

Kartläggning av verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende

**Omfattning, innehåll och tillgång till
behandlingen**

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.

ISBN	978-91-7555-298-9
Artikelnummer	2015-3-36

Publicerad	www.socialstyrelsen.se , mars 2015
------------	--

Förord

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att öka kunskapen om den läkemedelsassisterade behandlingen vid opiatberoende. Uppdraget innehåller ett flertal olika frågeställningar, däribland att kartlägga omfattningen av och tillgängligheten till behandlingen. Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget genomfört separata delstudier. En sammanställning av samtliga kunskapsunderlag samt Socialstyrelsens slutsatser och förslag finns i rapporten *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende – slutsatser och förslag*.

I den här rapporten redovisas resultaten från Socialstyrelsens kartläggning av innehållet och omfattningen av den läkemedelsassisterade behandlingen vid opiatberoende. Utifrån resultaten har en analys gjorts av tillgängligheten till behandlingen. Resultaten baseras på en enkätundersökning till samtliga identifierade verksamheter som bedriver behandlingen, kompletterat med en intervjustudie till ett urval verksamheter.

Rapporten har skrivits av utredaren Gunnel Hedman Wallin med stöd av utredaren Christina Höglblom. Statistiker Robert Linder har ansvarat för bearbetningen av enkätundersökningen.

Socialstyrelsen vill rikta ett tack till personalen vid de verksamheter som ingick i intervjustudien, vilka med stort engagemang delade med sig av sitt kunnande.

AnneMarie Danon
avdelningschef
avdelningen för kunskapsstöd

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Uppdraget	8
Syfte	8
Uppdragets genomförande	8
Begrepp	8
Inventering av LARO-verksamheter	10
Tillvägagångssätt	10
Identifierade felkällor	10
Resultat	10
Organisation och geografisk spridning	11
LARO-behandlingens omfattning och innehåll	14
Enkätundersökningen	14
Organisation och resurser	15
Vägen in i behandling	18
Utskrivningar eller avslutade behandlingar	22
Målgrupp och behandlingsinnehåll	23
Samverkan	28
Risker eller problem med behandlingen?	29
Sammanfattande resultat	31
Behandlingens omfattning	31
Behandlingens innehåll	32
Tillgänglighet till behandlingen	33
Bilaga 1. Förteckning över verksamheterna som ingick i enkätundersökningen	35
Bilaga 2. Utvalda verksamheter till intervjustudie	37
Bilaga 3. Intervjuguide	38
Bilaga 4. Kvalitetsdeklaration av enkätundersökningen	40

Sammanfattning

Socialstyrelsen har genomfört en kartläggning av innehållet och omfattningen av den läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende samt utifrån resultaten gjort en analys av tillgängligheten till behandlingen. Resultaten baseras på en enkätundersökning till samtliga identifierade verksamheter som bedriver behandlingen, kompletterat med en intervjustudie till ett urval verksamheter.

I september 2013 fanns det 110 verksamheter som bedrev behandlingen i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2009:27. Det finns ingen nationell entydig definition av vad som organisatoriskt sett är en LARO-verksamhet. Resurserna för behandlingen skiljer sig också åt mellan landstingen beroende på hur hälso- och sjukvården (psykiatri inkluderat beroendevården) är organiserad inom respektive landsting.

Den 1 november 2013 var drygt 3 700 patienter inskrivna i behandlingen (skattat värde), varav 30 procent var kvinnor. Vid samma tidpunkt väntade drygt 500 personer på behandling.

Socialstyrelsens kartläggning visar att tillgången till och organisationen av resurserna för behandlingen varierar mellan landstingen. Bedömningar för inklusion, utredningsförande och innehåll i behandlingen skiljer sig åt mellan verksamheterna och ansvariga läkare. Det gäller både innehållet i den farmakologiska behandlingen och den psykosociala behandlingen som bör ingå som stöd till den enskilde. Graden av samverkan med socialtjänsten och inom hälso- och sjukvårdens olika vårdenheter, t.ex. med psykiatri och primärvården, varierar också stort.

Socialstyrelsen ser det som ett problem att det saknas en nationell samstämmighet om utformningen av den läkemedelsassisterade behandlingen. Olika utredningsförfaranden resulterar i att väntetiderna varierar, och i vissa fall blir orimligt långa, för att få en bedömning och beslut att skrivas in i behandlingen. Verksamheternas skilda förutsättningar för att administrera läkemedlet vållar problem för patienterna (geografiskt och tidsmässigt), eftersom den farmakologiska behandlingen ställer krav på patienten att ha en kontinuerlig kontakt med vårdenheten. Patienternas möjligheter att få de psykosociala stöd- och behandlingsinsatser han eller hon behöver för att klara kraven som ställs i behandlingen varierar också stort.

För att förbättra tillgängligheten till behandlingen och öka förutsättningarna för att patienter erbjuds en likvärdig vård föreslår Socialstyrelsen att det inleds ett arbete för att utveckla, i dialog med professionen, ett kunskapsstöd för den läkemedelsassisterade behandlingen vid opiatberoende. Syftet med kunskapsstödet är bland annat att stödja hälso- och sjukvårdens personal att på ett mer likvärdigt sätt bedöma när behandling ska inledas, avslutas och hur den kan utformas.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag (S 2013/2121/FST) att utveckla kunskapen om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. I uppdraget ingår att öka kunskapen om tillgänglighet till och omfattning av behandlingen, förskrivning av de aktuella läkemedlen både inom och utanför programmen, läckage och de dödsfall som bedöms vara relaterade till de aktuella läkemedlen. Vidare ska Socialstyrelsen 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.

För att besvara de olika frågeställningarna har Socialstyrelsen genomfört separata delstudier. I den här rapporten redovisas resultaten från den kartläggning Socialstyrelsen genomfört i syfte att öka kunskapen om omfattningen och tillgängligheten till behandlingen.

Syfte

Syftet med delprojektet är att kartlägga innehållet i och omfattning av den läkemedelsassisterade behandlingen vid opiatberoende, och att analysera tillgängligheten.

Uppdragets genomförande

Uppdraget har utförts i tre delar:

- inventering av befintliga verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (LARO-verksamheter)
- nationell kartläggning av behandlingens omfattning och innehåll, genom en enkätundersökning till verksamhetsansvariga för identifierade LARO-verksamheter
- fördjupad studie av behandlingens innehåll och omfattning via intervjuer med personal och ledning på tolv LARO-verksamheter.

Begrepp

Med läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende¹ avses en behandling med metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika. Läkemedlen ska vara godkända för behandling av opiatberoende och ordineras i samband

¹ Inom gruppen opioider skiljer man mellan opiater och opioider. Med opiater avses naturliga ämnen som morfin, kodein och heroin. Med opioider avses även semisyntetiska substanser, till exempel buprenorfin och syntetiska substanser som metadon, tramadol och oxikodon.

med psykosocial behandling vid sådant beroende. Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, och de reglerar vem som ska få tillgång till behandlingen (målgruppen) och under vilka former behandlingen får ske.

I rapporten används LARO som benämning för den läkemedelsassisterade behandlingen eller rehabiliteringen vid opiatberoende. De vårdenheter som erbjuder behandlingen kallas för LARO-verksamheter. I vissa fall består en verksamhet av flera geografiskt skilda enheter.

Inventering av LARO-verksamheter

Tillvägagångssätt

En vårdgivare som tänker bedriva läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende ska sedan 1 juni 2013 anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg, (IVO). Det framgår av 3 kap. 2 § SOSFS 2009:27. Tidigare gällde att anmälan skulle göras till Socialstyrelsen.

För att få kunskap om omfattningen av behandlingen inventerade Socialstyrelsen i september 2013 de vårdenheter som erbjuder LARO. En första sökning i Socialstyrelsens diarium gällde vilka verksamheter som, till och med den 31 maj 2013, anmält att de avsåg att bedriva läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Sökningen kompletterades med att Socialstyrelsen skickade en enkät till samtliga landsting och regioner för att få in uppgifter om vilka enheter som bedriver LARO-behandling. Privata vårdgivare, Kriminalvården och de rättspsykiatriska klinikerna kontaktades per telefon för att få aktuella kontaktuppgifter.

En förfrågan till IVO i september 2013 visade att inga nya verksamheter eller förändringar i befintliga verksamheter hade anmälts efter 1 juni 2013.

Identifierade felkällor

En vårdgivare måste anmäla att de avser att bedriva läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Behandlingen får endast bedrivas vid en sjukvårdsinrättning som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård (3 kap. 1 § SOSFS 2009:27).

Bestämmelsen har dock tolkats och tillämpats på olika sätt över tid. Det gäller t.ex. om varje enhet, mottagning, avdelning eller klinik ska anmälas oavsett om de geografiskt hör till samma sjukhusområde och drivs av samma vårdgivare.

Inom vissa landsting är behandlingen organiserad så att vissa enheter enbart administrerar läkemedlet, och de benämns ibland satellitmottagningar (det kan exempelvis vara en öppenpsykiatrisk mottagning eller vårdcentral). Det finns dock ingen anmälan om att dessa enheter bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende eftersom behandlingsansvaret för patienten ligger kvar hos den centrala verksamheten.

Resultat

Resultatet av inventeringen visade att det 1 november 2013 fanns 110 verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling i enlighet med SOSFS 2009:27. Det innebär att verksamheten är en hälso- och sjukvårdsinrättning och har anmält till IVO att de har för avsikt att bedriva behandlingen. Av dessa var

- 91 enheter i landstingets regi, varav 2 är rättspsykiatriska kliniker (regionkliniken i Säter respektive i Växjö)
- 12 enheter drivs av privata utförare och har avtal med landstinget att bedriva psykiatrisk vård och beroendevård. Hälften av enheterna drivs av samma vårdgivare
- 1 kriminalvårdsanstalt (Fosieanstalten i Malmö)
- 6 privata vårdgivare, vilka endast erbjuder LARO-behandling som tjänster integrerat med vård i behandlingshem eller familjehem.

Organisation och geografisk spridning

Vad är en LARO-verksamhet?

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, har landstingen ansvar för all hälso- och sjukvård med målet att erbjuda god hälsa och vård på lika villkor för alla. I Sverige finns sedan 1 januari 2015 elva landsting och tio regioner, men i den här rapporten kallas alla genomgående för landsting.

Den läkemedelsassisterande behandlingen vid opiatberoende, LARO-behandling, får endast ordinerars av en läkare med specialistkompetens i psykiatri som är verksam vid en hälso- och sjukvårdsinrättning för psykiatri (4 kap. 1 § SOSFS 2009:27). Beroendevården, dvs. hälso- och sjukvård vid beroende av alkohol eller narkotika, är ett verksamhetsområde inom psykiatrin. Inom vissa landsting finns beroendevården som ett eget verksamhetsområde eller verksamhetsgren, dock inte i alla. Beroendevården (psykiatrin) bedrivs i de flesta landsting endast med landstinget som vårdgivare, men inom några finns även privata vårdgivare.

LARO-verksamheterna är organiserade på olika sätt. Detta beror på hur landstingen har organiserat beroendevården inom sitt upptagningsområde², hur stort geografiskt område verksamheten ska täcka och hur omfattande den är.

- Nio landsting har resurserna för behandlingen organiserade med en central ingång, dvs. att en verksamhet har ett länsövergripande ansvar för behandlingen med samtliga kommuner i länet som upptagningsområde.
- Nio landsting har 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.

² Varje landsting omfattar ett län, om inget annat är särskilt föreskrivet. Kommunallagen (1991:900), 1 kap. 2 §.

Tillgång till behandlingen i alla landsting, men resurser och organisation av vården varierar

Samtliga landsting har tillgång till LARO-behandling, men resurserna och organisationen för vården och behandlingen varierar. I vissa landsting finns särskilda LARO-verksamheter. I andra landsting bedrivs behandlingen vid en beroendemottagning, beroendeklinik eller allmän psykiatrisk öppenvårdsmottagning som tar emot alla patienter med beroendeproblem.

