyrelsens uppdrag. Studien heter *Brukarnas erfarenheter och syn på sin behandling* (diarienummer 3.4- 7631/2015).

Totalt 411 patienter rekryterades (219 med metadon och 192 med buprenorfin eller buprenorfin-naloxon) från nio offentliga och två privata LARO-verksamheter i fem städer i södra Sverige. Städerna valdes för att skapa en variation när det gäller den lokala drogsituationen och tillgången till LARO-behandlingen.

---

<sup>5</sup> Svenska Brukarföreningen (SBF) är en ideell organisation som stödjer narkotikaanvändare av lagliga och illegala preparat som har eller vill ha underhållsbehandling för sitt opiatberoende eller andra droger.

Forskarna genomförde strukturerade intervjuer, mellan maj och december 2012. Inkluderingskravet var att de som intervjuades skulle vara inskrivna för LARO-behandling sedan minst fyra veckor.

## Omfattning och tillgänglighet till behandlingen

Socialstyrelsen har genomfört en kartläggning av omfattningen av och tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Rapporten heter *Kartläggning av verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende – omfattning, innehåll och tillgång till behandlingen* [9].

Resultaten baseras dels på en nationell undersökning av samtliga verksamheter som bedriver behandlingen, dels på en kompletterande intervjustudie riktad till tolv av dessa verksamheter. Sammanfattningsvis har följande genomförts:

- Inventering av vilka LARO-verksamheter som finns.
- Nationell kartläggning av LARO-behandlingens omfattning och innehåll, genom en enkätundersökning riktad till de verksamhetsansvariga på de identifierade LARO-verksamheterna.
- Fördjupad studie av behandlingens innehåll och omfattning, genom besök på tolv LARO-verksamheter för att intervjua personal och ledning.

## Förskrivning av läkemedlen

Förskrivningen av de aktuella läkemedlen har studerats via Socialstyrelsens läkemedelsregister och eHälsomyndighetens databas Concise. Läkemedelsregistret innehåller uppgifter om patienterna och om vilka uttag av läkemedel som gjorts på apotek. Databasen Concise innehåller ingen patientinformation, men uppgifter om den totala försäljningen av läkemedlen, inklusive så kallade rekvisitionsläkemedel.

Den population som använts för att studera LARO-behandlingen i projektet utgörs av samtliga patienter som gjorde uttag av antingen enbart buprenorfin, buprenorfin-naloxon eller metadon avsett för beroendetillstånd under 2013. Vissa kompletterande uppgifter har hämtats från Socialstyrelsens patientregister.

Rapporten heter *Förskrivning av buprenorfin och metadon vid beroendetillstånd* [10].

## Dödlighet på grund av narkotika

Stockholms universitet

En forskare på Stockholms universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning – SoRAD, har genomfört en studie om narkotikarelaterad död. För studien gjordes ett urval av dödsfall i Socialstyrelsens dödsorsaksregister. Urvalet baserades på Socialstyrelsens så kallade narkotikaindex, kompletterat med de dödsorsakskoder som EMCDDA<sup>6</sup> använder för att definiera narkotikarelaterade dödsfall. I datauttaget ingick data för

---

<sup>6</sup> The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) is the reference point on drugs and drug addiction information in Europe.

perioden 1987–2012, och endast avlidna personer i åldersintervallet 15–75 år inkluderades.

Alla preparat går inte att identifiera via ICD-koderna<sup>7</sup> i dödsorsaksregistret. Därför söktes samtliga dödsorsaksintyg i urvalet igenom, för att se om följande substanser nämndes: metadon, buprenorfin, tramadol, fentanyl, dextropropoxifen, oxykodon, morfin, kodein, heroin, alprazolam, diazepam, klonazepam, oxazepam, zolpidem, zopiklon, propiomazin och pregabalin.

Från Socialstyrelsens patientregister hämtades data där vårdtillfället motsvarade någon diagnos enligt Socialstyrelsens narkotikaindex. Dessa data användes dels för att skapa kohorter med syfte att skatta dödligheten bland personer med en opiatdiagnos, dels för att undersöka i vilken utsträckning de som avlidit i narkotikarelaterade dödsfall hade haft tidigare missbruksrelaterad kontakt med hälso- och sjukvården.

Studien heter *Dödsfall relaterade till metadon, buprenorfin och andra opioider* (diarienummer 3.4- 7632/2015).

## Läckage

På förfrågan från Socialstyrelsen samlade Statens Kriminaltekniska Laboratorium (SKL) in uppgifter om de beslag av de aktuella läkemedlen som polisen gjorde under perioden september 2013–augusti 2014. Urvalet gjordes baserat på tillgängliga data som kunde bidra till att spåra läkemedlen. I huvudsak innebär det att det i beslaget måste ha funnits en förpackning eller delar av en sådan. Data som samlades in var batchnummer, förpackningstextens språk, beredningsform, dosering, antal eller mängd, samt var beslaget gjordes.

Via läkemedelsföretagen spårades därefter de beslagtagna läkemedlen bakåt med hänvisning till var de ursprungligen levererats. Uppgifterna jämfördes även med SKL:s samlade beslagsstatistik för buprenorfin och metadon.

Rapporten heter *Buprenorfin och metadon på den illegala drogmarknaden* [11].

## Centrala begrepp i rapporten

Det finns ett antal begrepp som används i denna rapport som behöver beskrivas närmare.

Med läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende avses en behandling med metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opiatberoende och ordineras i samband med psykosocial behandling vid sådant beroende.

I rapporten benämns behandlingen med begreppen LARO-behandling eller läkemedelsassisterad behandling. Förkortningen LARO står för läkemedelsassisterad behandling och rehabilitering av opiatmissbrukare. Några andra

---

<sup>7</sup> Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker med syfte att göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. Den svenska versionen heter ICD-10-SE



begrepp som används i Sverige är substitutionsbehandling, underhållsbehandling, läkemedelsassisterad rehabilitering och metadonbehandling.

Verksamheter som erbjuder behandlingen benämns i rapporten LARO-verksamheter. I vissa fall består en verksamhet av flera geografiskt skilda enheter.

Inom gruppen opioider brukar man skilja mellan *opiater* och *opioider*. Med opiater avses då mer naturliga ämnen som morfin, kodein och heroin. Med opioider avses (förutom opiater) även semisyntetiska substanser, till exempel buprenorfin, och syntetiska substanser som metadon, tramadol och oxikodon. Det är dock ingen skillnad mellan opiater och opioider när det gäller deras förmåga att aktivera hjärnans opioidreceptorer och framkalla beroende [8].

Brukare (inom socialtjänst) är en person som får, eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten. Patient är en person som får eller är registrerad för att få hälso- och sjukvård. I rapporten används främst patient, men när brukarstudierna refereras används även termen brukare [12].

## Rapportens disposition

I de följande kapitlen kommer resultaten från studierna ovan att redovisas enligt följande teman, utifrån frågeställningarna i regeringsuppdraget: omfattning och tillgänglighet av läkemedelsbehandlingen

- brukarnas syn på behandlingen och tillgängligheten ur ett verksamhetsperspektiv
- förskrivning av de aktuella läkemedlen
- läckage
- dödsfall relaterade till läkemedlen
- uppföljning av LARO-verksamheten.

Sist i rapporten redovisas Socialstyrelsens slutsatser och förslag till åtgärder.

# Tillgängligheten till LARO-behandling

## Brukarnas syn på behandlingen

Den första studien om hur patienterna uppfattar LARO-behandlingen genomfördes av forskare vid Malmö högskola.

I studien ingick elva LARO-verksamheter, där forskarna intervjuade 411 personer som var patienter.

### Långvarigt missbruk och tidig debut

Patienterna är en grupp där de flesta har ett långvarigt missbruk bakom sig. Flertalet av dem hade sin första alkoholberusning innan de fyllt 14 år, och flertalet debuterade med cannabis eller lösningsmedel innan de hade fyllt 15 år. Den genomsnittliga debutåldern för amfetamin var cirka 17,5 år och för dämpande och sömngivande preparat (bensodiazepiner, barbiturater etc.) cirka ett år senare. Debutåldern för opioider och andra smärtstillande preparat (andra än heroin, metadon och buprenorfin) var cirka 20 år och för heroin cirka 21 år.

Deras debut med metadon eller buprenorfin skedde i regel betydligt senare, ofta utanför behandling på den illegala drogmarknaden. Debutåldern för metadon var 28 år och för buprenorfin 30 år.

Patienterna hade regelbundet använt heroin under i genomsnitt knappt tio år. De flesta av patienterna hade haft ett blandmissbruk och använt ett flertal legala och illegala droger parallellt.

### Kluven inställning till regler och kontroll

Det är en komplex behandling som en grupp personer med omfattande missbruk och beroende bakom får ta del av. Det är också en behandling som har ett speciellt regelverk som styr verksamheten och ett antal medicinska risker förknippade med behandlingen. En majoritet av patienterna (64 procent) var dock nöjda med den behandlingen de fick. Andelen som var ganska eller mycket missnöjda var 17 procent. Reglerna och kontrollen var de områden som de flesta valde att ta upp som problematiska. Några talade om maktlöshet.

Det fanns en förståelse för att behandlingen måste inbegripa regler, rutiner och kontroller. Synpunkterna handlade i stället om *hur* kontrollen genomfördes och om de konsekvenser som regelbrott kunde leda till. Framför allt var många kritiska till att positiva resultat vid drogtester och andra regelbrott kunde leda till att de ofrivilligt skrevs ut. Ofrivillig utskrivning var något som cirka en tredjedel av dem hade egna erfarenheter av, och 64 procent hade någon gång varit rädda för att skrivas ut ur behandlingen.

## Många efterlyser möjlighet till dialog

Relationerna till personalen var ett annat område som många av de intervjuade upplevde som problematiskt. Det handlade både om kontakterna med personalen, om möjligheten till dialog och inflytande, och om personalens bemötande och kompetens.

Flera av de intervjuade påtalade att de hade bra relationer med vissa i personalen, men sämre relationer med andra. De flesta uppgav att de hade en förtroendefull relation med åtminstone någon i personalen.

Vissa uppgav att de var positivt inställda till personalen, men att de upplevde att personalens förutsättningar att bedriva ett bra arbete var begränsade. Knappt hälften av de intervjuade önskade mer stöd och hjälp från personalen än vad de fick.