Vissa landsting har, som nämnts ovan, valt att organisera behandlingen med en central ingång. LARO-verksamheterna i t.ex. Örebro, Västmanland och Dalarna har ett länsövergripande ansvar för behandlingen och svarar för de kontinuerliga kontakterna med patienterna. I t.ex. Värmland och Uppsala har den centrala vårdenheten behandlingsansvaret, men flyttar administrationen av läkemedlet till mer lokala psykiatriska mottagningar (beroendemottagningar) efter att behandlingen initierats och fungerar. Vissa landsting har gett en särskild vårdenhet behandlingsansvaret för patienter som behandlas med metadon (Stockholm, Göteborg och Jönköping).

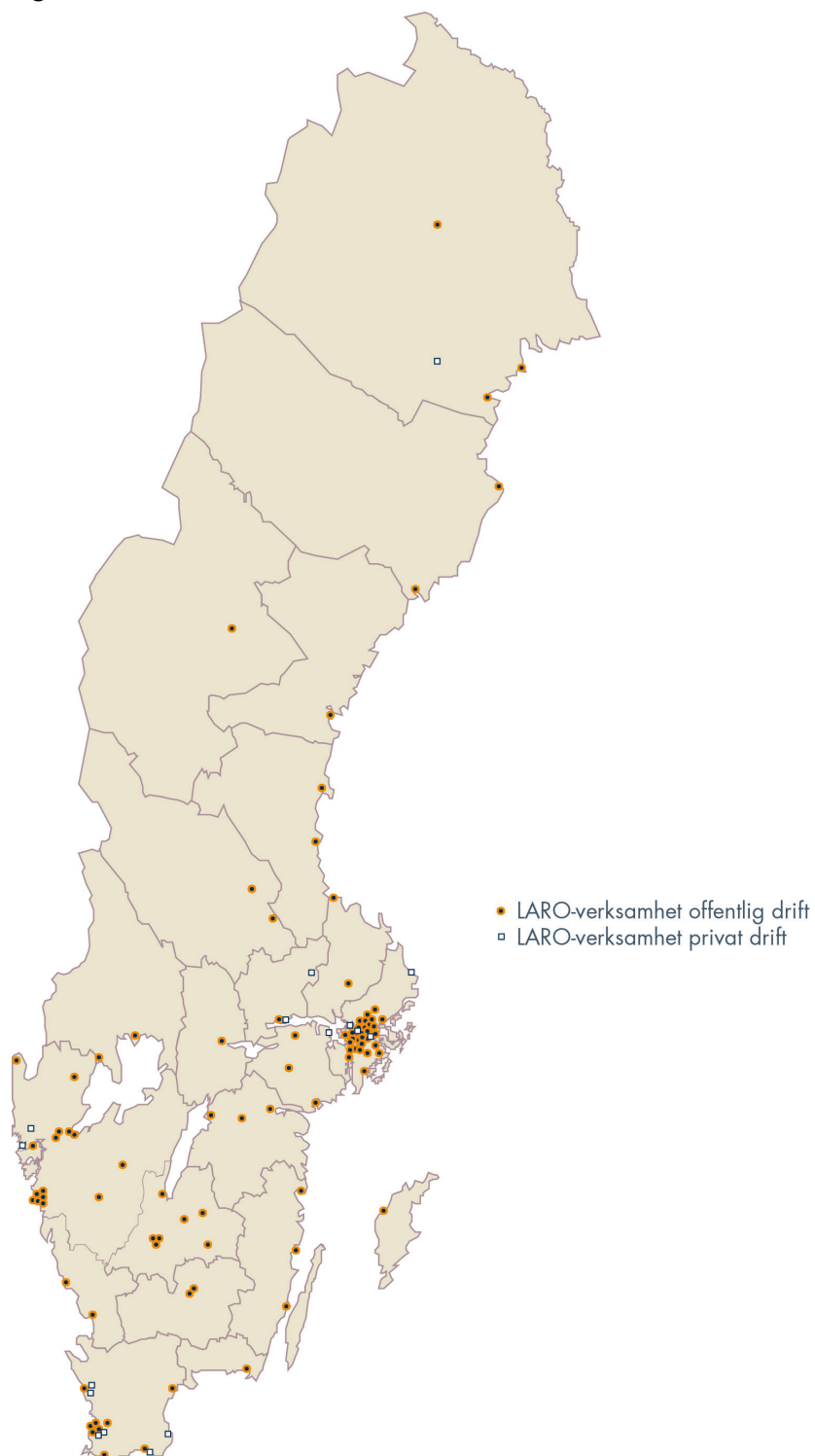
Landstinget i Västernorrland har sedan 1 januari 2012 inte skrivit in några nya patienter. Behandlingen erbjuds endast dem som vid den tidpunkten var inställda på läkemedlet eller nyinflyttade personer som är inställda på läkemedlet av annan vårdgivare. Anledningen anges vara att, när kommunerna sa upp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

LARO-verksamheterna som bedrivs av privata aktörer och har avtal med landstinget är företrädesvis lokaliserade till storstadsområdena (Stockholm och Malmö) och till södra Sverige.

Det finns även sex privata vårdföretag som erbjuder LARO-behandling i kombination med placering i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB). Företrädesvis är det socialtjänsten eller Kriminalvården som köper tjänsterna av dessa vårdgivare. Inom vårdföretaget finns läkare med specialistkompetens i psykiatri samt sjuksköterska. Läkaren har behandlingsansvaret och ansvarar för bedömning och insättning av läkemedel. Sjuksköterskan ansvarar för att administrera läkemedlet till patienterna. Patienterna är beviljade placering i familjehem eller behandlingshem, och socialtjänsten har kostnadsansvaret för placeringen. Verksamheternas upptagningsområde kan vara hela Sverige.

Kriminalvården bedriver en verksamhet i egen regi (6 platser) vid Fosieanstalten i Malmö. Vid två anstalter Högsbo och Täby finns ytterligare 10 platser för klienter som är inställda på läkemedlet. När det gäller dessa platser ansvarar Kriminalvården för att administrera läkemedlet, men behandlingsansvariga läkare finns inom närliggande LARO-verksamheter (Sahlgrenska Universitetssjukhuset avdelning 369 i Göteborg och ITOK, Metadonsektionen i Stockholm).

Figur 1. Identifierade LARO-verksamheter hösten 2013



Kommentar: Enheter som enbart administrerar läkemedlet finns inte med på kartbilden.

LARO-behandlingens omfattning och innehåll

Under perioden november 2013–juni 2014 genomförde Socialstyrelsen en nationell kartläggning av LARO-behandlingens innehåll och omfattning. Kartläggningen gjordes i form av en enkätundersökning till ansvariga chefer för de identifierade LARO-verksamheterna, såväl offentligt som privat drivna vårdenheter. Undersökningen omfattade däremot inte de privata vård-företagen som erbjuder LARO-behandlingen i kombination med placering i familjehem eller HVB. Dessa verksamheter särskiljer sig eftersom en förut-sättning för behandlingen är att den enskilde är beviljad bistånd till vård i familjehem eller HVB.

För att få en fördjupad bild av innehållet i behandlingen besökte Social-styrelsen även tolv LARO-verksamheter. Vid besöken genomfördes grupp-intervjuer med personalen, representerade av närmaste ledningen (avdel-nings- eller verksamhetschef) samt behandlingspersonalen (t.ex. sjuksköterska, socionom eller kurator och behandlingsassistent). Områden som belystes vid intervjuerna var bl.a. målgruppen för behandlingen, vägen in i behandling, behandlingens innehåll och genomströmning. Se bilaga 3, intervjuguide.

Enkätundersökningen

Metod

Undersökningen riktades till verksamhetsansvariga och en enkät besvarades för varje verksamhet. En person som ansvarar för flera verksamheter fick alltså svara på en enkät per verksamhet. De verksamheter som består av flera enheter fick dock endast en enkät. Resultaten av undersökningen redovisas på verksamhetsnivå.

Den webbaserade enkäten innehöll drygt 40 frågor om följande områden:

- verksamhetens organisation och resurser
- vägen in i behandling
- utskrivningar eller avslutade behandlingar
- målgrupp och behandlingsinnehåll
- samverkan med andra aktörer.

De flesta frågor hade fasta svarsalternativ med möjlighet att skriva kommentarer till svaren. För utförligare beskrivning av metod och bearbetning av enkätsvaren se bilaga 4.

Verksamheter som ingår i undersökningen

Undersökningen riktades till 88 verksamhetschefer. Några verksamheter består organisatoriskt och geografiskt av flera enheter så undersökningen

omfattar totalt 99 enheter, se tabell 1 nedan. Av de 88 verksamhetsansvariga var det 80 stycken som besvarade enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på närmare 90 procent.

I tabellen ingår inte lokala mottagningar som inte har ett behandlingsansvar utan endast ansvarar för läkemedelshantering och provtagningar.

Tabell 1. Antal enheter per län och 100 000 invånare (1 nov 2013)

Län	Antal enheter	Enheter per 100 000 invånare	Län	Antal enheter	Enheter per 100 000 invånare
Stockholm	34	1,6	Kronoberg	1	0,5
Västra Götaland	15	1,0	Norrbotten	3	1,2
Skåne	13	1,0	Västmanland	1	0,4
Södermanland	3	1,1	Halland	2	0,7
Västerbotten ³	2	0,8	Örebro	1	0,4
Kalmar	3	1,3	Västernorrland	1	0,4
Värmland	1	0,4	Gotland	1	1,8
Gävleborg	3	1,1	Blekinge	1	0,7
Östergötland	3	0,7	Uppsala	1	0,3
Jönköping	5	1,5	Jämtland	1	0,8
Dalarna	1	0,4	Totalt	96	

Källa: Socialstyrelsen

Kommentar: Utöver ovan redovisade enheter finns tre verksamheter med specifika uppdrag och riktstäckande upptagningsområde. Det gäller två rättspsykiatriska kliniker (regionklinikerna Säter och Växjö) samt en kriminalvårdsanstalt, Fosie i Malmö.

Organisation och resurser

Landstingen har som nämnts tidigare olika sätt att organisera resurserna för psykiatri inklusive beroendevården. Därmed finns ingen entydig eller samstämmig bild av vad som organisatoriskt sett är en LARO-verksamhet.

Av enkätsvaren framgår att 72 LARO-verksamheter (90 procent) drivs i offentlig regi och 8 i privat. De flesta har vuxit fram sedan 1986 och närmare en tredjedel av enheterna startade 2008 eller senare.

Knappt 30 verksamheter är organiserade som en egen specialitet med särskild personal och särskilda lokaler. De kallas t.ex. för opiatmottagning, LARO-mottagning eller substitutionsverksamhet.

I drygt en tredjedel av verksamheterna (38 enheter) ingår LARO som ett behandlingsalternativ bland andra inom ramen för landstingets beroendevård, dvs. ingår i behandlingsutbudet vid en beroendeklinik, beroendemottagning, psykiatrisk klinik eller psykiatrisk mottagning. Där är LARO-verksamheten en integrerad del av en beroendemottagning eller beroendeklinik. Omfattningen och tillgången till särskilda resurser för patientgruppen varierar beroende av verksamhetens omfattning.

I mindre tätorter och glesbygdsområden finns inga särskilda beroendemottagningar, utan då bedrivs beroendevården inklusive LARO-behandling vid öppenspsykiatriska mottagningar (32 enheter).

³ Sedan våren 2014 finns även en mottagning i Lycksele, som drivs som satellitmottagning till verksamheten i Skellefteå.

Uppdrag och upptagningsområde

Närmare 70 procent av verksamheterna svarar att de har en eller flera kommuner, men inte samtliga i länet, som upptagningsområde. Knappt 15 procent, dvs. 10 verksamheter, uppger att de behandlar patienter från samtliga kommuner i länet. Omkring 10 procent har annat upptagningsområde, t.ex. en eller flera stadsdelar inom en kommun.

De tolv verksamheter som Socialstyrelsen besökte exemplifierar landstingens olika val att organisera resurserna för behandlingen. Något förenklat kan de indelas i tre grupper:

- Fem verksamheter har central ingång med ett upptagningsområde som omfattar länets samtliga kommuner. Det gäller verksamheterna i Karlstad, Sundsvall, Falun, Västerås och Örebro. Antalet invånare i länet är 240 000–285 000⁴. LARO-verksamheterna hade 68–93 inskrivna patienter.
- Fyra verksamheter ingår i en regionaliserad organisation där upptagningsområdet omfattar en del av ett län. Det gäller verksamheterna i Nyköping, Gävle, Norrköping och Umeå. Det geografiska området omfattar fyra–sex kommuner med ett befolkningsunderlag på 90 000–150 000 personer⁵. Verksamheterna hade 22–100 inskrivna patienter.
- Tre av verksamheterna ingår i en decentraliserad organisation där upptagningsområdet är ett storstadslän eller region, och det gäller Stockholms län, Region Västra Götaland och Region Skåne. Antalet invånare är 1,3–2,2 miljoner⁶. I Region Skåne ingår behandlingen i det fria vårdvalet, och där har Socialstyrelsen intervjuat verksamheten i Helsingborg. Verksamheterna i Stockholm och Göteborg har ett läns- respektive regionsövergripande ansvar för förskrivningen av metadon. Omfattningen av behandlingen gör att den bedrivs vid flera enheter. De intervjuade verksamheterna hade 180–650 inskrivna patienter.

Merparten av de offentligt drivna verksamheterna (92 procent) svarar att de har en beställning eller ett uppdrag från landstinget att bedriva LARO-behandling. Ett fåtal verksamheter (9 procent) uppger att det finns ett maxantal platser preciserat i uppdraget. Fyra verksamheter erbjuder behandlingen, men svarar att de inte har något uppdrag från landstinget (Västernorrland, centrala och västra närsjukvården i Östergötland samt vuxenpsykiatri Mitt, Kalmar).

Sex av de åtta verksamheterna som bedrivs av privata utförare har vårdavtal med offentlig huvudman, varav en uppger att avtalet anger ett maxantal platser. Två privata vårdgivare svarar att de inte har något avtal med landstinget.

⁴ Statistiska centralbyrån, SCB, Folkmängd i riket, län och kommuner 31 december 2013.

⁵ ibid

⁶ ibid

Drygt en tredjedel (37 procent) av verksamheterna uppger att de har ett läns- eller regionövergripande samordningsansvar inom ramen för den läkemedelsassisterade behandlingen.

Verksamhetens omfattning

Omkring en tredjedel av verksamheterna kännetecknas av att de har färre än 10 patienter inskrivna i behandlingen. Närmare tre fjärdedelar av verksamheterna har färre än 30 patienter inskrivna. Se tabell 3.

Tabell 3. Antal inskrivna patienter per verksamhet den 1 november 2013

Antal patienter	Antal verksamheter	Procent
<10	30	34
10–19	21	24
20–29	12	14
30–59	10	11
60–99	8	9
100–548	7	8
Totalt	88	

Källa: Socialstyrelsen

Kommentar: Uppgifterna inkluderar även de verksamheter som besvarade frågan om antalet inskrivna patienter, men inte enkäten som helhet. Fyra verksamheter svarade inte vare sig i enkäten, per telefon eller via e-post. I dessa fall har värden ersatts (imputerats) med hjälp av data från 2012 års undersökning (totalt 44 patienter).

Personalresurser

I stort sett alla verksamheter har tillgång till minst en läkare med specialistkompetens i psykiatri och minst en sjuksköterska. Knappt en tredjedel av verksamheterna (25 stycken) uppger att de har tillgång till två eller fler läkare med specialistkompetens i psykiatri. Två tredjedelar (51 verksamheter) har en bemanning av tre eller fler sjuksköterskor. En verksamhet svarar att de saknar tillgång till specialistutbildad läkare och sjuksköterska. Fyra verksamheter svarade inte på dessa frågor.

För de andra personalkategorierna såsom skötare, behandlingsassistent, psykolog och kurator är det svårare analysera svaren. Det finns ett stort intryck bortfall på frågan och det är svårt att veta om ett uteblivet svar innebär att det saknas resurser, att man glömt att svara eller att man inte vet svaret.

Totalt 49 verksamheter angav om psykolog ingår i bemanningen, varav 39 svarade att de har tillgång till en sådan. Frågan om kurator besvarades av 43 verksamheter och 28 uppgav att kurator eller socionom ingår i bemanningen.

Med övrig personal anges vanligtvis medicinsk sekreterare, men även case manager, arbetsterapeut, sjukgymnast, socialpedagog, enhetschef och psykoterapeut förekommer.

Kommentarerna till frågorna om verksamhetens organisation och resurser visar t.ex. att LARO-behandlingen i flera fall är en del av verksamhetens totala uppdrag, och de har därför svårt att ange hur mycket resurser som avsätts för denna behandling. En annan kommentar är att glesbygdskommuner har svårt att upprätthålla en subspecialisering för beroendevård. Där måste man hantera allt som ingår i specialistpsykiatrins uppdrag. Vissa mottagningar har också brist på läkare eller sjuksköterskor.

Av intervjustudien framgår också att tillgången till olika yrkesgrupper och omfattningen av personalresurser skiljer sig åt mellan verksamheterna.

Flera av de intervjuade verksamheterna har svårt att rekrytera läkare med specialistkompetens och använder inhyrda läkare i olika omfattning. Sjuk-sköterskor är den största personalgruppen och drygt hälften (sju av tolv) har minst en kurator och/eller psykolog knuten till verksamheten.

Vägen in i behandling

Den 1 november 2013 var drygt 3 700 personer inskrivna i behandlingen (skattat värde)⁷. Andelen inskrivna kvinnor uppgick till 30 procent.

Den skattade fördelningen per län framgår av tabell 4 nedan. Enligt den hade storstadsområdena eller regionerna (Stockholm, Malmö och Västra Götaland) flest personer inskrivna i behandlingen, och därefter kom Uppsala och Västerbottens län.

Tabell 4. Skattat antal personer i behandling per län (1 nov. 2013)

Län	Antal verksamheter	Antal personer	Antal patienter per 100 000 inv
Stockholms län	28	1 142	53
Västerbotten	2	190	73
Norrbottn	3	54	22
Uppsala	1	252	73
Sörmland	3	70	25
Östergötland	3	108	25
Jönköping	5	91	27
Kronoberg	2	33	18
Kalmar	3	47	20
Region Gotland	1	22	38
Blekinge	1	22	14
Region Skåne	13	762	60
Region Halland	2	32	10
Västra Götalandsregionen	11	443	27
Värmland	1	62	23
Örebro	1	71	25
Västmanland	2	77	30
Dalarna	1	64	23
Gävleborg	3	92	33
Västernorrland	1	93	38
Jämtland	1	18	14
Totalt	88	3 745	39

Källa: Socialstyrelsen

Kommentarerna till frågorna om antalet inskrivna i behandlingen visar att vissa verksamheter har inskrivna patienter som de benämner smärtpatienter. Det är personer som inte haft ett opiatmissbruk utan har ett iatrogen⁸ opioidberoende och har remitterats till verksamheten från en annan hälso- och sjukvårdsinrättning för behandling

⁷ Fråga 16 har specialbehandlats för att minimera bortfallet. Fyra respondenter har besvarat frågan per telefon eller e-post. Fyra verksamheter har inte besvarat denna fråga vare sig i enkäten eller efter påminnelse via telefon och e-post. I dessa fall har värden ersatts (imputerats) med hjälp av data från 2012 års underökning. Det gäller totalt 44 patienter.

⁸ Med iatrogen missbruk avses sådant missbruk eller beroende som orsakats av åtgärder inom hälso- och sjukvården.

Kösituationen

För att få en bild av kösituationen till behandlingen fick verksamheterna dels ange hur många män och kvinnor som väntar på att få en lämplighetsbedömning för behandlingen⁹, dels ange hur många som har blivit bedömda som lämpliga för behandling och väntar på inställning av läkemedlet.

Den 1 november 2013 väntade drygt 500 personer (skattat värde) på att få komma in i behandlingen, varav närmare 400 var män.

Tabell 5. Skattat antal personer som väntar på att komma in i behandlingen (1 nov. 2013)

	Kvinnor	Män	Totalt
Väntar på bedömning av lämplighet	95	282	377
Väntar på att bli inställd på läkemedlet	34	101	135
Totalt	129	383	512

Källa: Socialstyrelsen

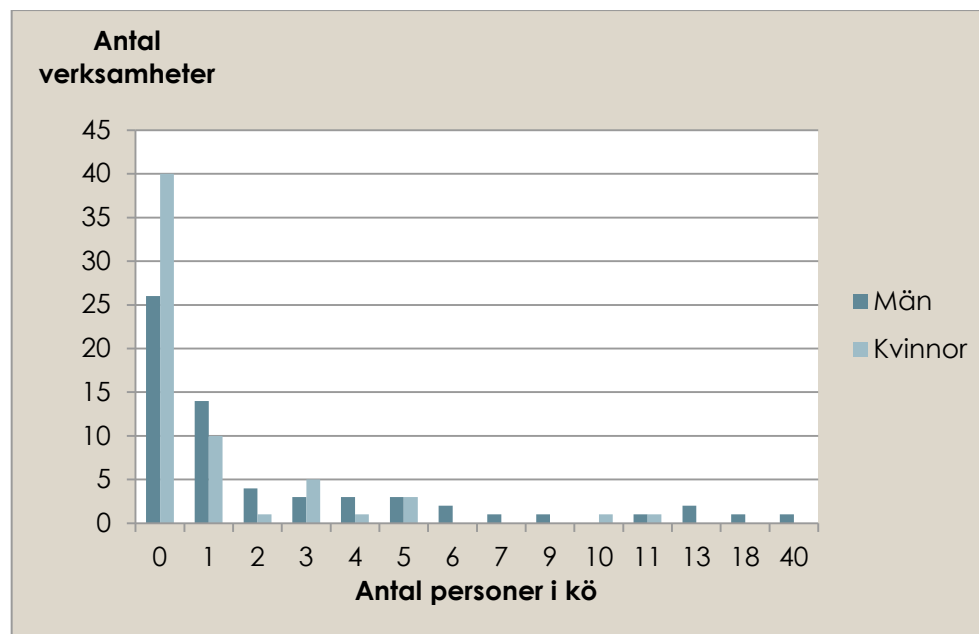
Kösituationen in till behandlingen per verksamhet

Diagram 1 nedan ger en bild av kösituationen in i behandlingen för kvinnor respektive män per verksamhet. Uppgifterna måste tolkas med viss försiktighet eftersom det finns ett stort internt bortfall på de uppgifterna. Totalt 18 verksamheter svarade inte på frågan om hur många personer som 1 november 2013 väntade på att få en lämplighetsbedömning för behandlingen.

Drygt 60 procent av dem som svarade (40 verksamheter) uppgav att ingen kvinna väntade på att få en lämplighetsbedömning. Omkring 40 procent (26 verksamheter) svarade att ingen man stod i kö. Den mest frekventa kösituationen är att en person (en man eller en kvinna) väntade på en lämplighetsbedömning. Enstaka verksamheter angav att fler än 10 personer väntade. En verksamhet uppgav att de hade 40 män som väntade på en sådan bedömning.

⁹ Enligt gällande föreskrift om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (SOSFS 2009:27) ska vissa förutsättningar vara uppfyllda för att en patient ska kunna erbjudas behandlingen. Bland annat får behandlingen endast ordinerar av läkare med specialistkompetens i psykiatri efter att denne gjort en personlig undersökning av patienten och en helhetsbedömning av patientens beroende, hälsotillstånd och sociala situation.