## Regler – med respekt för patienten

Patienterna påtar att de förstår att regler, övervakning och kontroll är nödvändiga eftersom det finns risker med behandlingen. Men de lyfter samtidigt fram att det är viktigt att reglerna för kontroll och övervakning utformas med respekt för patientens integritet, och att de begränsar den enskildes frihet så lite som möjligt.

## En svår väg in i behandlingen

En fördjupad intervjustudie med ett urval av patienterna visade att de upplevt inskrivningsprocessen som svår och krävande. Svårigheterna hade lett till att några avbrutit sin första ansökningsprocess. I ett antal fall hade de tidigare nekats behandling för att de inte haft tillräcklig dokumentation av sina beroendeproblem, eller haft ett huvudsakligt beroende av opioider snarare än av opiater.

Flera patienter beskrev också att de avvaktat länge med att söka behandling på grund av en ovilja att ha kontakt med socialtjänsten, en rädsla för att utredas eller för att de såg behandlingen som alltför kontrollerande och integritetskränkande.

## Rädsla för att ofrivilligt skrivas ut

Drygt en tredjedel av de intervjuade hade erfarenheter av ofrivillig utskrivning. För många hade utskrivningen inneburit en försvårad livssituation och i vissa fall resulterat i överdoser.

Risken för utskrivning upplevdes som ett hinder för att vara kritisk eller påtala problem i behandlingen. Även om många ansåg att personalen lyssnade till deras önskemål så innebär rädslan för utskrivning eller andra sanktioner att patienterna upplevde möjligheterna att påverka sin behandling som begränsade.

## Helhetssyn på patientens behov är nödvändig

I många fall behövs en mer omfattande psykiatrisk utredning. De intervjuade efterfrågar också fler insatser för att möta patienters psykiska och fysiska ohälsa. Det gäller till exempel en större möjlighet att få kompletterande medicinering, framför allt mot oro, ångest och sömnproblem.

De intervjuade efterfrågar även bättre möjlighet till terapi och psykosocial behandling och fler psykosociala stöd- och hjälpinsatser.

Det är angeläget att rikta ett ökat fokus på de patienter som varit länge i behandlingen, för att fånga upp deras önskemål om hjälp och stöd.

## Intervjuer med Svenska Brukarföreningen

Den andra studien med fokus på brukarna beskriver hur 16 representanter för Svenska Brukarföreningen ser på LARO-behandlingen.

### Brukarrepresentanter påtalar stigmatisering

Enligt intervjuerna blir patienterna i LARO-behandlingen bemötta och kategoriserade som missbrukare trots att de bedöms ha en sjukdom och därmed är patienter. De intervjuade personerna berättar om en generell stigmatisering av narkotikabrukare, inte bara inom beroendevården utan även inom den ordinarie hälso- och sjukvården. Till exempel tolkar personalen situationer och händelser i första hand som missbruksrelaterade. Enligt de intervjuade kan detta leda till straff och sanktioner i stället för hjälp och stöd.

### Kritik mot behandlingen

I intervjuerna riktar brukarrepresentanterna stark kritik mot behandlingen på flera punkter. Bland annat uppfattar de behandlingen som repressiv och lyfter fram att brukarna nästan inte har något inflytande alls på dess utformning och innehåll. De intervjuade ger även många exempel på godtycklighet och moralism.

Brukarrepresentanterna menar också att verksamheten snarare motverkar än gynnar rehabilitering. De anser att behandlingen i dag inte är inriktad mot att patienterna normaliseras och får en identitet som ex-missbrukare, och att verksamheten inte innehåller något utöver medicinering mot abstinensbesvär. Att tala om läkemedelsassisterad behandling eller rehabilitering blir därmed missvisande, eftersom det begreppet betyder att läkemedlen endast utgör en mindre och bidragande del av den egentliga behandling som pågår. De intervjuade beskriver dock att de har tilltro till medicinering, men mistro mot kontrollen som den är förenad med. Läkemedelsbehandlingen är livsviktig – men behöver utvecklas till exempel mot en större differentiering av vården utifrån patienternas behov.

### Självzensur när förtroende saknas

Verksamheterna skiljer sig mycket åt över landet. De intervjuade pekar på att det är enskilda personer i personalen med inflytande och makt som har störst betydelse för hur patienterna bemöts och behandlas.

I flera fall beskriver de intervjuade att det förekommer en form av självzensur i vad de berättar och inte berättar för personalen. Denna självzensur kan också förekomma i förhållande till problem som inte är uppenbart relaterade till missbruket, till exempel sömnproblem eller psykisk ohälsa. De berättar inte allt av rädsla för att problemen skulle kunna leda till tätare kontakter med mottagningen.

## Rehabilitering utan egentligt slut

För dem som har kommit längst i sin rehabiliteringsprocess är situationen ännu mer komplex. De behöver ständigt ge bevis på sin skötsamhet i form av exempelvis negativa urinprov, och de kan egentligen aldrig riktigt lämna behandlingssammanhanget eller missbrukarrollen. Rehabiliteringsprocessen har alltså inget slut, och uttryck som ”före detta missbrukare” eller ”före detta patient” verkar inte gå att tillämpa på gruppen.

## Psykosociala insatser saknas ofta

I intervjuerna beskrivs behandlingen med tonvikt på dess medicinska innehåll. Patienternas kontakter med mottagningarna består av korta rutinartade möten, och behandlingen anses främst handla om utdelning av medicin och urinprovstagnning.

Psykosociala insatser spelar däremot en mycket undanskymd roll, både i de intervjuades berättelser om verksamheten och i förhållande till vad de efterfrågar. De psykosociala insatserna syns alltså inte, vilket pekar mot att det saknas långsiktiga mål för rehabilitering.

Vårdutbudet behöver vara brett och lättillgängligt, särskilt i behandlingens inledande skede.

## Brist på brukarinflytande

De som intervjuats framhåller att brukarinflytandet inom behandlingen är nästan obefintligt och enbart handlar om triviala frågor.

En slutsats i studien blir att brukarna inte ges möjlighet att bestämma över det de vill bestämma om, till exempel val av substitutionsmedicin, dosnivå och hämtningsfrekvens. Detta faktum problematiseras av forskarna i studien, det är kanske inte heller möjligt för patienten att få ett sådant inflytande över behandlingen.

## Kartläggning av LARO-verksamheterna

Socialstyrelsens kartläggning och intervjustudie av omfattningen av och tillgängligheten till LARO-behandlingen utifrån verksamheterna redovisas här nedan.

## Behandlingens omfattning

I september 2013 fanns det 110 verksamheter som bedrev LARO-behandling i enlighet med SOSFS 2009:27. Resurserna för behandlingen varierar mellan landstingen, beroende på hur beroendevården är organiserad.

Den 1 november 2013 var drygt 3 700 patienter inskrivna i behandlingen (skattat värde), varav 30 procent var kvinnor.

## Jämförelser mellan 2012 och 2013 års siffror

Socialstyrelsens kartläggning 2012 visade inledningsvis att cirka 5 300 patienter fanns i LARO-behandling, siffran korrigerades därefter till cirka 4 850 personer<sup>8</sup>. Trots korrigeringen återstår en skillnad mellan den kart-

---

<sup>8</sup> Korrigeringen gjordes efter att dubbelräkning noterats.

läggningen och den som genomfördes 2013 inom ramen för detta uppdrag. I den senare skattades alltså antalet i behandling till 3 700 personer [7].

Skillnaden kan hänföras främst till metodologiska olikheter. I 2012 års kartläggning ombads verksamhetscheferna i en telefonintervju att ange hur många personer som *för närvarande var aktuella i läkemedelsassisterad behandling*. Detta ska jämföras med formuleringen från 2013 års kartläggning: *Ange antal kvinnor och män som den 1 november 2013 fick läkemedelsassisterad behandling*.

Den tidigare kartläggningens formulering är vagare, dels genom att inget datum anges, dels genom ordet *aktuella*. Det skulle kunna tolkas som *i behandling* eller *aktuell för att tas in i behandling*.

Dessutom fanns skillnader i metoden för datainsamling. I 2012 års kartläggning gjordes telefonintervjuer. De intervjuade verksamhetsansvarigas möjligheter att konsultera journalsystem eller dylikt är då inte lika uppenbara. Att fylla i en enkät – som var fallet vid 2013 års kartläggning – ger större utrymme både att samla in information och att stämma av den med andra berörda.

Socialstyrelsens bedömning är att den senare kartläggningen ger en mer rättvisande bild av behandlingens omfattning. Jämförelser med läkemedelsregistret pekar i samma riktning. Se vidare i avsnittet om förskrivning av de aktuella läkemedlen.

## Landstingen erbjuder LARO-behandling

Behandlingen kan erbjudas i samtliga landsting, med i ett landsting tas inga nya patienter emot.<sup>9</sup>

Det är ungefär 10 procent av verksamheterna som rapporterar om långa väntetider och att de har ett flertal personer som väntar på behandling. Cirka 380 män och 130 kvinnor väntade den 1 november 2013 antingen på att få en lämplighetsbedömning inför en eventuell behandling<sup>10</sup> eller på att bli inställda på läkemedlet.

Tillgången till behandlingen varierar mellan landstingen, men det gör också landstingens beskrivning av hur behoven ser ut. Ett antal verksamheter svarar att de tillgodoser det behov som finns, att de inte har någon kö nu och inte heller har haft det sedan en tid tillbaka. I vissa län uppges att patienter med enbart opiatberoende allt mer sällan förekommer bland de sökande. I stället är det personer med blandberoenden som efterfrågar behandlingen, vilket på olika sätt innebär svårigheter enligt de verksamhetsansvariga.

### *Hinder för att delta i behandlingen*

Det finns ett antal personer som inte kommer ifråga för LARO-behandling. Till exempel saknar de sökande ibland ett dokumenterat opiatberoende, vilket innebär att de inte uppfyller kriterierna för att få delta. I andra fall görs

---

<sup>9</sup> Landstinget i Västernorrland har sedan 1 januari 2012 inte skrivit in några nya patienter. Behandlingen erbjuds endast dem som vid den tidpunkten var inställda på läkemedlet eller nyinflyttade personer som är inställda på läkemedlet av annan vårdgivare. Anledningen anges vara att, när kommunerna sa upp sin del av avtalet för den gemensamt finansierade beroendemottagningen, beslutade ledningen för psykiatriska kliniken vid Länsjukhuset Sundsvall-Härnösand om intagningsstopp till behandlingen. Det pågår ett arbete för att lösa situationen.

<sup>10</sup> Om patienten uppfyller de kriterier som gäller för att vara lämplig för behandlingen.

bedömningen att personens blandberoende är ett hinder för att uppnå följsamhet till behandlingen, men även att det innebär en medicinsk risk.