Diagram 1. Antal män och kvinnor som väntar på bedömning per verksamhet (1 nov. 2013)



Källa: Socialstyrelsen

Kösituationen in till behandlingen per landsting (län)

Även uppgifterna om hur kösituationen ser ut fördelat över länen måste tolkas med försiktighet till följd av ett stort internt bortfall. Svaren avser endast antal personer som väntar på att få en bedömning av lämplighet för behandlingen.

Den bild som svaren ger är att det är i storstadsregionerna som flest personer väntade på att få komma in i behandlingen. I Region Skåne beräknas att närmare 80 personer väntade på en bedömning av lämpligheten. I Västra Götalandsregionen väntade drygt 50 personer och i Stockholms län var det omkring 30 personer. I Norrbotten respektive Örebro län fanns 11–15 personer i kön. Dalarna, Västerbotten, Uppsala och Värmlands län hade 5–10 personer som väntade och övriga län angav 1–3 personer. Undantaget är Väster-norrlands län, som inte har någon intagning av nya patienter sedan januari 2012

Hur många nekades plats till behandlingen?

Enligt enkätsvaren hade närmare 400 personer (skattat värde) under en tolv månaders period¹⁰ nekats plats till behandlingen för att de inte uppfyller kriterierna. Av dem var knappt 100 kvinnor.

Drygt 60 procent (45 av 73 svarande) anger att de haft en eller flera patienter senaste året som inte har kunnat beredas plats pga. att personen inte uppfyllt kriterierna för inskrivning. Enligt de flesta (40 av 45 svar) berodde

¹⁰ Frågans formulering är: "Hur många kvinnor och män har mellan den 1 november 2012 och 31 oktober 2013 inte kunnat beredas plats p.g.a. att de inte uppfyller inklusionskriterierna?"

det främst på var att personen inte hade ett dokumenterat opiatberoende sedan minst ett år.

Behandlingen får bara ges till patienter som fyllt 20 år, men få verksamheter anger att ålder varit ett skäl för att neka någon behandling.

En fråga i enkäten gäller i vilken omfattning personer har nekats plats för att det finns en påtaglig medicinsk risk pga. beroende av alkohol eller andra narkotiska preparat än opiater. Frågan har ett stort internt bortfall, vilket gör det svårt att dra några säkra slutsatser.

Vid intervjuerna påpekar dock flera verksamheter att många som ansöker om behandling inte klarar inkluderingskriterierna. Enligt verksamheten i Helsingborg är det vanligt att de patienter som ansöker om behandling har ett blandmissbruk medan det ”rena” heroinmissbruket inte är så vanligt i dag. Detsamma svarar verksamheten i Gävle. Verksamheten i Umeå uppger att det inte finns så många heroinmissbrukare i länet.

Verksamheterna i Karlstad, Norrköping och Örebro ser ett problem i att det inte finns någon hjälp att erbjuda personer med opioidmissbruk eller blandmissbruk och som har otillräcklig dokumentation av opiatberoendet. Man ser ett behov av såväl organisatoriska förändringar som resursförstärkningar i verksamheterna för att kunna ta emot opioidberoende patienter.

Hur lång är väntetiden?

Väntetiden var i genomsnitt 28 dagar från det att ansökan eller remissen inkom till dess att patienten fick tid för bedömning. För hälften av verksamheterna är väntetiden 0–20 dagar. En tiondel av verksamheterna har en väntetid som överstiger 50 dagar.

Det är dock svårare att få en uppfattning av hur lång väntetiden är från det att patienten ansöker om att få komma in i behandlingen till dess att läkemedelsbehandlingen påbörjas.

Frågorna i enkäten gällde hur många dagar det tar från det att en utredning påbörjats tills den avslutas med en lämplighetsbedömning, och hur många dagar det tar efter bedömningen till dess att behandlingen påbörjas. Verksamheterna fick ange hur lång tid hela utredningen tar, men pga. ett stort internt bortfall måste svaren tolkas med försiktighet. Totalt 60 verksamheter besvarade frågan, och det dröjer allt från några dagar och upp till 100 dagar innan patienten har fått en lämplighetsbedömning.

Av intervjuerna framgår att väntetiden till behandling varierar mellan verksamheterna. De flesta uppger att de inte har någon eller mycket kort kö till behandling och att man klarar vårdgarantin. Undantaget är Västernorrlands län som sedan 2012 har intagningsstopp för nya patienter, men man tar emot patienter som flyttar in i länet och som är inställda på läkemedlet sedan tidigare. Inom landstinget pågår dock sedan våren 2014 ett arbete för att utveckla missbruks- och beroendevården, och det omfattar bl.a. att se över resurserna för LARO-behandling. Verksamheten i Västerås har haft långa väntetider men arbetade vid intervjutillfället för att minska kön till behandlingen.

Flera verksamheter framför att väntetiden kan bli lång för de patienter som inte kan få fram dokumentation om opiatberoendet. Detsamma gäller

om det är tveksamt om personen är en opiattpatient eller har ett blandberoende av opiater, opioider och bensodiazepiner.

En förklaring till att väntetiderna varierar, och i vissa fall blir långa kan vara att verksamheternas ansöknings- och utredningsförfarandet skiljer sig åt. Enligt de intervjuade verksamheterna ansöker oftast patienten själv om behandling, men det är också vanligt att en remiss inkommer från socialtjänsten, annan hälso- och sjukvård eller Kriminalvården. Vissa verksamheter behandlar ansökningar eller remisser vid en särskild remisskonferens där även representanter från socialtjänsten kan ingå. Andra samråder med socialtjänsten vid gemensamma möten för att bedöma om den sökande uppfyller kriterierna för att kunna delta i behandlingen. Det förekommer också att patienterna först kallas till ett informationssamtal om behandlingen eller för en bedömning. Så gott som alla verksamheter begär att socialtjänsten gör en social utredning som en del av den utredning som ligger till grund för beslutet om inskrivning i programmet. I några verksamheter är det en kurator som begär in och sammanställer underlaget till utredningen, och i andra får patienterna själva samla in dokumentation om sitt opiatmissbruk.

Förutom kravet på dokumenterat opiatberoende under minst ett år ställer verksamheterna olika krav för inskrivning i behandlingen. Patienten ska t.ex. göra drogkontroller och ha regelbunden kontakt med verksamheten under en kvalificeringsperiod, ha sysselsättning, ordnat boende och försörjning och/eller ha gjort minst två tidigare försök till annan drogfri behandling. Det förekommer också krav på att patienten ska ha kontakt med socialtjänsten för att få ingå i behandlingen.

Utskrivningar eller avslutade behandlingar

Drygt 500 personer hade under en tolv månaders period¹¹ uteslutits ur behandlingen. De huvudsakliga skälen anges vara upprepade återfall i missbruk av narkotika följt av att patienten inte medverkat i behandlingen på mer än en vecka. Mer sällan (ett fåtal verksamheter) anges skälen vara missbruk av alkohol, manipulerade urinprov eller en dom för narkotikabrott.

Merparten (79 procent) anger att de haft någon patient som skrivits ut ur programmet för att de brutit mot kriterierna under de tolv månaderna före svarstillfället. Knappt en femtedel av verksamheterna (17 av 80 svarande) uppger att de inte uteslutit någon patient.

Drygt 100 personer (skattat värde) återinskrevs en gång året före svarstillfället och ett 40-tal personer har återinskrivits två eller flera gånger (gäller ett fåtal verksamheter)¹².

Ett 90-tal personer avslutade den medicinska behandlingen på eget initiativ under tolv månadersperioden. Drygt 200 personer (skattat värde) hade avslutat behandlingen på eget initiativ sedan verksamheten startade.

¹¹ Frågan var formulerad enligt följande: "Hur många patienter har de senaste 12 månaderna uteslutits ut programmet pga. av att de brutit mot kriterierna i SOSFS 2009:27, 4 kap 1§?"

¹² Frågan var formulerad enligt följande: "Hur många personer har mellan 1 november 2012 och 31 oktober 2013 återinskrivits en eller flera gånger efter att ha varit uteslutna ur behandlingen?"

Några kommentarer i enkätundersökningen till avsnittet om utskrivningar är att patienter har skrivit ut sig själva genom att inte gå med på kraven för att behålla behandlingen, t.ex. avgiftning i slutenvård till följd av sidomissbruk.

Av intervjuerna framgår att samtliga verksamheter har skrivit ut patienter ur behandlingen, men först efter omfattande försök med avgiftning, utökade stödinsatser, drogkontroller och ändrade regler för att hämta läkemedel. Utskrivning beror oftast på återkommande återfall och sidomissbruk, men även på allvarliga hot- och våldssituationer riktade till personalen och på drogförsäljning.

Alla verksamheter anger att de har en grupp patienter som deltagit i behandlingen under många år. Ett fåtal patienter väljer själva att trappa ner och avsluta behandlingen, då de vill försöka klara sig utan medicinering. Det händer också att patienter avslutar behandlingen pga. att de inte är tillräckligt motiverade.

Dödsfall förekommer bland patienter som deltar eller tidigare har deltagit i programmet. Enligt verksamheterna är det i de flesta fall svårt att spåra anledningen, men det handlar både om eventuella självmord och om överdoser. Vidare sker flera dödsfall till följd av somatiska sjukdomar som inte kan relateras till LARO-behandlingen.

Målgrupp och behandlingsinnehåll

Åldersfördelningen

Resultaten från enkätundersökningen visar att en stor andel av patienterna är 30 år eller äldre. Knappt 15 procent är yngre än 30 år.

Tabell 6. Åldersfördelningen för inskrivna patienter

Åldersgrupp	Antal personer	Procent
< 20 år	5	0
20–29 år	416	14
30–39 år	1 090	38
40–49 år	788	27
50–59 år	490	17
60–69 år	105	4
70– år	10	0
Totalt	2 904	100

Källa: Socialstyrelsen

Kommentar: Det är ett stort internt bortfall på frågan eftersom det skattade antalet inskrivna uppgår till 3 745 patienter.

Uppgifterna om åldersfördelningen måste tolkas med försiktighet, men resultaten tyder på att det kan finnas regionala variationer i åldersfördelningen för målgruppen. I Jämtlands län är t.ex. mer än hälften av de inskrivna patienterna yngre än 30 år. Även Norrbotten, Kronoberg, Västerbotten och Kalmar län redovisar en större andel unga i behandlingen (< 30 år) jämfört med den nationella fördelningen.

Resultaten överensstämmer med vad som framkommer vid intervjuerna. I de intervjuade verksamheterna varierade patienternas ålder från 20–72 år,

och enligt de flesta verksamheter är medelåldern 30–35 år. Verksamheterna i Helsingborg och Karlstad har en högre medelålder, 42 år respektive 40 år, medan verksamheten i Umeå har många unga patienter.

Tid i behandlingen

Närmare 80 procent av patienterna hade varit inskrivna i behandlingen i mer än ett år, och mer än hälften hade behandlats i över tre år. Även dessa svar måste dock tolkas med viss försiktighet.

Tabell 7. Tid i behandlingen

Antal månader eller år	Antal personer	Procent
0–3 månader	137	6
3–6 månader	152	6
6 månader–1 år	227	9
1–3 år	741	30
3–6 år	672	27
Mer än 6 år	531	22
Totalt	2 460	100

Källa: Socialstyrelsen

Kommentar: Det är ett stort internt bortfall på frågan eftersom det skattade antalet inskrivna uppgår till 3 745 patienter.

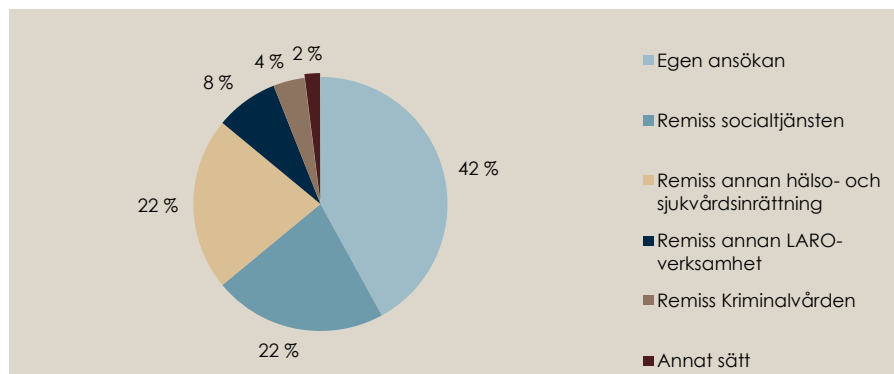
Av intervjuerna framkommer också att behandlingen är långvarig, sannolikt livslång för de flesta patienterna. I Örebro uppskattar man att 92–95 procent av patienterna stannar i behandlingen, och Nyköping svarar att kvarstannandet varit 85 procent under de senaste fem åren. Vid metadonsektionen i Stockholm är 60 procent av patienterna kvar i behandling efter två år. Såväl Stockholm som Umeå uppger att ungefär en tredjedel av patienterna fungerar bra i behandlingen, medan en tredjedel fungerar någorlunda bra med vissa återkommande återfall och en tredjedel har svårt att följa behandlingen pga. sidomissbruk och/eller stora psykiatriska problem.

Remiss eller egen ansökan?

Vägen in i behandlingen ser lite olika ut i verksamheterna. De vanligaste ingångarna är egen ansökan, remiss från socialtjänsten eller remiss från en annan hälso- och sjukvårdsverksamhet, se diagram 2.

Frågan i enkätundersökningen gällde på vilket sätt, via remiss eller egen ansökan, som de inskrivna patienterna kommit in i behandlingen, och verksamheterna ombads att fördela de inskrivna patienterna efter intagningsförfarande. Svaren måste dock tolkas med viss försiktighet eftersom det interna bortfallet är stort. Det framgår inte om ett uteblivit svar betyder att man inte vet eller inte har dokumenterat på vilket eller vilka sätt patienterna har kommit in i behandlingen. Flera alternativ kan också förekomma för en och samma person.

Diagram 2. Vägen in i behandling



De som svarade (62 av 88) angav att den största andelen patienter har kommit in i behandlingen efter egen ansökan. Ett mindre antal verksamheter (7 stycken) uppgav att alla patienter gått via ett remissförfarande. Det var 3 verksamheter som svarade att alla inskrivningar skett efter remiss från socialtjänsten, 3 svarade remiss från annan LARO-verksamhet och 1 uppgav en annan hälso- och sjukvårdsverksamhet. Andra sätt kan t.ex. vara efter remiss från behandlande läkare vid ett behandlingshem.

Behandlingens innehåll

Enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd, SOSFS 2009:27 avses med läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, behandling med metadon eller annat läkemedel som godkänts för behandling av opiatberoende och ordineras i samband med psykosocial behandling vid sådant beroende.

De flesta verksamheterna (86 procent) anger att verksamheten erbjuder andra stöd- och behandlingsinsatser parallellt med den medicinska behandlingen. Närmare 15 procent (11 verksamheter) svarar att de inte själva kan erbjuda andra stöd- och behandlingsinsatser. Det går inte att utläsa av undersökningen om patienterna i dessa verksamheter har tillgång till psykosociala insatser genom samverkan med annan aktör.

Merparten av verksamheterna (85 procent) har tillgång till slutenvårdsplatser för abstinensbehandling och för inställning av läkemedel (84 procent).

Det varierar i vilken omfattning verksamheterna har resurser till att erbjuda psykosociala stöd- och behandlingsinsatser. De insatser som anges mest är stödsamtal eller samtalskontakt. Det framgår inte av undersökningen om det är någon faktiskt skillnad mellan dessa insatser.

Vissa verksamheter har ett större utbud av psykosociala behandlingsinsatser. I kombination med stödsamtal kan de t.ex. erbjuda återfallsprevention (enskilt och i grupp), motiverande samtal, 12-stegsprogram, psykoterapi, krishantering, case management (CM), familjeintervention, Acceptance and commitment therapy (ACT), Community reinforcement approach (CRA), psykiatriska utredningar och färdighetsträning för vuxna med adhd.

Några verksamheter anger att det är socialtjänstens ansvar att bistå med psykosociala insatser. Det förekommer också att samverkan med socialtjänsten ställs som ett krav för att klienten ska erbjudas behandlingen.

Av intervjuerna framgår också att det är stora skillnader mellan verksamheterna och att det saknas enighet om vad som ska ingå i läkemedelsassisterad behandling. Det gäller både läkemedelshantering och psykosociala stöd- och behandlingsinsatser. Behandlingen är långvarig, ofta livslång, vilket innebär att behovet av stöd och övriga insatser varierar beroende på hur länge behandlingen pågått och hur personens medicinska och sociala situation ser ut i övrigt.

Verksamheterna är överens om syftet med behandlingen, nämligen att patienten ska få bättre livskvalitet. Det innebär t.ex. ordnat boende, sysselsättning och sociala relationer, ingen eller minskad kriminalitet samt drogfrihet utöver den farmakologiska behandlingen inom LARO. Två av verksamheterna anger också att ett av syftena med behandlingen är att förhindra dödsfall.

Samtliga av de intervjuade verksamheterna 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 tillgången till egna resurser och samarbetet med övriga psykiatri, beroendevården och socialtjänsten. Verksamheterna har olika inställning till vad som ingår i deras ansvarsområde när det gäller psykosocial behandling, och några anser sig inte ha resurser att erbjuda insatser utöver kontakt i samband med läkemedelshanteringen. Återfallsprevention i grupp är annars en vanligt förekommande insats liksom samtalskontakt med psykolog. Vissa verksamheter har inte själva tillgång till psykolog, såsom Gävle, Nyköping och Västerås, men de kan remittera patienter till psykolog inom den psykiatriska öppenvården eller kliniken.

Tillgången till insatser i övrigt varierar mycket mellan landstingen och kan omfatta neuropsykiatriska utredningar, utredning av funktionsnivåer, diagnostiska och psykologiska test samt psykoterapi. Vid Metadonsektionen i Stockholm genomgår alla patienter som skrivs in i behandlingen en basutredning som innehåller olika diagnostiska och psykologiska test, t.ex. av inlärningsförmågan, den kognitiva förmågan och eventuella personlighetsstörningar. I behandlingen ingår individuella samtal och återfallsprevention samt vid behov även psykoterapi. Metadonsektionen är den största av de intervjuade verksamheterna och innehåller sex mottagningar med olika inriktning utifrån målgruppernas behov. Sammanfattningsvis har storstadsregionerna mer omfattande resurser än övriga landet, även om variationer finns.

Vårdplaner

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (SOSFS 2009:27), ska alla patienter ha en vårdplan som följs upp minst en gång per år, och samtliga verksamheter anger vid intervjuerna att patienterna har individuella vårdplaner. Vården följs upp med olika inter-

vall beroende på hur länge behandlingen pågått, från någon gång per månad till en gång per år. Flera verksamheter uppger att de saknar systematik och regelbundenhet i uppföljningen. Där rings patienten in för samtal och drogkontroll, t.ex. vid misstanke om sidomissbruk.

Vårdprogram

Ungefär hälften av de intervjuade verksamheterna har regionala eller lokala vårdprogram, riktlinjer eller instruktioner för den läkemedelsassisterade behandlingen vid opiatberoende. Däremot saknas ett nationellt stöd för vad som ska ingå i den läkemedelsassisterade behandlingen, utöver det som anges i föreskrifterna och i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård.

Läkemedel i behandlingen

Enligt enkätundersökningen förskriver över hälften av verksamheterna både buprenorfin och metadon i behandlingen. Omkring 40 procent anger att de enbart förskriver buprenorfin.

Tabell 8. De läkemedel som förskrivs av verksamheten

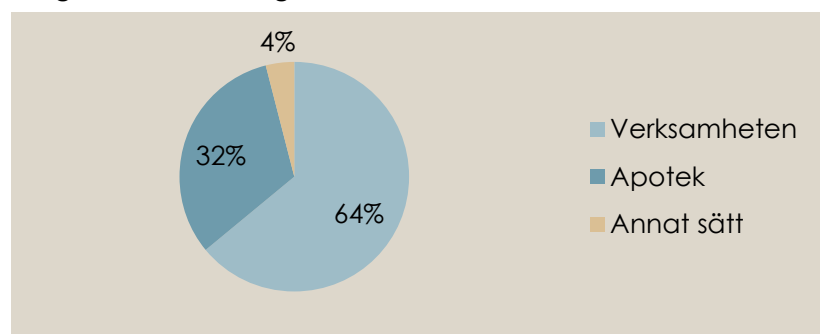
Läkemedel	Antal verksamheter	Procent
Enbart buprenorfin	31	39
Enbart metadon	1	1
Båda preparaten	47	59
Ingen uppgift	1	1
Totalt	80	100

Källa: Socialstyrelsen

Närmare två tredjedelar av de inskrivna patienterna 1 november 2013 hämtar läkemedlet i verksamheten. Se diagram 3. Samtliga verksamheter har öppet alla vardagar under dagtid och knappt hälften (45 procent) på helger. Omkring en femtedel (20 procent) uppger att de har kvällsöppet någon eller några kvällar varje vecka (måndag, tisdag och/eller torsdag).

Av kommentarer framgår att det finns olika lösningar för att administrera läkemedel när mottagningen inte har öppet, t.ex. genom en överenskommelse med den psykiatriska klinikens akutmottagning eller slutenvårdsavdelning.

Diagram 3. Utlämningsställe för läkemedlen



Källa: Socialstyrelsen

Av intervjuerna framgår att samtliga verksamheter kräver att patienterna hämtar läkemedlet dagligen i verksamheten under de första sex månaderna. Undantaget är verksamheten i Värmlands läns landsting, där läkemedelshanteringen kan läggas ut på lokala öppenspsykiatriska mottagningar (satellit-mottagningar) om patienterna så önskar. Behandlings- och uppföljningsansvaret ligger dock alltid kvar på den centrala verksamheten i Karlstad som också fungerar som stöd till satellitmottagningarna.

Efter sex månaders behandling fortsätter läkemedelshanteringen på olika sätt i verksamheterna, om patienterna kan visa skötsamhet. Några glesar successivt ut kontakten så att patienten får hämta läkemedel för flera dagar och upp till en månad åt gången i verksamheten. I vissa fall förs den kontinuerliga kontakten för läkemedelshantering och drogkontroller över till en vårdcentral. De flesta patienter kan också efter en längre tid i behandlingen få recept med intervalluttag om två till tre veckor som hämtas på apotek. Undantag är verksamheterna i Gävle och Göteborg där även patienter som varit i behandling i flera år hämtar medicin för en vecka i taget i verksamheten

Samverkan

Enligt 5 kap. 9 a § socialtjänstlagen och 8 b § hälso- och sjukvårdslagen ska landsting och kommuner ingå en överenskommelse om samarbete i frågor som gäller personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Bestämmelserna började gälla 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.

Resultaten av enkätundersökningen visar att det är vanligt med skriftliga överenskommelser om samverkan kring personer som behöver eller genomgår LARO-behandling. Två tredjedelar (52 av 79 svarande) uppger att de har överenskommelser med socialtjänsten i alla kommuner inom sin region eller sitt län. Några av de intervjuade verksamheterna beskrev att de tillsammans med socialtjänsten tagit fram särskilda rutiner för samarbete och ansvarsfördelning vid LARO-behandling. Det gäller metadonsektionen i Stockholm samt mottagningarna i Norrköping och Nyköping, och dessa verksamheter har även samverkansavtal med Kriminalvården.