### *Uteslutning och återinskrivning*

Det förekommer också att patienter utesluts från en påbörjad behandling. Av enkätundersökningen framgår att drygt 500 personer hade uteslutits under tolv månadersperioden före svarstillfället. Samtidigt anges att omkring 100 uteslutna personer hade återinskrivits en gång och omkring 40 personer två eller flera gånger.

Merparten av verksamheterna, närmare 80 procent, hade uteslutit någon patient under det senaste året. Av Socialstyrelsens intervjuer framgår att samtliga verksamheter hade uteslutit någon patient, men först efter omfattande försök med bland annat ökade stödinsatser och avgiftning. Skälen för utskrivning är oftast återkommande återfall och sidomissbruk, men även drogförsäljning och allvarliga hot och våld mot personalen förekommer som skäl.

## Organisation av LARO-verksamheten

Det finns inte en nationell entydig definition av vad som organisatoriskt sett är en LARO-verksamhet, eftersom organisationen och resurserna för behandlingen skiljer sig åt mellan landstingen. Det i sin tur beror på att beroendevården är organiserad på olika sätt i länen, när det gäller var verksamheten är lokaliserad, dess geografiska upptagningsområde och dess omfattning.

Det saknas säkra uppgifter om hur många verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling. Bestämmelsen i 3 kap. SOSFS 2009:27 om anmälningsskyldigheten uppfattas av verksamheterna som otydlig och ger utrymme för olika tolkningar.

Inom ramen för behandlingen finns även mottagningar eller vårdenheter som enbart administrerar läkemedlet. Dessa benämns ibland satellitmottagningar (till exempel en lokal öppenspsykiatrisk mottagning eller vårdcentral). Ingen har anmält att dessa mottagningar bedriver LARO-behandling, eftersom behandlingsansvaret för patienten ligger kvar hos den ”centrala” vårdenheten.

Nio landsting har organiserat resurserna för behandlingen med en central ”ingång”, det vill säga att en verksamhet har ett länsövergripande ansvar för behandlingen med samtliga kommuner i länet som upptagningsområde.

Nio andra landsting har i stället en regionaliserad organisation, där det geografiska upptagningsområdet för verksamheten är en del av ett län.

I de tre storstadsområdena (län eller region) är organisationen av resurserna mer decentraliserad. Inom Region Skåne ingår behandlingen sedan 2014 i det fria vårdvalet.

Socialstyrelsens kartläggning (enkätundersökning<sup>11</sup>) visar att en tredjedel av LARO-verksamheterna är organiserade som en egen specialitet med särskilt avdelade personalresurser och lokaler. För drygt en tredjedel ingår LARO-behandlingen som ett behandlingsalternativ bland andra inom ramen

---

<sup>11</sup> Undersökningen omfattade 88 verksamhetsansvariga, varav 80 besvarade enkäten. Svaren avser 72 verksamheter som drivs i offentlig regi och 8 i privat.

för landstingets specialiserade beroendevård. I mindre tätorter eller glesbygdsområden finns inga särskilda resurser för beroendevård. Där bedrivs LARO-behandlingen i stället vid psykiatriska mottagningar.

En tredjedel av verksamheterna kännetecknas av att de har färre än 10 patienter inskrivna i behandlingen. Närmare 75 procent har färre än 30 patienter inskrivna.

## Samverkan varierar

Samverkan med socialtjänsten och mellan hälso- och sjukvårdens olika vårdenheter, t.ex. psykiatrin och primärvården varierar stort vilket får konsekvenser för behandlingen.

Av 5 kap. 9 a § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och 8 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, framgår att landsting och kommuner ska ingå en överenskommelse om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Bestämmelserna började gälla den 1 juli 2013 och syftet är att stärka samverkan mellan landsting och kommuner för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för dessa målgrupper. Sådana gemensamma överenskommelser om samverkan mellan landsting och kommuner håller på att tas fram över hela landet och finns i flera av länen och regionerna som ingår i kartläggningen.

Av Socialstyrelsens enkätundersökning framgår att två tredjedelar av verksamheterna har skriftliga överenskommelser med socialtjänsten i alla kommuner inom sitt upptagningsområde. Några av de intervjuade verksamheterna har tillsammans med socialtjänsten också tagit fram särskilda rutiner för samarbete och ansvarsfördelning vid LARO-behandling. Mer sällan finns formaliserad samverkan med primärvården.

## Innehållet i behandlingen

### Nationell samstämmighet saknas om innehållet

Bedömningen av vem som får delta i behandlingen, utredningsförfarandet och innehållet i behandlingen skiljer sig åt, både mellan verksamheterna och mellan ansvariga läkare. Skillnaderna gäller såväl den farmakologiska behandlingen som den psykosociala behandling som bör ingå. Vårdprogram har tagits fram lokalt eller regionalt, men inte i samtliga landsting.

Av intervjuerna framgår alltså att det saknas enighet om innehållet i läkemedelsassisterad behandling, både när det gäller läkemedelshandlingen och de psykosociala stöd- och behandlingsinsatserna. Behandlingen är långvarig, ofta livslång, vilket innebär att behovet av stöd och övriga insatser dessutom varierar beroende på hur länge behandlingen pågått och hur personens medicinska och sociala situation ser ut i övrigt.

Verksamheterna är dock överens om syftet med behandlingen, nämligen att patienten ska få bättre livskvalitet. Det inbegriper till exempel ordnat boende, sysselsättning och sociala relationer, ingen eller minskad kriminalitet samt drogfrihet utöver den farmakologiska behandlingen inom LARO.



Samtliga verksamheter erbjuder farmakologisk behandling och stöd- eller motivationssamtal, oftast hos en sjuksköterska som även fungerar som kontaktperson. Omfattningen av psykosociala stöd- och behandlingsinsatser skiftar däremot beroende på verksamheternas tillgång till egna resurser och deras samarbete med den övriga psykiatrin, beroendevården och socialtjänsten.

# Förskrivning av de aktuella läkemedlen

Socialstyrelsen har genomfört ett antal analyser av hur läkemedlen i LARO-behandlingen förskrivs. Utgångspunkten har varit Socialstyrelsens läkemedelsregister. Kunskap om vilka som får preparaten förskrivna och hur detta går till ger i förlängningen kunskap om själva behandlingen. Med förskrivning avses här omfattningen, utvecklingen och patientgruppens sammansättning.

## Vilka är patienterna?

Den grupp som ingår i studien är samtliga patienter som under 2013 fick utskrivet och gjorde uttag av antingen metadon, buprenorfin, eller buprenorfin i kombination med naloxon avsett för LARO-behandling. Det handlar enligt läkemedelsregistret om 3 425 personer (tabell 1). Antalet var lägre än i kartläggningen av inskrivna patienter (se sid 22), vilket i huvudsak förklaras av att användningen av rekvisitionsläkemedel inte finns med i läkemedelsregistret. Andelen kvinnor var 28 procent.

**Tabell 1. Antal personer som gjort uttag av LARO-läkemedel 2006–2013**

År	Antal patienter	Antal patienter per 1000 inv.
2006	2 600	0,29
2007	2 898	0,32
2008	3 150	0,34
2009	3 454	0,37
2010	3 574	0,38
2011	3 708	0,39
2012	3 697	0,39
2013	3 425	0,36

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

I den studerade gruppen var det något fler som fick metadon än som fick buprenorfin eller buprenorfin i kombination med naloxon.

Medianåldern i gruppen var 42 år, vilket är något högre jämfört med de föregående åren. Medianåldern bland nya patienter har varit cirka 35–36 år sedan 2007. Antal nya patienter<sup>12</sup> ökade under perioden 2007–2009, men därefter har ökningen avtagit.

## Förskrivna läkemedel och doser

### Introduktion av läkemedel

De aktuella läkemedlen har introducerats vid olika tidpunkter. Metadon började användas på 1960-talet, buprenorfin på 1990-talet och kombinations-

<sup>12</sup> Nya patienter definieras som inga registrerade uttag av läkemedel den senaste 12-månaders perioden.

preparatet buprenorfin-naloxon på 2000-talet. Läkemedlens historia återspeglas i förskrivningen och vilka åldersgrupper som får de olika preparaten. Enligt läkemedelsregistret var metadon under 2013 vanligast bland äldre patienter, både kvinnor och män. I ålderskategorin (30-49 år) är preparat som innehåller buprenorfin något vanligare än metadon. Buprenorfin dominerar helt i den yngsta ålderskategorin.

## Rekommenderade doser används

De doser som förskrevs 2013 verkar inte avvika i någon högre grad från de rekommenderade dosintervallen för LARO-behandling. Cirka 6 procent av metadonpatienterna förskrevs doser som var högre än den rekommenderade maxdosen. Andelen var något högre bland kvinnor än bland männen.

Bland dem som använde preparat innehållande buprenorfin förskrevs cirka 13 procent högre doser än maxdosen, med en jämn fördelning mellan könen.

Det kan dock vara medicinskt motiverat att enskilda patienter får högre doser än de rekommenderade.

## Rekvisitionsläkemedel syns inte i registren

Analysen av förskrivningen inom LARO-behandlingen har aktualiserat betydelsen av så kallade rekvisitionsläkemedel. Dessa köps in centralt av landstingen och administreras inom den specialiserade öppenvården eller slutenvården. Vid LARO-behandling är det vanligt att läkemedlen delas ut i samband med att patienten besöker en klinik. Detta är standard i inledningen av behandlingen, men kan också förekomma genom hela behandlingen.

Det kan finnas ekonomiska fördelar för landstingen med rekvisitionsläkemedel, det vill säga att de upphandlar läkemedlen och administrerar dem själva.

I läkemedelsregistret registreras endast uttag på apotek. Därför blir följden att inte samtliga doser i LARO-behandlingen, eller patienter, registreras.

Inom ramen för detta uppdrag har analysen av läkemedelsregistret kompletterats med data från eHälsomyndighetens databas Concise. Därmed har bilden klarnat av hur omfattande användningen av rekvisitionsläkemedel är. Den samlade bilden av LARO-behandlingen på regional nivå påverkas i hög grad av hur landstingen förhåller sig till rekvisitionsläkemedlen.

Användningen av rekvisitionsläkemedel ökar totalt sett. Från att år 2009 ha utgjort 13 procent av doserna uppgick andelen 2013 till 32 procent. Dock finns skillnader i användningen av rekvisitionsläkemedel. I några landsting dominerar dessa. Det finns också landsting där i stort sett alla ordinationer görs på recept och registreras i läkemedelsregistret. Sett till samtliga ordinerade doser har omfattningen av LARO-behandlingen ökat sedan 2009. De senaste åren har dock ökningen planat ut.

En ytterligare konsekvens av rekvisitionsläkemedlen på detta område är att de kan påverka patienternas möjligheter till egenvård. Detta följer av att rekvisitionsläkemedel i princip alltid hämtas på klinik, och minskar möjligheten för patienten att hämta på apotek.

## Förskrivning av andra narkotiska preparat samtidigt med LARO-behandlingen

Förskrivningen av LARO-läkemedel sker från ett begränsat antal kliniker i landet. Omkring 80 procent av patienterna har en enda förskrivande vård-enhet, oavsett om det rör sig om förskrivning av metadon eller buprenorfin-preparat. Det finns en omfattande samsjuklighet inom gruppen LARO-patienter. Bland patienter som behandlas med LARO-läkemedel finns därför en grupp som också får andra narkotikaklassade läkemedel utskrivna, inklusive opioider. I de fall då andra narkotikaklassade läkemedel tas i ett eventuellt missbrukssyfte kan detta få negativa konsekvenser för behandlingen av missbruket.

Omkring 40 procent av patienterna inom LARO gjorde minst tre uttag av andra narkotikaklassade läkemedel under 2013. Dessa läkemedel förskrevs i stor utsträckning vid andra vårdenheter än LARO-verksamheter. De vanligaste läkemedlen var bensodiazepiner, följt av pregabalin<sup>13</sup>, metylfenidat och opioider. Det var inga stora skillnader mellan patienter som använde metadon och buprenorfinpreparat, inte heller mellan kvinnor och män (tabell 2).

**Tabell 2. Redovisar uttag av narkotikaklassade läkemedel vid sidan om LARO-behandlingen 2013.**

Minst tre uttag	Man (n=960) procent	Kvinna (n=429) procent
Bensodiazepiner (sömn/lugnande)	18	21
Bensodiazepiner (ångest-dämpande)	10	12
Pregabalin	10	11
Metylfenidat	8	9
Opioider	6	9

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Buprenorfin och metadon förskrivs även på indikationen smärta, men för smärta används betydligt lägre doser än för indikationen opiatberoende. Bland LARO-patienter finns det personer som även får preparaten på indikationen smärta av andra förskrivare än ansvarig läkare i LARO-behandlingen. Andelen varierade mellan cirka fem och sju procent under perioden 2006–2013. Denna typ av förskrivning synes vara medicinskt omotiverad, med tanke på att preparaten redan förskrivits i påtagligt högre dos inom ramen för LARO.

## Medicinska risker

### Risker vid sidoförskrivning av narkotiska preparat

Sidoförskrivning av buprenorfin respektive metadon mot smärta till personer som redan står på LARO-behandling med dessa läkemedel, kan medföra risk

<sup>13</sup> Preparatet är inte narkotikaklassat i Sverige

för överdos och allvarlig biverkan, som t.ex. andningsdepression eller livshotande rubbning i hjärtats rytm hos metadonanvändare.

I litteraturen har andningsstillestånd rapporterats även när LARO-patienter använder buprenorfin i kombination med bensodiazepiner. En annan risk vid samtidig användning av bensodiazepiner och LARO-läkemedel är att personen sover mycket hårt eller blir medvetslös i ett kroppsläge som medför risk för kvävning vid uppkastning. Denna risk verkar vara högre hos patienter som nyligen påbörjat behandling med metadon och samtidigt använt bensodiazepiner.

## Risker vid samtidig användning av infektionsmedel

Det är inte ovanligt att personer i LARO behandling har infektioner, som till exempel mjukdelsinfektion, hepatit, HIV eller vanlig luftvägsinfektion. I Socialstyrelsens studie hade den stora majoriteten i LARO-behandling haft minst en infektionsdiagnos under den senaste femårsperioden. Flera infektionsläkemedel, exempel antivirala läkemedel, kan medföra ökad risk för allvarlig biverkan hos personer som LARO behandlas med metadon. Dessa infektionsmedel hindrar metadonets nedbrytning i levern och kan leda till mycket höga metadonkoncentrationer i blodet och risk för livshotande rubbning i hjärtats rytm. Det visade sig att cirka åtta procent av patienter som behandlades med metadon (inom LARO-behandlingen) 2013 samtidigt hade förskrivits infektionsläkemedel som ska undvikas då de kan framkalla allvarlig hjärtarytmi.

Den förhållandevis höga förskrivningen av olämpliga infektionsläkemedel illustrerar att det är viktigt att andra läkare är medvetna om LARO-behandlingen. Ansvarig läkare för LARO behandlingen bör även vara delaktig i behandling av annan psykisk och somatisk samsjuklighet.

## Begränsade möjligheter att följa upp förskrivarna

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är den enda myndighet som kan begära uppgifter från eHälsomyndigheten om en enskild läkares eller tandläkares förskrivning av narkotiska läkemedel eller andra särskilda läkemedel. Denna begäran kan IVO göra om det behövs för tillsynen över hälso- och sjukvården enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), det vill säga om de misstänker några missförhållanden. Regelverket tillåter däremot inte övergripande registerkörningar som stöd för tillsynen, vare sig i receptregistret på eHälsomyndigheten eller i läkemedelsregistret på Socialstyrelsen.

I dag är det inte möjligt för Socialstyrelsen att utgå från uppgifterna om enskilda förskrivare och på så sätt följa upp mönster i förskrivningen av LARO-läkemedlen. Den mest detaljerade nivån för att kartlägga en verksamhets förskrivning är genom arbetsplatskoder.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> För att en patient ska få del av läkemedelsförmånen måste recept som utfärdas vara försedda med en arbetsplatskod. Det är landstingen som administrerar arbetsplatskoder oavsett om förskrivaren är anställd inom landstinget eller inte. Socialstyrelsen har inga uppgifter om arbetsplatskoder.

# Dödsfall relaterade till läkemedlen

För att undersöka dödsfall som kan vara relaterade till de aktuella läkemedlen i LARO-behandlingen har en särskild studie genomförts.

Dödligheten bland personer med ett långvarigt missbruk av opioidrelaterade preparat är betydligt högre jämfört med befolkningen i övrigt. Under de senaste åtta åren har antalet dödsfall där metadon eller buprenorfin rapporterats ökat kraftigt [13]. Antalet personer som deltar i behandlingen har också ökat under denna tid, men proportionellt sett har dödsfallen blivit fler.

Att personer dör medan de är i behandling är allvarligt och det är därför väsentligt att få kunskap både om hur vanligt detta är och om de bakomliggande faktorerna.

## Hur dödsfallen räknas

Det finns flera sätt att kvantifiera narkotikarelaterad död. Dels finns olika definitioner av dödsfallen (t.ex. används olika ICD-koder<sup>15</sup> som underliggande eller bidragande dödsorsak), dels kan dödsfallen både anges i absoluta tal och sättas i relation befolkningen där referenspopulations storlek vägs in [14].

Därutöver förekommer det att man gör kohortstudier, där en viss population följs över tid. I dessa studier mäts *dödligheten bland personer med missbruk*, vilket normalt brukar innefatta *all* dödlighet i gruppen, det vill säga även dödsfall som inte direkt kan relateras till missbruket. Bakom dödsfallen kan det till exempel ligga självmord, somatisk sjuklighet eller olyckor.

Till detta kan fogas studier som undersöker utfallet av en behandlingsmetod (exempelvis LARO) i en grupp, jämfört med en grupp som inte fått behandling.

## Den officiella statistiken

Socialstyrelsen är ansvarig för den officiella dödsorsaksstatistiken. I Socialstyrelsens definition över narkotikarelaterade dödsfall räknas både underliggande och bidragande dödsorsaker, till exempel psykiska störningar kopplade till olika substanser (F-kapitlet i ICD10). Dessutom ingår förgiftningar på grund av ett antal olika preparat. Det medför att även fall där den underliggande dödsorsaken inte är direkt kopplad till droger räknas med [15].

## Olika index används i Sverige och i EU

I Sverige dör omkring 90 000 personer årligen, vilket är cirka 1 procent av befolkningen. Av dessa dödsfall undersöks cirka 5 000 inom rättsmedicinen. Kriteriet för att de ska undersöka ett dödsfall är att dessa dödsfall kan antas ha, a) samband med brott b) det kan ha förekommit fel eller försummelse

<sup>15</sup> ICD är den internationella sjukdomsklassifikationen som är en accepterad standard för klassifikation av sjukdomar. ICD är en statistisk klassifikation för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser.

inom hälso- och sjukvården c) undersökningarna behövs för att fastställa dödsorsak eller identitet. Många dödsfall som på ett eller annat sätt är förknippade med droganvändning undersöks av rättsmedicin. Samtliga dödsfall i Sverige kodas utifrån de insända dödsorsaksintygen. Kodningen sker på Socialstyrelsen och uppgifterna registreras i dödsorsaksregistret (SOSFS 2005:29). I den officiella statistiken publiceras alltså årligen uppgifter om narkotikarelaterade dödsfall.

Inom EU används en definition av narkotikarelaterade dödsfall som i högre grad fokuserar på de underliggande dödsorsakerna. Detta medför att färre dödsfall kommer att ingå i statistiken, men också att dödsorsaken har en tydligare koppling till missbruket.

Enligt den svenska definitionen av narkotikarelaterad död som publiceras i den officiella statistiken avled 589 personer 2013. Dödsfallen för 2012 var 529 personer. Om i stället EU:s och EMCDDA:s definition används, där endast underliggande dödsorsaker ingår var antalet avlidna 402 personer 2012.

## Metoden som används i studien

För att identifiera dödsfall inom ramen för denna studie valdes samma ICD10-koder (International Classification of Diseases) som EU använder i sin statistik<sup>16</sup>. Enligt denna modell räknas ett dödsfall som narkotikarelaterat om den underliggande dödsorsaken är en av diagnoserna enligt ett index.<sup>17</sup>

Utöver det angivna urvalet söktes efter explicita omnämmanden av ett antal preparat som haft betydelse för dödsfallet, bland annat metadon, buprenorfin och heroin på dödsorsaksintygen.

## Dataunderlag

Data från tre register som administreras av Socialstyrelsen har använts i denna studie.

### Dödsorsaksregistret

Dödsorsaksregistret innehåller information om samtliga dödsfall där den avlidne varit folkbokförd i Sverige under dödsåret. Detta register har använts för att undersöka antalet personer som avlidit av narkotikarelaterade dödsorsaker med särskilt fokus på opioidförgiftningar.