Mer sällan finns en formaliserad samverkan med primärvården, mödrhälsovården eller barnmorskemottagningarna. Närmare 60 procent av verksamheterna uppger att de saknar beslutade överenskommelser om samverkan med dessa aktörer. Av intervjuerna framkom att så gott som alla verksamheter hade erfarenhet av gravida patienter och att man i förekommande fall hade samarbetat med mödravård och förlossningsvård.

Verksamheterna samverkar även med primärvården, psykiatriska mottagningar och beroendemottagningar för administration av läkemedel och provtagning, men i varierande omfattning. Drygt hälften av dem som svarade (37 av 70) uppger att de alltid eller ofta har samverkan med en beroendemottagning, och drygt 40 procent svarar att de ofta eller alltid samverkar med en psykiatrisk mottagning. Däremot är det bara drygt 10 procent av verksam-

heterna som anger att de alltid eller ofta samverkar med primärvården för administration av läkemedel.

Vid intervjuerna med verksamheterna framkom att samverkan med andra vårdenheter inom landstinget fungerar olika bra. Några av verksamheterna anger att de har betydande samverkansproblem. Det gäller bl.a. Opiatmottagningen i Gävle som tillhör den psykiatriska kliniken och som bedriver LARO-behandling för patienter bosatta i Gästrikland, där man uppger att patienterna inte får ta del av beroendevårdens behandlingsutbud. Verksamheten i Västerås upplever ett motstånd till LARO-behandling inom länet från politiskt håll och vissa andra aktörer. De har också svårt att etablera samarbete med psykiatriska mottagningar och vårdcentraler i länet för administration av läkemedlen, eftersom de inte vill ta emot LARO-patienter. Även verksamheten i Göteborg känner ett visst politiskt motstånd från kommunens sida.

Merparten av mottagningarna anser att samarbetet med socialtjänsten fungerar bra. Metadonsektionen i Stockholm bedömer dock att samverkan i Stockholms stad har försämrats, t.ex. har socialtjänsten svårt att få fram drogfria boenden till patienterna. Problem med boendelösningar för patienterna nämns även av verksamheterna i Helsingborg och Göteborg.

I så gott som samtliga verksamheter har socialtjänsten en aktiv del i utredningsarbetet och deltar också ofta i bedömningen av om patienten kan ingå i behandlingen eller inte. Dessutom deltar socialtjänsten i vårdplaneringar och uppföljningar eftersom de flesta patienter behöver insatser i form av ekonomiskt bistånd, sysselsättning och boende.

Knappt hälften av verksamheterna uppger att de använder samordnade individuella planer, SIP.

Brukarmedverkan

Av enkätundersökningen framgår att närmare 40 procent av verksamheterna (30 av 79 svarande) uppger att de har etablerade former för brukarmedverkan när det gäller att planera och utveckla vården på verksamhetsnivå. Det kan t.ex. ske genom kontinuerliga möten med brukarråd samt genom brukarrevisioner och enkätundersökningar till brukare.

Risker eller problem med behandlingen?

En fråga i enkätundersökningen gällde vilka risker eller problem med behandlingen som anses vara de största. Den besvarades av 71 verksamheter som framför allt nämnde följande områden:

- Läkemedlen säljs vidare till andra personer och sprids ut i samhället (31 verksamheter).
- Patienterna har sidomissbruk och använder okända nätdroger med risk för blandintoxikationer eller överdoser (27 verksamheter).
- Det finns brist på resurser för patientgruppen, som har en komplex problematik med samsjuklighet och blandberoenden (17 verksamheter). Exempelvis saknas läkare, sjuksköterskor och resurser för samordning. Det kan också gälla att socialtjänsten inte har resurser

för psykosociala stödinsatser, eller att det finns brist på sysselsättning eller boende. I glesbygden gör avstånden t.ex. att patienterna bara får träffa läkare med specialistkompetens en eller fåtal gånger per månad.

- Regleringen (Socialstyrelsens föreskrift) kan vara ett problem (9 verksamheter). Det handlar t.ex. om kriterierna för inskrivning och uteslutning av patienter, åldersgränsen och kraven på att medicindelen ska ske övervakat under de första sex månaderna. Dessutom anser man att många patienter har ett opioidmissbruk och ett fåtal är rena opiatmissbrukare.
- Vissa anser att det borde ställas krav på eller förordas drogfri behandling innan man sätter in läkemedel (2 verksamheter).
- Behandlingen innebär en risk för hot och våld. En svarande nämner säkerhetsaspekten i en kommentar: ”I glesbygd är man mycket sårbar för detta och det tar lång tid innan polis kan finnas på plats.

Vid intervjuerna framkommer delvis samma beskrivningar av risker och problem. Målgruppen beskrivs vara personer med komplexa och omfattande behov, för vilka det kan vara svårt att utforma adekvata behandlingsinsatser och att man saknar relevanta resurser. Samtliga verksamheter uppger att blandmissbruk är vanligt förekommande hos målgruppen för behandlingen. Bland patienterna finns personer som har en relativt väl fungerande social situation, men en stor grupp har omfattande sociala, neuropsykiatriska och psykiatriska problem. Även personer med intellektuella funktionshinder förekommer inom patientgruppen.

Verksamheterna i Västerås och Göteborg har haft problem med hot och våld, vilket gjort att Västerås tvingats stänga av patienter och Göteborg har ändrat sitt arbetssätt. Där görs numera en riskscreening av samtliga patienter som skrivs in i behandlingen. För de patienter som faller ut som riskpersoner görs en särskild farlighetsutredning och därefter en planering med särskilda insatser innan behandlingen kan påbörjas. I Göteborg har i stort sett all inställning av läkemedel gjorts inom slutenvården. Vid intervjutillfället pågick en omorganisation för att övergå till läkemedelsinställning i form av dagvård.

Sammanfattande resultat

Behandlingens omfattning

Organisation och resurser

Socialstyrelsens inventering visade att det i september 2013 fanns 110 verksamheter som bedrev behandlingen i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2009:27. Bestämmelsen om anmälningsskyldigheten ger utrymme för olika tolkningar och den har tillämpats på olika sätt över tid. Det gör att det saknas säkra uppgifter om antalet verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling. Inom ramen för behandlingen finns även mottagningar eller vårdenheter som enbart administrerar läkemedlet, benämns ibland satellitmottagningar (t.ex. en lokal öppenpsykiatrisk mottagning eller vårdcentral). Dessa mottagningar finns inte anmälda att de bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, eftersom behandlingsansvaret för patienten ligger kvar hos den centrala vårdenheten.

Av kartläggningen framgår att LARO-behandling kan erbjudas av samtliga landsting, med ett undantag: inom Västernorrlands län skrivs inga nya patienter in i behandlingen sedan 2012. Det finns inte en nationell entydig bild 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 hur hälso- och sjukvården (psykiatri inkluderat beroendevården) är organiserad i länen när det gäller lokaliseringen av verksamheten, det geografiska upptagningsområdet och verksamhetens omfattning.

Socialstyrelsens enkätundersökning¹³ visar att en tredjedel av verksamheterna är organiserade som en egen specialitet med särskilt avdelade personalresurser och lokaler. För drygt en tredjedel ingår behandlingen som ett behandlingsalternativ bland andra inom ramen för landstingets specialiserade beroendevård. I mindre tätorter eller glesbygdsområden finns inga särskilda resurser för beroendevård, utan där bedrivs behandlingen 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.

Antalet personer i behandling

Den 1 november 2013 var drygt 3 700 patienter inskrivna i behandlingen (skattat värde), varav 30 procent kvinnor. Vid samma tidpunkt väntade drygt 500 personer på behandling. Närmare 380 män och 130 kvinnor väntade antingen på att få en lämplighetsbedömning eller på att bli inställda på läkemedlet.

¹³ Undersökningen omfattade 88 verksamhetsansvariga, varav 80 besvarade enkäten. Svaren avser 72 verksamheter som drivs i offentlig regi och 8 i privat.

Av enkätundersökningen framgår att drygt 500 personer hade uteslutits under tolv månaders perioden före svarstillfället. Samtidigt anges att omkring 100 personer hade återinskrivits en gång och ett 40-tal personer två eller flera gånger. Merparten av verksamheterna, närmare 80 procent, hade uteslutit någon patient under senaste året. Vid Socialstyrelsens intervjuer framgår att samtliga verksamheter hade skrivit ut någon patient, men först efter omfattande försök med bl.a. ökade stödinsatser och avgiftning. Skälen för utskrivning är oftast återkommande återfall och sidomissbruk, men även drogförsäljning och allvarliga hot och våld mot personalen förekommer.

Behandlingens innehåll

Behandlingen är långvarig och resurskrävande, de flesta får troligen behandling livet ut. Enligt enkätundersökningen har närmare 80 procent av patienterna varit inskrivna i behandlingen i mer än ett år medan en dryg femtedel har varit inskrivna i över sex år. Målgruppen för behandlingen har en komplex och omfattande problematik, inte sällan samsjuklighet av varierande karaktär. En stor andel av patienterna är äldre än 30 år. Knappt 15 procent är yngre än 30 år.

Enkätundersökningen visar att de flesta verksamheterna (86 procent) erbjuder psykosociala stöd- och behandlingsinsatser parallellt med farmakologisk behandling. Resurserna för psykosociala insatser och tillgången till olika yrkesgrupper varierar, och många har bl.a. svårt att rekrytera läkare med specialistkompetens i psykiatri.

Det finns ingen enighet om vad som ska ingå i den läkemedelassisterade behandlingen. Enligt intervjuerna varierar bedömningarna för inklusion, utredningsförfarandet och innehållet i behandlingen mellan verksamheterna och mellan de ansvariga läkarna. Det gäller såväl innehållet i den farmakologiska behandlingen som de psykosociala stöd- och behandlingsinsatser som bör ingå som stöd till den enskilde. Samtliga verksamheter erbjuder farmakologisk behandling och stöd- eller motivationssamtal. Däremot har verksamheterna olika inställning till vad som ingår i deras ansvarsområde när det gäller psykosocial behandling.

Verksamheterna har olika mycket samverkan med socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens olika vårdenheter, t.ex. psykiatri och primärvården. Det påverkar den enskildes möjlighet att få individuellt anpassade insatser och den geografiska (fysiska) tillgängligheten till en vård enhet. Vissa verksamheter anser att det är socialtjänstens ansvar att bistå med psykosociala stödinsatser, men vanligtvis finns ett samarbete med socialtjänsten kring stödet till den enskilde. Två tredjedelar av verksamheterna har överenskommelser om samverkan med socialtjänsten och kriminalvården, medan färre har överenskommelser om samverkan med primärvården, mödrälskövården eller barnmorskemottagning. Vid intervjuerna kommer dock fram att samverkan sker kring enskilda personer, t.ex. för gravida kvinnor, även om det inte finns en skriftlig överenskommelse.

Vissa verksamheter har lokala eller regionala vårdprogram och överenskommelser om samverkan, men sådana finns inte i samtliga landsting.

Det har inte gått att få en bild av hur många som stannar kvar i behandlingen. Av intervjuerna framgår också att verksamheternas uppgifter på den frågan skiljer sig åt. Några uppger att omkring 65 procent av patienterna fungerar bra eller tillfredsställande i behandlingen. Andra svarar att retentionen (kvarstannandet) i behandlingen är omkring 85–95 procent.

Tillgänglighet till behandlingen

Resultaten från enkätundersökningen ger nationellt sett inte en bild av långa köer och orimligt långa väntetider till behandlingen. Däremot nämner enstaka verksamheter detta problem. Flest personer väntar på behandlingen i storstadsregionerna, och väntetiden från det att remiss inkom till dess att patienten fick tid för bedömning var i genomsnitt 28 dagar (medianvärdet). En tiondel av mottagningarna har en väntetid som överstiger 50 dagar.

Enkätundersökningen har inte gett tydliga uppgifter om väntetiden från det att en patient ansöker om att få komma in i behandlingen till dess att läkemedelsbehandlingen påbörjas. En anledning är att verksamheterna inte för statistik över hela utredningsförfarandet utan sådana uppgifter måste tas fram manuellt ur journaler.

Intervjuerna med verksamheterna ger delvis en annan bild av läget, inte minst för att verksamheternas beskrivningar av behoven varierar mellan länen. Ett antal verksamheter svarar att de tillgodoser det behov som finns, att de inte har någon kö och inte har haft det sedan en tid tillbaka. I vissa län uppges att det är allt mer ovanligt med patienter som enbart är opiatberoende. I stället är det personer med blandberoenden som efterfrågar behandlingen, vilket innebär olika svårigheter enligt de verksamhetsansvariga, t.ex. vad gäller att utreda och bedöma förutsättningarna för att patienten ska kunna ordinerats behandlingen. Ibland saknas ett dokumenterat opiatberoende, vilket innebär att personen inte uppfyller kriterierna för att ordinerats behandlingen. I andra fall görs bedömningen att personens blandberoende är ett hinder för att uppnå följsamhet till behandlingen, men även att det innebär en medicinsk risk.

Hur stor andel av det totala antalet sökande till behandling som nekas inskrivning kan inte besvaras av Socialstyrelsens kartläggning. Av svaren framgick dock att uppskattningsvis 400 personer, varav knappt 100 kvinnor, hade nekats plats under senaste året för att de inte uppfyllde inklusionskriterierna. Det huvudsakliga skälet var att personen inte hade ett dokumenterat opiatberoende sedan ett år tillbaka.

Slutsatser

Tillgången och organisationen av resurserna för behandlingen varierar mellan landstingen, men det gör också beskrivningen av hur behoven ser ut. Läkemedelsassisterad behandling kan erbjudas i samtliga landsting med ett undantag, men de resursmässiga och organisatoriska förutsättningarna för vården varierar.

Socialstyrelsen anser att det inom varje landsting bör finnas tillgång till en beroendevård med hög kvalitet. Den läkemedelsassisterade behandlingen bör

ingå som en del av utbudet av behandlingsformer vid opiatberoende i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Målgruppens särskilda behov tillsammans med de medicinska risker (patientsäkerhetsrisker) som finns med behandlingen kräver dock att det, åtminstone initialt i behandlingen, finns tillgång till en professionellt stödjande miljö och personal med särskilda kunskaper om vård och behandling av personer med beroendeproblem.

Socialstyrelsen ser det som ett problem att det saknas en nationell samstämmighet om utformningen av den läkemedelassisterade behandlingen. Bedömningar för inklusion, utredningsförfarandet och innehållet i behandlingen skiljer sig åt mellan verksamheterna och mellan ansvariga läkare. Graden av samverkan med socialtjänsten och inom hälso- och sjukvårdens olika vårdenheter, t.ex. med psykiatri och primärvården, varierar också stort. Det gäller såväl den farmakologiska behandlingen, som den psykosociala behandlingen som bör ingå som stöd till den enskilde. Det får konsekvenser för den enskilde, vad gäller möjligheterna att få de individuella stödinsatser personen behöver för att klara kraven som ställs för att få behandlingen. Det leder även till brister i tillgängligheten. Olika utredningsförfaranden resulterar i att väntetiderna varierar, i vissa blir de orimligt långa, för att få en bedömning och beslut att skrivas in i behandlingen. Verksamheternas skilda förutsättningar för att administrera läkemedlet vållar problem för patienterna, (geografiskt och tidsmässigt), framförallt för att den farmakologiska behandlingen ställer krav på patienten att ha kontinuerlig kontakt med vårdenheten.

Det saknas idag, utöver vad som regleras i Socialstyrelsens föreskrift, vägledning och stöd till professionen om hur den läkemedelsassisterande behandlingen bör utformas för att säkerställa att en god vård kan erbjudas alla på lika villkor. För att förbättra tillgängligheten till behandlingen och öka förutsättningarna att patienterna erbjuds en mer likvärdig vård anser Socialstyrelsen att ett arbete behöver inledas för att, i dialog med professionen, utveckla ett kunskapsstöd för LARO-behandlingen. Syftet med ett sådant kunskapsstöd är bland annat att stödja hälso- och sjukvårdens personal att på ett mer likvärdigt sätt bedöma när behandling ska inledas, avslutas och hur den kan utformas.

Bilaga 1. Förteckning över verksamheterna som ingick i enkätundersökningen

Län	Vårdgivare	Verksamhetens namn
AB	Beroendecentrum SLSO	Metadonsektionen
AB	Beroendecentrum SLSO	Norra mottagningen
AB	Beroendecentrum SLSO	Östermalms beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Beroendemottagningen Liljeholmsberget
AB	Beroendecentrum SLSO	Team sydväst
AB	Beroendecentrum SLSO	Alvik beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Ekerö beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Hässelby beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	ALL-teamet
AB	Beroendecentrum SLSO	Rinkeby-Kista beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Lidingö beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Tyresö beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Haninge beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Nynäshamns beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Huddinge beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Botkyrka beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Sigtuna beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Solna-Sundbyberg beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Södertälje beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Upplands Väsby beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Täby-Danderyd-Waxholm beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Åkersberga beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Vallentuna beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Sollentuna beroendemottagning
AB	Beroendecentrum SLSO	Beroende Rådgivningen, Norrtälje
AB	Vårdbolaget Tiohundra	LARO-mottagning Umeå
AC	Västerbottens läns landsting	Beroendeenheten, LARO-öppenvården
AC	Västerbottens läns landsting	Missbruk- och Beroendeavdelningen Luleå
BD	Norrbotten läns landsting, Vuxenpsykiatri	Psykiatriska kliniken Piteå
BD	Norrbotten läns landsting	Gällivare sjukhus, psykiatriska mottagningen
BD	Norrbottens läns landsting	Akademiska sjukhuset LARO-mottagningen
C	Landstinget i Uppsala län	Beroendecentrum öppenvård/ Katrineholm
D	Landstinget Sörmland	Beroendecentrum öppenvård/Nyköping
D	Landstinget Sörmland	Beroendecentrum/Eskilstuna
D	Landstinget Sörmland	Beroendekliniken i Norrköping
E	Närsjukvården i östra Östergötland	Beroendekliniken i Linköping
E	Närsjukvården i centrala Östergötland	Psykiatri och habiliteringsenheten, Motala
E	Närsjukvården i västra Östergötland	Beroendemottagningen/Jönköping
F	Landstinget Jönköpings län	Psykiatriska mottagningen/Eksjö
F	Landstinget Jönköpings län	Psykiatriska mottagningen/Nässjö
F	Landstinget Jönköpings län	Psykiatriska mottagningen/Vetlanda
F	Landstinget Jönköpings län	Psykiatriska kliniken, beroendemottagning- en/Värnamo
F	Landstinget Jönköpings län	Beroendemottagningen/Växjö
G	Landstinget Kronoberg, Vuxenpsykiatri	

G	Landstinget Kronoberg,	Rättspsykiatriska Regionkliniken
H	Landstinget i Kalmar, Vuxenpsykiatri söder	Beroendecentrum, Kalmar
H	Landstinget i Kalmar, Vuxenpsykiatri mitt	Psykiatriska mottagningen, Oskarshamn
H	Landstinget i Kalmar, Vuxenpsykiatri norr	Avd 21, Västervik
I	Region Gotland	Psykiatriska kliniken/Beroendemottagningen
K	Landstinget Blekinge	Beroendemottagningen, Karlskrona
M	Region Skåne, V.O. Malmö	LARO-mottagningen
M	Region Skåne, V.O. Malmö	Matris mottagningen
M	Region Skåne, V.O. Malmö	Navet
M	Region Skåne, V.O. Trelleborg	LARO-mottagningen
M	Region Skåne, V.O. Kristianstad	LARO-mottagningen
M	Region Skåne, V.O. Lund	LARO-mottagningen
M	Region Skåne, V.O. Helsingborg	LARO-mottagningen
N	Region Halland, Vuxenpsykiatri Halland	Substitutionsmottagningen, Falkenberg
N	Region Halland, Psykiatri Halland	Substitutionsmottagningen, Halmstad
O	Södra Älvsborgs Sjukhus, Vuxenpsykiatriska kliniken	LARO-mottagningen i Borås
O	Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra sjukhuset	Substitutionsverksamheten, Göteborg
O	NU-sjukvården	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen Dalslands Sjukhus
O	NU-sjukvården	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Åmål
O	NU-sjukvården	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen Henån (inkluderat mottagning i Lilla Edet)
O	NU-sjukvården	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen Strömstad/Tanum
O	NU-sjukvården	Allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningen Trollhättan
O	NU-sjukvården	Allmänpsykiatriska mottagningen Uddevalla
O	NU-sjukvården	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen Vänersborg
S	Värmlands läns landsting	LARO-mottagningen, Karlstad
T	Örebro läns landsting	Beroendecentrum, Opiatmottagningen
W	Landstinget Dalarna	Beroendemottagningen avdelning 65, Falun
W	Landstinget Dalarna	Rättspsykiatriska kliniken
U	Landstinget Västmanland	Vuxenpsykiatri, Beroendecentrum Västmanland
X	Landstinget Gävleborg	Opiatmottagningen Gävle
X	Landstinget i Gävleborg	Psykiatriska kliniken, Hudiksvalls sjukhus
X	Landstinget i Gävleborg	Psykiatriska kliniken, Öppenvårdsmottagningen Söderhamn
Y	Landstinget Västernorrland	Psykiatriska kliniken, Beroendeenheten, Sundsvall
Z	Jämtlands läns landsting, Vuxenpsykiatri	Beroendeenheten, Östersund
M	Kriminalvården, anstalten Fosie	Kriminalvården, anstalten Fosie, Malmö
AB	Capio Maria	Maria Beroendecentrum, Stockholm
AB	PRIMA Barn- och Vuxenpsykiatri AB	Prima Beroende Jakobsberg
AB	PRIMA Barn- och Vuxenpsykiatri AB	Prima Beroende Bro
M	Capio Psykiatri	Capio Psykiatri Simrishamn öppenvårdsmottagning
M	Capio Psykiatri	Capio Psykiatri Ystad öppenvårdsmottagning
M	AB FRIAB, Friab Helsingborg	Friab Helsingborg
M	BeFem	BeFem, Malmö
M	Integrerad Närsjukvård Malmö KB	Integrerad Närsjukvård Malmö KB
M	Ramlösa Socialutveckling AB	Ramlösa Socialutveckling AB, Helsingborg
O	Capio Psykiatri	Capio Psykiatri, Lysekil
O	Capio Psykiatri	Capio Psykiatri, Munkedal

Bilaga 2. Utvalda verksamheter till intervjustudie

Urvalet av verksamheter var slumpmässigt med syftet att få en lämplig regional representation och spridning över landet. Samtliga verksamheter drivs av landstinget. Socialstyrelsen besökte följande LARO-verksamheter:

- Region Skåne, verksamhetsområde Helsingborg, LARO-mottagningen
- Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Östra sjukhuset, Substitutionsverksamheten
- Närsjukvården i östra Östergötland, Beroendekliniken i Norrköping
- Landstinget Sörmland, Beroendecentrum öppenvård Nyköping
- Stockholms läns sjukvårdsområde, Beroendecentrum Stockholm, Metadonsektionen
- Landstinget Västmanland, Västerås sjukhus, Beroendecentrum Västmanland
- Örebro läns landsting, Beroendecentrum, Opiatmottagningen
- Värmland läns landsting, Centralsjukhuset Karlstad, LARO-mottagningen
- Landstinget Dalarna, Falu lasarett, Beroendemottagningen avdelning 65
- Landstinget Gävleborg, Opiatmottagningen Gävle
- Landstinget Västernorrland, Sundsvalls sjukhus, Beroendemedicinska enheten
- Västerbottens läns landsting, Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, Beroendepsykiatriska mottagningen, LARO-mottagningen

Bilaga 3. Intervjuguide

1. Verksamhetens organisation och resurser

Hur ser den ut geografiskt och resursmässigt? Geografiskt upptagningsområde, antal mottagningar, tillgång till avgiftning och/eller inställning på slutenvårdsavdelning? Antal platser i programmet (finns maxantal)?