### Patientregistret

Patientregistret innehåller information om samtliga avslutade vårdtillfällen inom slutenvården samt läkarbesök inom den specialiserade öppenvården. Registret har använts främst för att skapa kohorter för att möjliggöra en skattning av dödligheten, men även för att undersöka i vilken utsträckning de som avlidit i narkotikarelaterade dödsfall har haft tidigare (missbruksrelaterad) kontakt med hälso- och sjukvården.

---

<sup>16</sup> EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

<sup>17</sup> Dödsorsakskoderna F11–12, F14–16, F19 och dödsfall där den underliggande dödsorsaken är antingen X42, X44, X62, X64 Y12 eller Y14, samt dödsfall där den underliggande dödsorsaken är någon av koderna X41, X61 eller Y11 i kombination med T43.6.

## Läkemedelsregistret

Läkemedelsregistret innehåller information om alla förskrivningar som expedierats på apotek. Registret har använts för att identifiera personer som deltar i LARO-behandling. Urvalet baseras på ett antal ATC-koder.<sup>18</sup> När det gäller buprenorfin har urvalet gjorts via den kod som avser opioidberoende. I fallet metadon har urvalet även gällt läkemedlets beredningsform, och endast oral lösning har ingått som ett urvalskriterium. Detta för att skilja LARO-metadon från metadon avsett som smärtmedicin.

En potentiell felkälla i dataunderlaget är att inte alla preparat som används i LARO-behandling registreras i läkemedelsregistret. Se tidigare beskrivning i avsnittet om läkemedelsförskrivningen.

## Kohortstudier

Som ett komplement till uppgifterna om narkotikarelaterade dödsfall har även grupper av personer med opioidmissbruk följts över tid. Syftet har varit att närmare studera dödligheten i gruppen. För tvåårsperioder mellan 1998 och 2011 (1998–1999, 2000–2001 osv.) skapades kohorter av förstagångsvårdade personer inom slutenvården med diagnosen opiatmissbruk i Socialstyrelsens patientregister.

## Resultat av undersökningen

I studien gjordes initialt ett urval av narkotikarelaterade dödsfall bland vilka förekomst av olika preparat undersöktes. I de följande analyserna har EMCDDA:s definition använts. Metoderna för att beskriva och mäta narkotikarelaterade dödsfall samt dödlighet bland personer med missbruk har begränsningar och resultaten ska därför tolkas med viss försiktighet.

Resultaten redovisas parallellt för riket och för Stockholms län. Att fokus är på Stockholm beror på att täckningsgraden i läkemedelsregistret där bedöms vara god.

## Ålder och könsfördelning

Medianåldern bland de som avled av narkotikarelaterade orsaker var 38 år, och ingen förändring har skett under det senaste decenniet. Även könsfördelningen är relativt oförändrad över tid, vilket innebär att en dryg fjärdedel var kvinnor (27 procent).

## Förekomsten av metadon och buprenorfin bland dödsfallen

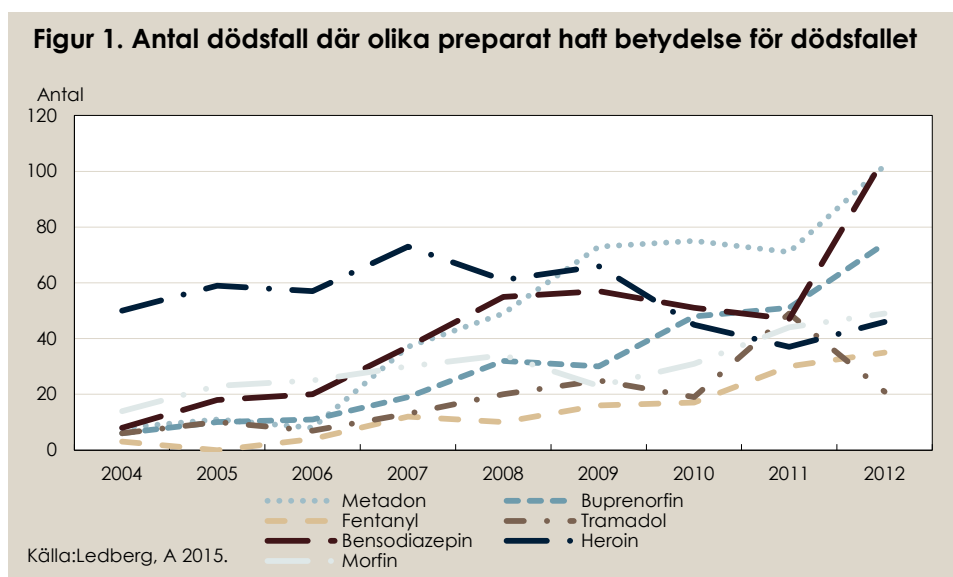
För att få en komplett bild av dödsfallen har ett antal substanser analyserats som haft betydelse vid dödsfallen: heroin, metadon, buprenorfin, morfin, kodein, tramadol, fentanyl, bensodiazepin, dextropropoxifen och pregabalin. Tydligt är att dödsfallen som är relaterade till heroin och dextropropoxifen har minskat över tid. Den motsatta bilden gäller för i stort sett alla andra substan-

---

<sup>18</sup> ATC-kod, (*Anatomic Therapeutic Chemical classification system*), är ett klassificeringssystem för läkemedel. Läkemedlen indelas i olika grupper efter indikationsområde. ATC-koden används av WHO vid rekommenderas av WHO. På Läkemedelsverkets webbplats och i svenska FASS går det att söka läkemedel genom deras ATC-kod.



ser som ingår i analysen. Det innebär en påtaglig ökning när det gäller metadon och buprenorfin bland dödsfallen.



Sammanfattningsvis syns två motsatta trender: en minskning av de heroinrelaterade dödsfallen och olika grad av ökning för övriga substanser (figur 1).

## Dödlighet bland personer med opioidmissbruk

I studien undersökte dödligheten i grupper av personer som valts ut baserat på deras första vårdtillfälle med diagnosen opiatmissbruk.<sup>19</sup> Dessa grupper delades in i två åldersintervall; 18–25 år och 18–65 år. För den yngre åldersgruppen låg den tvååriga dödligheten kring fyra procent under perioden 1998–2011. För den äldre gruppen var dödligheten högre men den verkar snarast ha minskat under perioden, från en nivå runt sju procent till cirka fem procent.

Det finns sammanfattningsvis inget som tyder på stora förändringar med avseende på dödligheten, det vill säga när alla dödsorsaker räknas med. Däremot kan konstateras att dödligheten är kraftigt förhöjd jämfört med befolkningen i jämförbara åldersintervall.

## Dödsfallens koppling till LARO-behandling

Metadon och buprenorfin utgör huvudpreparaten inom LARO-behandlingen, och antalet dödsfall där dessa preparat nämns på dödsorsaksintygen har ökat markant från 2006. Det är därför viktigt att utreda om personerna som avlider med dessa preparat i kroppen är i LARO-behandling eller inte.

I Sverige finns i dag inget register över personer som deltar i LARO-behandling. Däremot kan personer som enligt läkemedelsregistret förskrivits metadon och buprenorfin på goda grunder antas vara i behandling vid tidpunkten för förskrivningen. För dessa personer har uppgifter hämtats ur dödsorsaksregistret för att undersöka om en person med en viss förskrivning

<sup>19</sup> ICD10-kod F11.

avlidit. Förskrivningar av metadon och buprenorfin sker även på andra indikationer än LARO-behandling, och därför har beredningsformen och diagnostexten använts för att särskilja förskrivningar inom LARO. Det finns vissa problem när det gäller möjligheterna att spåra dödsfallen bakåt i tiden. Detta beror på den underrapportering av så kallade rekvisitionsläkemedel som diskuterats i avsnittet om förskrivning. Därför har analyser gjorts för hela landet å ena sidan, och för Stockholm å den andra. I Stockholm står rekvisitionsläkemedlen för en mindre andel, vilket ger en högre täckningsgrad i läkemedelsregistret.

## Personer i behandling när de avled

Följande resultat grundar sig på uppgifter som aggregerats under åren 2006–2012, om dödsfall där de aktuella läkemedlen förekommit på dödsorsaksintygen. Givet de begränsningar som nämns i stycket ovan befann sig cirka 25 procent av de avlidna personerna i LARO-behandling eller hade precis blivit utskrivna från behandling vid tidpunkten för dödsfallet. En något större andel, cirka 35 procent, var eller hade varit i behandling någon gång tidigare. Då ska vägas in att kontroller endast kan göras tillbaka till 2006, eftersom läkemedelsregistret inte var tillgängligt tidigare.

Genom att samköra dödsorsaksregistret med patientregistret ges möjlighet att underöka hur stor andel av de avlidna som vårdats med missbruksrelaterade diagnoser inom hälso- och sjukvården. Resultatet visar att av de som avlider med metadon och buprenorfin på dödsorsaksintyget har ungefär 90 procent en tidigare missbruksrelaterad diagnos.

# Läckage

Det är känt att både metadon och buprenorfin finns tillgängligt utanför hälso- och sjukvården. Frågan är varifrån preparaten kommer. Narkotikamarknaden, i likhet med andra marknader, kan beskrivas utifrån utbud och efterfrågan. När det gäller efterfrågan är metadon och buprenorfin inte särskilt populärt bland ungdomar och inte heller bland yngre personer som använder droger. Läkemedlen används i stället framförallt av personer med missbruk, och kommer dessutom in relativt sent i missbrukskarriärerna [16].

## Ny metod att spåra preparaten

Kunskapen om utbudssidan är betydligt mer begränsad. Inom ramen för uppdraget togs därför initiativ till en ny datainsamling. Initialt kontaktades de läkemedelsföretag som säljer de aktuella läkemedlen i Sverige. Därefter inleddes på Statens Kriminaltekniska Laboratorium en registrering av sökbar information (batchnummer, språk etc) på de läkemedelsförpackningar, eller delar därav, som kommer till myndigheten för analys.

## Antal beslag ger kunskap

Resultatet visar att polisens beslag av buprenorfin och metadon har ökat under den senaste tioårsperioden. Ökningen är mer uttalad när det gäller buprenorfin, och under de senaste åren har omkring 5 000 tabletter beslagtogs varje år. Beslagen av metadon gäller omkring 1 000 tabletter per år. En viss ökning av beslagen kan skönjas när det gäller den orala metadonlösning som vanligen används vid LARO-behandling, och 2013 beslagtogs närmare 8 000 milliliter metadonlösning.

Under perioden september 2013–augusti 2014 omfattade datainsamlingen 219 batcher (tillverkningssatser) och 3 221 tabletter. Buprenorfin var det vanligaste preparatet och över hälften (55 procent) av den totala beslagsmängden kunde spåras.

## Beslagen är främst från Frankrike

Den sammantagna bilden är att eventuellt läckage av läkemedel från LARO-behandlingen når en begränsad grupp med ett redan etablerat missbruk av opiater. Spårningen av polisens beslag visar att utbudet domineras av illegalt insmugglat buprenorfin som i huvudsak härstammar från Frankrike. Undersökningen visar inte hur dessa läkemedel förs in i landet, men två huvudsakliga vägar kan vara illegal införsel (persontrafik eller på annat sätt) och leveranser efter internetbeställningar. Det finns en koncentration av beslagen till Stockholmsområdet.

Utvecklingen i Finland visar på en likartad utveckling, med en kraftig ökning av den illegala införseln från Frankrike.

## Litet läckage från LARO-verksamheterna

Socialstyrelsen bedömer att läckaget av läkemedel från de svenska LARO-verksamheterna är begränsat. Cirka tio procent av de spårbara batcherna av buprenorfin har sålts på den svenska illegala marknaden och kan därför beskrivas som läckage. Analysen visar att andra orsaker än läckage bidrar till att LARO-läkemedlen även finns utanför den legala marknaden. Det handlar om illegal införsel, receptförfalskning, stölder med mera.

# Följa upp och säkra kvaliteten inom LARO-behandlingen

En del i Socialstyrelsens uppdrag är att hitta ett bra system för att kunna följa upp utfallet av behandlingen och kvaliteten i den läkemedelsassisterade behandlingen.

Uppgifter om metadonbehandling registrerades tidigare i det så kallade metadonregistret vid Socialstyrelsen. Registret infördes 1989 och upphörde 2004 i samband med upphävandet av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1990:16) om metadonunderhållsbehandling och förskrivning av opiater på indikation narkomani. Registret innehöll uppgifter om de vårdade personerna, om behandlingsenheten och om själva vårdtillfället.

Metadonregistret gjorde det möjligt att beskriva basepidemiologiska uppgifter om patientgruppen, till exempel omfattningen av behandlingen, utvecklingen över tid samt köns- och åldersfördelning. Eftersom registret även innehöll personnummer fanns möjlighet att, efter att detta prövats, följa upp patienterna genom andra register.

Sedan registret upphörde har Socialstyrelsen inte haft någon specifik datakälla om patienter som deltar i denna form av behandling. Dock kvarstår behovet av att löpande kunna följa behandlingens innehåll och resultat. Det är därför angeläget att hitta ett sätt som tryggar tillgången till data och som på samma gång respekterar den enskildes integritet och minimerar den administrativa bördan för den som bedriver vården.

## Register

I dag finns framförallt två datakällor som delvis ersätter den informationstillgång som metadonregistret utgjorde: läkemedelsregistret och svenskt beroenderegister. Dessa presenteras i korthet nedan.

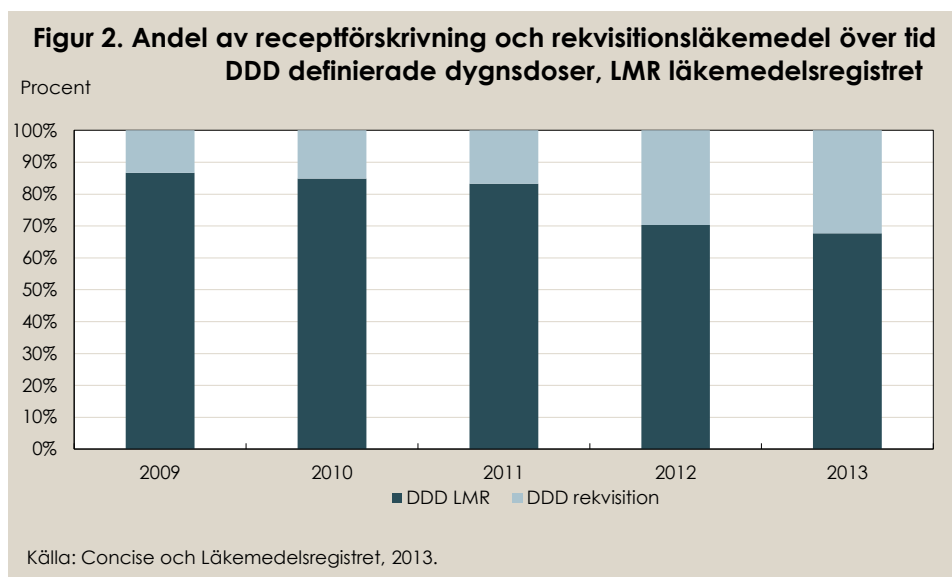
### Läkemedelsregistret

I och med att metadonregistret upphört har i stället läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen använts för att beskriva omfattningen och karaktären av LARO-behandlingen i landet.

Läkemedelsregistret innehåller uppgifter om läkemedel som hämtas ut mot recept eller motsvarande. Sedan den första juli 2005 innehåller registret även personnummer. Ett viktigt syfte med registret har varit att öka patientsäkerheten. Registeruppgifterna används till epidemiologiska undersökningar, forskning och statistikproduktion.

I dag innehåller registret inga uppgifter om läkemedel som distribueras via rekvisition, det vill säga läkemedel som administreras direkt till patienten hos vårdgivaren. Rekvisitionsläkemedel utgörs till största delen av läkemedel som ges i slutenvård, men de förekommer också i delar av öppenvården, främst inom specialiserad öppenvård.

Uppgifter om rekvisitionsläkemedlens utveckling har tagits fram genom att jämföra Socialstyrelsens läkemedelsregister och eHälsomyndighetens databas Concise (figur 2).



En ökande andel av de distribuerade läkemedlen är rekvisitionsläkemedel. Detta riskerar på sikt att försvåra möjligheterna att följa förskrivningen i läkemedelsregistret. Socialstyrelsen har påtalat problemet i tidigare rapporter.

## Svenskt beroenderegister – ett kvalitetsregister för LARO-behandling

Behandlingen av opiatberoende med evidensbaserade metoder har ökat under de senaste tio åren. Svenskt beroenderegister (SBR) är ett kvalitetsregister bland annat för uppföljning av behandling vid opiatberoende. Registret drivs av professionen. Registreringen är frivillig och kräver samtycke från patienten.

Det övergripande syftet med registret är att skapa en nationell kunskapsbas och ett forum för kunskapsutveckling. Registret syftar dessutom till att ge behandlingsverksamheterna i landet redskap att erbjuda en kvalitetssäkrad behandlingsmetod enligt de krav och förutsättningar som anges i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för behandling av opiatberoende personer [NR 2015].

Målsättningen för SBR är att registrera all läkemedelsassisterad behandling med metadon och buprenorfin. Registret drivs av Registercentrum Västra Götaland [17].

Registret rankas i dagsläget som ett kandidatregister och är under uppbyggnad. Det betyder bland annat att det idag har en låg täckningsgrad. På sikt kan dock registret komma att ha betydelse för egenuppföljning inom vården. Det är dock oklart när en kvalitetsnivå kan uppnås som skulle tillåta uppföljningar på nationell nivå.

## Tre alternativ att följa LARO-patienter

Mot bakgrund av ovanstående bedömer Socialstyrelsen att det finns tre handlingsalternativ när det gäller ökad tillgång till data om LARO-behandlingens utfall och kvalitet på individnivå:

- Införande av ett nytt personnummerbaserat hälsodataregister över patienter som deltar i LARO-behandling.
- Utvidga läkemedelsregistret till att även omfatta rekvisitionsläkemedel samt att utvidga patientregistret till att även omfatta besök hos andra yrkeskategorier än läkare i specialiserad öppenvård.
- Utveckla kvalitetsregistret SBR.

Samtliga tre handlingsalternativ har för- och nackdelar, ur såväl administrations- som integritetssynpunkt. I det följande görs en bedömning av de olika alternativens förutsättningar.

### Kvalitetsregistret SBR

Kvalitetsregister utgör generellt sett ett bra tillägg till de nationella hälsodataregistren. De ger möjlighet att föra statistik med högre detaljeringsgrad om specifika tillstånd eller vårdåtgärder än vad ett brett nationellt register kan hantera. Oavsett vilken lösning som väljs för att nationellt samla information om LARO-behandling kan ett kvalitetsregister inom området utgöra ett viktigt komplement till en sådan datakälla.

I dagsläget bedöms dock täckningsgraden i SBR vara för låg för att ge en nationell bild av behandlingen. Dessutom är det frivilligt att lämna uppgifter till ett kvalitetsregister. Det finns således ingen motsvarighet till den uppgiftsskyldighet som gäller för de nationella hälsodataregistren.

### Nytt personnummerbaserat hälsodataregister

Inrättandet av ett nytt hälsodataregister ger möjligheten att särskilt specificera de personuppgifter som anses viktiga för att kunna följa upp LARO-behandlingens kvalitet och utfall. Det innebär att insamlingen av information om denna patientgrupp kan göras både bredare (fler uppgifter) och djupare (mer detaljerad information). Den möjligheten talar för inrättandet av ett särskilt register.

Att upprätta ytterligare ett hälsodataregister behöver dock vägas mot det intrång i den personliga integriteten som ett sådant register innebär. I alla sammanhang där en registrering av personuppgifter övervägs måste samtidigt en avvägning göras mellan de skäl som talar för registreringen av uppgifterna och den enskildes önskemål att slippa bli registrerad. Socialstyrelsens bedömning är att ett särskilt hälsodataregister om patienter i LARO-behandling skulle innebära en betydande utvidgning av antalet känsliga personuppgifter som samlas in.

Vidare behöver nyttan med registrets uppgifter vägas mot risken att öka den administrativa bördan för den som bedriver LARO-behandling. Socialstyrelsen gör bedömningen att ett separat register över patienter som ingår i LARO-behandling skulle öka den administrativa bördan. Det gäller dels

eftersom nya uppgifter behöver registreras, dels eftersom uppgifter som redan i dag samlas in till befintliga hälsodataregister även behöver rapporteras till det separata LARO-registret.

## Utveckling av läkemedels- och patientregistret

Ett av Socialstyrelsens nationella hälsodataregister är läkemedelsregistret. Registret innehåller basinformation om dem som förskrivits läkemedel för LARO-behandling. Socialstyrelsen bedömer att registret omfattar omkring 90 procent av patienterna i LARO-behandling.