Vilken personal är knuten till verksamheten, antal personer, utbildning och tjänstgöringsgrad, tillgång till läkare med specialistkompetens i psykiatri? Öppet tider – akuta tider, jour, samverkan med andra mottagningar för att klara ev. bemanningsproblem?

Har man någon uppfattning om man kan tillgodose behovet av behandling utifrån nuvarande resurser? Om inte – vad saknas?

2. Beskrivning av målgruppen som är i behandling idag

Finns uppgifter om antal inskrivna, kön, åldersfördelning, andel gravida, missbrukstid innan behandling, andel blandmissbrukare, antal tidigare vård och behandlingsinsatser? Antal som får metadon kontra buprenorfin? Vad krävs för att få metadon – finns det generella kriterier för val av läkemedel, dvs. vilka får metadon kontra buprenorfin? Säkerhetsrisker som identifierats i behandlingen (vid behandling med metadon kontra buprenorfin)?

3. Vägen in i behandling

Hur går det till? Egen ansökan, remissförfarande och i så fall från vilka? Hur görs utredning och bedömning? Vilka kriterier används för att nekas plats i behandlingen (finns det personer som bedöms som olämpliga för att delta i behandlingen)? Hur lång tid tar det i genomsnitt från ansökan till plats i programmet? Har ni kö till behandlingen och finns det väntelista? Hur lång tid får den enskilde vänta innan han/hon får 1) besökstid för bedömning, 2) besked om inskrivning, 3) plats i behandlingen? OM ja, vilka orsaker till väntetiden har identifierats? Hur många har nekats plats i behandlingen senaste året? Vad var anledningen?

4. Behandlingens innehåll

Vad är generellt sett syftet och målet med behandlingen? Vad ingår i behandlingen, finns generella (obligatoriska) behandlingsinslag, vilka individuella stödinsatser kan ingå (har man resurser för), terapeutiska insatser? Samverkan med socialtjänsten – hur fungerar det och vad

består samverkan av? Samverkan med hälso- och sjukvården, andra mottagningar eller kliniker, primärvården, etc.? Uppmärksammas gravida kvinnor på något särskilt sätt? Hur? Samverkan med kriminalvården?

Hur görs uppföljningen av behandlingen och vem ansvarar?

5. Genomströmningen i behandlingen

Hur lång är den genomsnittliga vårdtiden i LARO behandling?

Beskriv gärna hur många som varit i behandling kortare tid än 3 månader, 3–6 månader, upp till 1 år, 1–3 år, 3–6 år, 6–10 år, mer än 10 år.

Antal utskrivna per år (planerade) och vad skrivs man i så fall ut till?

Hur många har kunnat avveckla sin behandling senaste året, totalt sett sedan verksamheten startade?

Antalet utskrivna (drop-outs) sedan verksamheten startade? Finns det några särskilda karaktäristika för de som lämnar programmet? T.ex. ålder vid inskrivning, missbrukshistoria, psykiatriska diagnoser, kriminalitet etc.?

Antal uteslutna från behandlingen eller oplanerade utskrivningar per år – vad är skälet? Erbjuds alternativa behandlingar och i så fall vilka?

6. Ledningssystem för systematiska kvalitetsarbetet (SOSFS 2011:9)

Har vårdgivaren fastställt direktiv eller riktlinjer för den läkemedelsassisterade behandlingen? Fastställt de processer som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet, identifierat vilka aktiviteter som ingår och dess inbördes ordning? Finns de rutiner som behövs utarbetade? Finns processer och rutiner fastställda för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten? Samverkan med andra vårdgivare och myndigheter, t.ex. socialtjänsten och kriminalvården?

Har några händelser inträffat (rapporterats) i verksamheten som har medfört eller kunnat medföra vårdskador? Anmälan lex Maria?

7. Känner ni till om det finns någon privat driven verksamhet som erbjuder LARO-behandling inom ert län/landsting/region?

Bilaga 4. Kvalitetsdeklaration av enkätundersökningen

Undersökningens upplägg

Datainsamlingen genomfördes via en webbenkät under vintern 2013–2014. Ett informationsbrev samt en länk till enkäten skickades i slutet av november 2013 till ansvariga chefer vid de verksamheter som bedriver läkemedels-assisterad behandling vid opiatberoende, LARO-behandling. I början av januari 2014 skickades en påminnelse till dem som ännu inte besvarat enkäten. Ytterligare några veckor senare gjordes en telefonpåminnelse.

Respondenternas svar granskades på olika sätt. En första kontroll gjordes direkt efter svarsinmatningen. I samband med resultatframställningen granskades svaren ytterligare.

Population

Populationen består av 88 verksamheter.

Under hösten 2013 genomfördes en inventering som syftade till att identifiera verksamheter som bedrev LARO-behandling. Inventeringen visade att vissa verksamhetschefer hade ansvar för mer än en verksamhet. I några fall kunde dock en verksamhet bestå av enheter som tillhörde en och samma verksamhet trots en geografisk spridning. Vid inventeringen identifierades drygt 90 verksamheter.

När enkäten skickats ut meddelade tre verksamheter att de inte bedrev LARO-behandling. Ytterligare två verksamheter bedrev i princip LARO-behandling, men meddelade muntligen att de inte har eller har haft några patienter inskrivna för denna typ av behandling. Dessa verksamheter undantogs från populationen. I ett senare skede upptäcktes två verksamheter som inventeringen inte påträffat och dessa gavs då möjlighet att besvara enkäten. De två sistnämnda verksamheterna ingår sålunda i populationen. I de fall en verksamhet bestod av flera enheter fick verksamhetschefen göra en sammanfattande bedömning för verksamheten som helhet.

Tid

Antalsuppgifterna avser läget den 1 november 2013. Övriga frågor avser förhållandena när enkäten besvarades, slutet av november 2013 till början av februari 2014. Undantaget är två verksamheter som identifierades sent och svarade i april 2014.

Täckning

Inventeringen som ligger till grund för undersökningen korrigerades alltså på några punkter. Det går inte att helt utesluta att det finns ytterligare mottagningar som bedriver LARO-behandling men som varken upptäckts vid den inledande inventeringen eller i ett senare skede. Däremot är det mindre

troligt att mottagningar som inte bedriver LARO-behandling besvarat enkäten.

Mätning

Som i alla undersökningar baserade på frågeformulär kan mätfel förekomma pga. att en fråga missuppfattats. Orsaken kan bl.a. vara mätinstrumentet, informationssystemet och insamlingssättet.

Enkätfrågorna rör till viss del antalsuppgifter, men det har funnits möjlighet att besvara dessa med t.ex. cirkauppgifter eller intervall. Bland svaren finns t.ex. ”ca 90 dagar”, ”ca 200”, ”1–3 mån”, ”1–5 st”. När svaren getts i form av ett intervall har intervallets mittpunkt använts vid beräkningarna. Cirkauppgifter har bearbetats som om de vore exakta; ”ca 200” har alltså behandlats som 200, och ”1 månad” bearbetas som 30 dagar, ”max 60 dagar” som 60 dagar och ”max 2 veckor” som 14 dagar.

Tillförlitlighet

Undersökningen genomfördes som en totalundersökning. En osäkerhetskälla gäller om samtliga verksamheter som bedriver LARO-behandling har identifierats eller inte. En annan gäller att vissa svar angetts i intervallform eller som ett närmevärde. Vissa verksamheter har dessutom inte besvarat enkäten alls eller underlåtit att besvara vissa frågor, vilket innebär risk för snedvridning av resultaten.

Bortfall

Av 88 verksamheter var det 80 som besvarade enkäten, och bortfallet uppgår alltså till 9 procent.

Frågorna med fasta svarsalternativ besvarades av samtliga verksamheter, men merparten av frågeställningarna rör antalsuppgifter av skilda slag. I dessa fall är det inte ovanligt att några frågor eller delfrågor lämnats obesvarade. Tre verksamheter gav inget svar på frågan om antalet läkare med specialistkompetens i psykiatri, och två angav inte antalet sjuksköterskor. När det gäller övriga yrkesgrupper är det interna bortfallet betydligt större. Sex av tio verksamheter angav t.ex. inte hur många legitimerade läkare det finns, och fyra av tio angav inte antalet skötare. Skälet skulle kunna vara att verksamhetens samtliga läkare har specialistkompetens i psykiatri och att frågan därigenom redan anses besvarad. De som inte angav antalet skötare har kanske inga anställda skötare i verksamheten. Några sådana antaganden har dock inte gjorts vid bearbetningarna.

Skattningar av rikssiffror har genomförts med hjälp av imputering. Det finns ett flertal vedertagna metoder för att ersätta saknade värden. I detta fall har saknade värden ersatts med median- eller medelvärden, beräknade på uppgifterna från de verksamheter som besvarat frågan.

Fyra av tio verksamheter angav inte hur många av de inskrivna som var över 69 år, och en dryg fjärdedel angav inte hur många som är yngre än 20 år eller ligger i åldersintervallet 60–69 år. För övriga åldersintervall är det 10 procent av verksamheterna som inte angav något värde, eller strax därunder.

Socialstyrelsen har adderat verksamheternas svar för varje åldersintervall och sedan sammanräknat dem till en totalsumma, och denna totalsumma blir lägre än om man summerar svaren på en tidigare fråga som avser antalet inskrivna patienter fördelat efter kön. Skillnaden kan förmodligen inte förklaras med att frågan om antalet inskrivna avser 1 november 2013, medan fördelningen efter åldersintervall gäller den tidpunkt när frågan besvarades. Betydligt fler angav inget värde i de äldsta och den yngsta åldersgruppen, vilket kan innebära att verksamheten inte har några patienter i dessa åldersgrupper. Något sådant antagande har dock inte gjorts vid bearbetningarna.

Över 40 procent av verksamheterna har inte angett hur många av de inskrivna som kom in i behandlingen genom remiss från annan hälso- och sjukvårdsverksamhet än en LARO-mottagning, eller genom en remiss från Kriminalvården. En tredjedel besvarade inte frågan om hur många av patienterna som kommit in i behandlingen via remiss från socialtjänsten. Liksom för åldersfördelningen blev summan av antalet patienter fördelade efter inskrivningssätt lägre än det som angavs i frågan om antalet inskrivna patienter.

Som tidigare nämnts har riksskattningar gjorts med hjälp av imputeringar med median- eller medelvärden. Undantaget gäller frågan om antalet patienter som 1 november 2013 fick läkemedelsassisterad behandling. De verksamheter som inte besvarade enkäten eller just denna fråga kontaktades per telefon eller e-post. Trots detta gick det inte att få något svar från fyra verksamheter och för dem användes de uppgifter som lämnades vid en telefonundersökning året innan, trots att de avser en annan tidpunkt.

En fråga handlade om hur patienterna kommit in i behandlingen. Även i detta fall blev totalsumman lägre än vad som angivits i frågan om antalet inskrivna patienter.

Bearbetning och skattning

Fel kan också uppstå vid bearbetningen av materialet. För att minska den risken finns kontroller vid såväl granskning och rättning som vid slutkontrollen av resultatet.

Några verksamheter besvarade inte enkäten alls, medan andra inte svarade på samtliga frågor. Undersökningen syftar dock till att ge en bild av hela populationen och inte bara av en delmängd av verksamheterna. Vid summeringarna ersattes därför det saknade värdet med medelvärdet av svaren från de verksamheter som besvarade den aktuella frågan. I vissa fall är svarsfördelningen påtagligt sned, och en del svar avviker i hög grad från vad andra verksamheter svarade. Då används i stället medianvärdet. För frågor med fasta svarsalternativ bygger redovisningen enbart på svaren från de verksamheter som besvarade enkäten.

Frågor om statistisk metod besvaras av Robert Linder 075-247 30 00.