Läkemedelsregistret är personnummerbaserat vilket innebär att det kan samköras med andra datamängder och därmed öka kunskapen om en viss patientkategori.

Vi vet att vissa LARO-program administrerar de aktuella läkemedlen direkt till patienten vid mottagningsbesök. Den informationen saknas därför i läkemedelsregistret. Problemet är dock känt och såväl Socialstyrelsen som andra aktörer har på regeringens uppdrag utrett möjligheterna att utvidga läkemedelsregistret till att också omfatta rekvisitionsläkemedel [18, 19]. Med en sådan utveckling skulle samtliga LARO-patienter kunna identifieras genom registret.

Patientregistret hos Socialstyrelsen innehåller idag uppgifter om all slutenvård och läkarbesök i specialiserad öppenvård. Uppgifter om besök hos andra yrkeskategorier i den specialiserade öppenvården får inte samlas in. Det innebär att många av de besök som sker vid beroendemottagningar inte får registreras i registret, exempelvis besök hos sjuksköterska. Socialstyrelsen har vid ett flertal tillfällen påpekat behovet av att även få samla in dessa uppgifter för att kunna ge en korrekt beskrivning av hälso- och sjukvårdens innehåll och utveckling. På regeringens uppdrag utredde myndigheten under 2014 frågan med särskilt fokus på besök inom den psykiatriska vården. Socialstyrelsen har inga tekniska problem att samla in uppgifter men saknar legalt stöd för en sådan insamling. Registrets innehåll regleras i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen. För att Socialstyrelsen ska ha möjlighet att samla in de aktuella uppgifterna krävs att förordningen revideras så att även besök hos andra än läkare får samlas in.

Socialstyrelsen bedömer att en sådan utvidgning på ett betydande sätt skulle öka myndighetens möjligheter att beskriva den vård som ges inom ramen för LARO.



# Socialstyrelsens slutsatser

## Tillgänglighet till LARO-behandlingen

Organisationen av LARO riskerar att försvåra tillgängligheten. Läkemedelsassisterad behandling är livsnödvändig, men vägen in i behandlingen är komplicerad och det finns en risk att ofrivilligt skrivas ut från behandlingen. I kartläggningen av verksamheterna och i brukarstudierna framkommer att nuvarande regelverk och tolkningen av detta begränsar tillgängligheten.

Det är en iakttagelse att åtgärder behövs generellt för att öka tillgängligheten men också för att minska skillnaderna i vården. Det är därför inte en framkomlig väg att enbart rikta insatser mot några landsting utan mer samlade åtgärder kring behandlingens utformning och innehåll behövs.

LARO – en del av utbudet inom beroendevården  
Socialstyrelsens kartläggning visar att LARO-behandling finns inom samtliga landsting, men förutsättningarna skiljer sig åt. I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2015 rekommenderas att LARO-behandling bör erbjudas personer med opiatberoende. Den bör således vara en del av utbudet inom beroendevården enligt Socialstyrelsen.

Bristen på nationell samstämmighet påverkar tillgängligheten  
Att det saknas en nationell samstämmighet kring utformningen av den läkemedelsassisterade behandlingen skapar problem. Verksamheter och ansvariga läkare gör olika bedömningar när det gäller inklusion, utredningsförfarande och innehåll i behandlingen. Följden blir bland annat att väntetiderna varierar, och i vissa fall blir väntan på bedömning och beslut om att skrivas in i behandlingen orimligt lång.

Avsaknaden av samverkan försämrar tillgängligheten  
Graden av samverkan mellan LARO-verksamheter och socialtjänsten och även med andra av hälso- och sjukvårdens olika verksamheter (exempelvis psykiatri och primärvården) varierar också. När samverkan saknas får det konsekvenser för patientens möjligheter att få det individuella stöd som personen behöver i samband med behandlingen. Behandling och insatser från flera olika huvudmän samtidigt förutsätter samordning. Vikten av samordning uttrycks bland annat i bestämmelserna om samordnad individuell plan i 2 kap. 7 § SoL och 3 f HSL. I propositionen 2012/13:17, God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården (sid 20) anges också att personer med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk eller somatisk sjukdom är en grupp där samordnade insatser är av stor vikt.

Nationell samsyn behövs – med bas i de nationella riktlinjerna  
Det behövs en nationell samsyn om hur LARO-behandlingen ska utformas för att minska skillnaderna mellan landstingen. Det behövs även en samsyn om vad behandlingen ska innehålla och hur den kan organiseras på bästa sätt

för patienterna. Med gemensamma utgångspunkter för behandlingen finns en möjlighet att lösa problemen med de stora skillnaderna mellan verksamheter och de negativa konsekvenser detta för med sig för patienterna. Socialstyrelsens nationella riktlinjer och föreskrift utgör grunden för detta arbete.

Säkerställa utbudet av insatser för målgruppen

Studierna visar att det finns en stor samsjuklighet i gruppen, vilket gör att patienternas behov ser olika ut. Eftersom behandlingen för många pågår under lång tid, så skiftar behoven över tid. Därför behöver det utvecklas en mer differentierad behandling utifrån patienternas olika behov. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende lyfter fram ett antal insatser som har forskningsstöd som kan tillgodose delar av behoven.

Involvera patienten i alla delar som rör behandlingen

Den kritik som patienterna för fram handlar till stor del om en brist på förutsägbarhet och delaktighet. Därför behöver verksamheterna utvecklas så att de tillämpar en transparent beslutsprocess och involverar patienterna.

Tillsyn utifrån ett tillgänglighetsperspektiv

Tillsynen spelar en viktig roll för att bevaka att behandlingen sker på ett säkert sätt för patienten. Här är även tillgänglighetsperspektivet väsentligt.

## Förskrivning av de aktuella läkemedlen

Ökningen av patienter har mattats av

Antalet patienter inom LARO-behandlingen ökade mellan 2006-2011, men en viss avmattning kan noteras de senaste åren. Av detta kan man dra slutsatsen att det finns ett behov av verksamheten, men avmattningen kan tyda på att behoven börjar tillgodoses eller att det finns hinder för vissa personer att få del av behandlingen. De eventuella förändringar som de nationella riktlinjerna innebär och förändringar i den föreskrift som reglerar verksamheten, kan påverka efterfrågan framöver.

Rekvissionsläkemedlen gör det svårt att följa förskrivningen

Andelen rekvisitionsläkemedel har ökat. Det leder till att registreringen i läkemedelsregistret succesivt har minskat.

Även svårt att följa upp förskrivare

Möjligheterna att följa upp enskilda förskrivare finns i dagsläget endast på verksamhetsnivå, och någon samlad nationell bild finns inte. Rekvisitionsläkemedlen är en komplicerande faktor, eftersom de inte registreras. Detta gör att de inte går att koppla till vare sig patienten eller förskrivaren.

Svårt att bryta ett läkemedelsmönster

En slutsats är att patienter sällan byter LARO-läkemedel. En annan slutsats är att nyinskrivna patienter inte fullt ut ställs in på de läkemedel som rekommenderas av Läkemedelsverket och i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Viktigt att förskrivare känner till LARO behandlingen

Bland annat på grund av samsjuklighet sker förskrivning av narkotikaklassade preparat av andra läkare, och sådan kan vara motiverad, men sidoförskrivning<sup>20</sup> kan riskera att motverka LARO-behandlingen om den inte är känd av ansvarig läkare.

Det finns även medicinska risker med samtidig förskrivning av andra narkotiska preparat och med vissa andra läkemedel, främst infektionsmedel, till personer i LARO behandling. Det är därför viktigt att förskrivande läkare informeras om pågående LARO-behandling, och att den läkare som är ansvarig för LARO-behandlingen känner till övrig förskrivning.

## Dödsfall relaterade till läkemedlen

Personer med opiatmissbruk löper risk att dö i förtid

Antalet dödsfall där metadon och buprenorfin rapporterats i den rättstoxikologiska analysen har ökat kraftigt. Ökningen av antalet dödsfall där metadon eller buprenorfin haft betydelse beror sannolikt på en ökad användning av dessa preparat inom en population med kraftigt förhöjd total dödlighet och påverkas av betydligt fler faktorer än preparatmixen i samband med dödsfallet.

De flesta avlidna är kända i hälso- och sjukvården – relativt få dör inom LARO-behandlingen

När det gäller personer som avlidit och där metadon eller buprenorfin nämnts på dödsorsaksintygen befann sig majoriteten inte i LARO-behandling när de avled. Det är därmed osannolikt att de hade fått dessa preparat genom behandlingen.

Cirka 25 procent av de avlidna var i behandling eller hade precis varit medan cirka 35 procent var eller hade någon gång varit i LARO-behandling. Cirka 90 procent av de som avlidit och hade metadon och buprenorfin på dödsorsaksintyget hade en tidigare missbruksrelaterad diagnos och var därmed kända inom hälso- och sjukvården.

Ett nytt mönster när det gäller dödsfallen

Utöver dödsfallen relaterade till metadon och buprenorfin har också dödsfall som involverat andra psykoaktiva läkemedel<sup>21</sup> ökat under perioden. Sammantaget och med hänsyn tagen till andra data tyder det på att bruket av psykoaktiva läkemedel generellt har ökat. Däremot har förekomsten av heroin på dödsorsaksintygen minskat något.

Nya analysmetoder kan vara en del av förklaringen

Det kan heller inte uteslutas att nya analysmetoder och rapporteringsrutiner inom rättsmedicinen har bidragit till den rapporterade ökningen av dödsfall.

---

<sup>20</sup> Sidoförskrivning syftar på förskrivning från andra läkare än den behandlande läkaren i LARO

<sup>21</sup> Psykoaktiva ämnen påverkar hjärnans funktion och orsakar förändringar i beteende, stämning, uppfattning och medvetande.

## Läckage

Läckage från behandlingen står för en låg andel av den illegala marknaden

På senare tid har forskning visat att det förekommer läckage av läkemedel bland patienter, men den samlade bilden är inte att det är LARO-verksamheterna som står för ökningen på den illegala marknaden. En mindre andel, tio procent, av de beslag som analyserats, har levererats till mottagare i Sverige, det vill säga hälso- och sjukvården. Läkemedlen kan ha nått den illegala drogmarknaden på flera olika sätt – genom receptbedrägerier, stölder, internethandel, illegal införsel med mera. Analyser av spårbara polisbeslag tyder på att den primära källan till det illegala utbudet domineras av framförallt buprenorfin och att läkemedlen kan härledas till Frankrike.

Angeläget att spåra beslagtagna läkemedel

Utbudet på den illegala marknaden domineras, som tidigare nämnts, av franskt buprenorfin. Införseln har ökat över tid. För att kunna följa utvecklingen behövs en kontinuerlig analys av vilka läkemedel som förs in och beslagtas, vilket land de levererats till, och av var i landet beslagen gjorts.

Delat ansvar

Frågan om läckage eller illegal införsel handlar också om ansvarsfördelning. När problemet gäller överförskrivning eller patienter som säljer sina läkemedel vidare, så vilar ansvaret i första hand på hälso- och sjukvården och följs upp av IVO. I den mån problemet handlar om illegal införsel vilket denna rapport visar, så vilar i stället ansvaret på de övriga rättsvårdande myndigheterna.

Avledning i stället för läckage

Resultaten pekar på behovet av ett alternativt språkbruk. Läckage kan vara en av flera kanaler bort från den ordinarie läkemedelshanteringen. Analysen visar dock att andra vägar, till exempel illegal införsel, kan ha större betydelse. I den internationella forskningen används begreppet *diversion* som översatt till svenska blir *avledning*. Begreppet är dock inte etablerat i Sverige.

## Följa upp och säkra kvaliteten

Läkemedelsregistret och patientregistret som utgångspunkt för uppföljning

Vid en sammanvägd bedömning anser Socialstyrelsen att läkemedelsregistret och patientregistret bör vara utgångspunkter när det gäller en nationell uppföljning av kvaliteten i och utfallet av LARO-behandling. Främst tre aspekter har varit avgörande i denna bedömning. För det första har det varit viktigt att undvika inrättandet av ett integritetskänsligt specialregister. För det andra innebär detta handlingsalternativ att arbetsbördan i att lämna uppgifter inte behöver öka specifikt för LARO-verksamheterna. För det tredje anser Socialstyrelsen att den typ av uppgifter som här är aktuella bör omfattas av uppgiftsskyldighet. En sådan skyldighet finns redan för läkemedelsregistret respektive patientregistret.

Läkemedelsregistret behöver omfatta rekvisitionsläkemedel  
Under förutsättning att läkemedelsregistret utvidgas till att även omfatta  
rekvisitionsläkemedel blir det möjligt att skapa en heltäckande bild av de  
patienter som ingår eller har ingått i LARO-behandling.

# Socialstyrelsens förslag

Nedan presenteras Socialstyrelsens förslag för att öka tillgängligheten till LARO-behandling, bättre kunna följa förskrivningsmönster, öka kunskapen om narkotikarelaterad död och förbättra uppföljningen.

## Förändrat regelverk

För att öka tillgängligheten ser Socialstyrelsen för närvarande över SOSFS 2009:27. Socialstyrelsen överväger bland annat att reglera behandling av opiodmissbruk i stället för enbart opiatmissbruk och att låta även läkare med specialistkompetens i beroendemedicin ge behandling. Vidare överväger Socialstyrelsen att förändra vissa av de bestämmelser som dels ställer upp hinder mot att inleda behandling, dels ställer krav på att i vissa fall avbryta behandling.

## Nationellt kunskapsstöd för LARO-behandlingen utvecklas

För att förbättra tillgängligheten och minska skillnaderna i behandlingen överväger Socialstyrelsen att med utgångspunkt dels i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende och dels i SOSFS utveckla ett kunskapsstöd för verksamheten. Ett sådant kunskapsstöd skulle bland annat kunna stödja hälso- och sjukvårdspersonal att på ett likartat sätt bedöma när en behandling ska inledas och avslutas samt att hantera samsjuklighet, och på så sätt innebära en kvalitetssäkring av vårdinsatserna.

## Nationellt ansvar för LARO

Den läkemedelsassisterade behandlingen rör många aktörer i samhället det är bland annat Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, SBU, kommuner och landsting etc. För att öka kunskapen och att föra ut den i verksamheterna föreslår Socialstyrelsen att frågan tas upp i kunskapsstyrningsrådet där nio nationella myndigheter ingår samt i huvudmannagruppen som representeras av kommuner och landsting. Frågor som är viktiga att uppmärksamma är hur den fortsatta utvecklingen och uppföljningen av den läkemedelsassisterade behandlingen ska gå till. Det gäller exempelvis hur verksamheterna ska stödjas i arbetet men också hur förskrivningsmönster (till exempel medicinska risker), dödlighet och läckage kan följas nationellt.

## Ökad möjlighet till överblick av all läkemedelsförskrivning

Socialstyrelsen fortsätter att delta i arbetet att förbättra möjligheten för ansvariga läkare att få information om och vara delaktiga i läkemedelsordinationer som utförs av andra förskrivare. Myndigheten stödjer utvecklingen och införandet av den nationella ordinationsdatabasen (NOD), som landstingens produktionsbolag Inera ansvarar för.<sup>22</sup> Syftet med NOD-projektet är att på nationell nivå skapa en samlad informationskälla för patientens läkemedelsbehandling.<sup>23</sup>

<sup>22</sup> Inera har i uppdrag att skapa Nationell ordinationsdatabas, NOD, där den samlade läkemedelslistan ska lagras inom ramen för sammanhållen journalföring, samt tekniska tjänster för att skriva och läsa i listan. NOD är anpassat till det nya kodsystäm som Socialstyrelsen har börjat utveckla för ordinationsorsaker.

<sup>23</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013juli/nyttssystemforsakrarelakemedelsordinationer>

Konsekvensen av rekvisitionsläkemedel behöver uppmärksammas och åtgärdas.

Som ett led i arbetet med den nationella läkemedelsstrategin (aktivitet 6.4) har Socialstyrelsen utrett förutsättningarna för att följa upp rekvisitionsläkemedel på individnivå.<sup>24</sup> Sedan hösten 2013 har SKL huvudansvar för projektet, som sker i samråd med Socialstyrelsen och andra aktörer. Ett av förslagen är att Läkemedelsregistret bör kunna beredas möjlighet att även ta in data om rekvisitionsläkemedel. För detta krävs att förordningen (2005:363) om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen revideras så att även sådana uppgifter får behandlas. LARO-behandling skulle eventuellt kunna bli ett pilotområde för uppföljning av rekvisitionsläkemedel på individnivå.

Läkemedelsregistret utgångspunkt för uppföljning

Läkemedelsregistret bör vara utgångspunkten när det gäller nationell uppföljning av kvalitet i och utfall av LARO-behandling. Det förutsätter att även rekvisitionsläkemedel ingår i registret.

Uppmärksamma patientsäkerhetsperspektivet

Socialstyrelsen avser att - under förutsättning att medel kan avsättas - arbeta fram ett anpassat informationsmaterial om de risker som är förknippade med läkemedelsassisterad behandling i kombination med andra läkemedel.

Studien visar att nästan hälften av patienterna får läkemedel förskrivna av andra läkare.

Utveckla den officiella statistiken och öka kunskapen om dödsfall  
Statistiken om narkotikarelaterad dödlighet behöver utvecklas. Socialstyrelsen avser att se över formerna för den officiella statistiken på området.

Socialstyrelsen kan, ifall resurser tillsätts, utifrån befintliga hälsodataregister, och i samråd med Rättsmedicinalverket, beskriva den grupp som avlider till följd av de aktuella läkemedlen. Sådan kunskap utgör ett viktigt underlag för hur det förebyggande arbetet ska utformas. Socialstyrelsen avser att arbeta fram en förbättrad modell för hur dödsfallen kan följas i framtiden.

---

<sup>24</sup> Ur den nationella läkemedelsstrategins handlingsplan, punkt 6:4 Möjliggör uppföljning av rekvisitionsläkemedel på individnivå (Huvudansvarig: Socialstyrelsen) Utredning om hur individdata om rekvisitionsläkemedel kan göras tillgängliga från olika journalsystem eller de läkemedelsmoduler som är kopplade till dem. användas till exempelvis epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet.

# Referenser

1. Johnson, B. Metadon på liv och död [Elektronisk resurs]: en bok om narkomanvård och narkotikapolitik i Sverige. Lund Studentlitteratur 2010.
2. Metadonbehandlingen i Sverige : beskrivning och utvärdering. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.
3. Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare : en kunskapsöversikt. Stockholm; 2004. Report No.: 91-7201-867-4.
4. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem : en evidensbaserad kunskapsammanställning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2001.
5. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård : vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Stockholm; 2007. Report No.: 978-91-85482-90-0.
6. Bättre insatser vid missbruk och beroende , individen, kunskapen och ansvaret SOU 2011:35. Stockholm; 2011.
7. Kartläggning av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende 2012.
8. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - Stöd för styrning och ledning Stockholm; 2015.
9. Kartläggning av verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende - omfattning, innehåll och tillgång till behandlingen. Stockholm; 2015.
10. Förskrivning av buprenorfin och metadon vid beroendetillstånd. Stockholm; 2015.
11. Buprenorfin och metadon på den illegala drogmarknaden. Stockholm; 2015.
12. Socialstyrelsen. Termbanken. <http://socialstyrelsenitermse/> 2015 2015-02-24. Hämtad från:
13. Fugelstad, A, Tibblin, I, Johansson, LA. Allt fler dör av metadon Läkartidningen. 2010; 2010-05-04 nummer 18.
14. Dödsorsaker. 2015. Hämtad 2015-02-24 från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/dodsorsaker>
15. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - Lägesrapport 2014. Stockholm 2014.
16. Richert T, B., J. Illicit use of methadone and buprenorphine among adolescents and young adults in Sweden. ). Harm reduction journal 2013;10 (27). 2013.
17. Kvalitetsregister. Hämtad 2015-02-24 från: <http://www.kvalitetsregister.se/hittaregister/registerarkiv/opiatberoende.5.5001617a14293edd94422f.html>
18. Uppföljning av rekvisitionsläkemedel – förutsättningar för integrering i ett hälsodataregister. . Stockholm; 2013.
19. Förstudie om uppföljning av användningen av rekvisitionsläkemedel på individnivå:. 2013. Hämtad 2013 2015-02-24 från: [http://www.cehis.se/images/uploads/dokumentarkiv/Forstudie\\_uppfoljning\\_anvandningen\\_rekvisitionslakemedel\\_individniva\\_131025.pdf](http://www.cehis.se/images/uploads/dokumentarkiv/Forstudie_uppfoljning_anvandningen_rekvisitionslakemedel_individniva_131025.pdf)