

# Vårdval LARO

En målorienterad intressentutvärdering

*Lisa Andersson & Björn Johnson*

Förord.....	4
1 Inledning.....	5
2 Läkemedelsassisterad rehabilitering av opioidberoende .....	7
<b>LARO ur ett medicinskt perspektiv: effektiv vård med risker</b> .....	7
<b>LARO ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv: kontroll och disciplinering</b> .....	9
<b>Utvecklingen av LARO i Sverige och Skåne</b> .....	10
<b>Samverkan mellan LARO och andra vårdgivare och myndigheter</b> .....	12
<b>LARO i Sverige ur ett brukarperspektiv</b> .....	13
3 Region Skånes fria vårdval för LARO.....	14
<b>LOV (Lagen om valfrihetssystem) och LARO</b> .....	14
<b>Målen med vårdval LARO</b> .....	15
<b>Ackrediteringsvillkoren</b> .....	16
<b>Val och byte av LARO-mottagning</b> .....	17
<b>Ersättningssystemet</b> .....	17
<b>Utvecklingen av vårdval LARO i Skåne 2014–2017</b> .....	18
4 Utvärderingsuppdraget .....	20
<b>Varför utvärdera?</b> .....	20
<b>Att mäta effekter</b> .....	21
<b>Utvärderingsuppdraget avseende vårdval LARO</b> .....	22
<b>Empiri och metod</b> .....	23
<b>Intervjuer med intressenter</b> .....	23
<b>Övrigt empiriskt material</b> .....	26
<b>Forskningsetiska överväganden</b> .....	27
5 Tillgänglighet och patientflöden .....	29
<b>Ökad tillgänglighet och konkurrens om patienter</b> .....	29
<b>Byten och skillnader mellan offentliga och privata vårdgivare</b> .....	30
<b>Minskade köer, kortare väntetider och fler avslagna ansökningar</b> .....	32
<b>Ökad retention och färre ofrivilliga utskrivningar</b> .....	33
6 Patienternas perspektiv.....	35
<b>”Systemeffekter” av vårdvalet</b> .....	35
<b>Behandlingens och mottagningens betydelse för patienterna</b> .....	39
<b>Egenmakt och byten</b> .....	44
<b>Att vilja men inte kunna – om framtiden och medicinens makt</b> .....	49
7 Enhetschefernas perspektiv .....	51
<b>Tillgänglighet</b> .....	51
<b>Samverkan</b> .....	53

<b>Differentiering och konkurrens</b> .....	55
<b>Behandlingen – psykosocialt stöd och kontroll</b> .....	58
<b>Brukarperspektiv och egenmakt</b> .....	60
<b>Byte av LARO-mottagning</b> .....	62
<b>Bensodiazepiner och medicinsk säkerhet</b> .....	63
<b>Läckage och dödlighet relaterat till LARO</b> .....	64
<b>Synen på ersättningsystemet</b> .....	64
<b>Hur ska LARO bedrivas i Skåne i framtiden?</b> .....	67
8 Samverkanspartners perspektiv.....	69
<b>Samverkanspartners generella uppfattningar om vårdval LARO</b> .....	70
<b>Samverkan med socialtjänsten</b> .....	73
<b>Samverkan med frivården</b> .....	75
<b>Samverkan med sprutbytesverksamheterna</b> .....	76
9 Opioidrelaterade dödsfall i Skåne .....	78
<b>Statistik om narkotikarelaterade dödsfall i Sverige</b> .....	78
<b>Läckage av metadon och buprenorfin</b> .....	80
<b>Dödsfall relaterade till metadon och buprenorfin i Skåne 2012–2016</b> .....	81
10 Sammanfattning .....	86
<b>Målet om ökad tillgänglighet till LARO</b> .....	86
<b>Målet om stärkt egenmakt och ökat patientinflytande</b> .....	88
<b>Målet om ökad differentiering och specialisering av mottagningar</b> .....	89
<b>Farhågor</b> .....	89
<b>Opioidrelaterade dödsfall</b> .....	91
11 Utvecklingsmöjligheter och framgångsfaktorer.....	93
<b>Framgångsfaktorer</b> .....	93
<b>Utvecklingsmöjligheter</b> .....	94
Referenser.....	96
Bilagor.....	102

## Förord

Vi vill rikta ett varmt tack till dem som hjälpt oss och bidragit till den här rapporten. Till att börja med alla de personer – patienter med LARO, personal vid LARO-mottagningar, företrädare för samverkanspartner och politiker – som ställt upp och låtit sig intervjuas. Tack, utan er hade det inte blivit någon utvärdering.

Tack också till de vänner och kolleger som bidragit till att göra rapporten bättre genom att läsa och kommentera den längs vägen: Lisas externa handledare Anders Håkansson (Lunds universitet) och Lena Lindgren (Göteborgs universitet), Bengt Svensson (som var huvudkommentator vid arbetsseminariet i juni 2017), Harald Gegner, Philip Lalander, Gabriella Lennartsson, Johan Nordgren, Torkel Richert och Bim Soerich.

Ett särskilt tack riktar vi till Sara Bingefors, Caroline Johnsson, Olivia Liahaugen Flensburg, Ida Lindstén och Karin Lundin, som skrev de delrapporter som kapitlet om samverkanspartner bygger på. Caroline, Olivia och Ida bidrog också med kloka kommentarer vid arbetsseminariet i juni.

Malmö i augusti 2017

Lisa Andersson och Björn Johnson

# 1 Inledning

Den här rapporten handlar om det vårdval för LARO som Region Skåne införde i april 2014. LARO, läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende, är en behandlingsmetod för personer som är beroende av heroin eller andra opioider. LARO innebär att patienten behandlas med en syntetisk opioid, metadon eller buprenorfin, i syfte att slippa abstinens och drogsug. Den medicinska behandlingen bör oftast kombineras med psykosociala stödinsatser.

Vårdvalet för LARO bedrivs utifrån LOV, lagen om valfrihetssystem (SFS 2008:962). Detta betyder att personer i Skåne som uppfyller kriterierna för LARO kan söka vård på vilken LARO-enhet som helst. Vårdvalet innebär också att alla aktörer, privata såväl som offentliga, som uppfyller regionens ackrediteringsvillkor har möjlighet att starta LARO-mottagning. Vården sker utan pris konkurrens, den ekonomiska ersättningen regleras av Region Skåne. Syftet är att konkurrens ska ske utifrån kvalitet och tillgänglighet, och att patienten ska kunna välja den vårdgivare som bäst tillgodoser dennes behov och önskemål.

Region Skåne har infört vårdval inom flera vårdområden och en liknande utveckling har skett över stora delar av landet under det senaste decenniet. Ett offentligt finansierat vårdvalssystem inom den specialiserade beroendevården har dock inte införts tidigare i något landsting. Det är också speciellt med ett vårdval där ökad egenmakt för patienterna varit ett så tydligt mål. Region Skåne har även tidigare varit en pionjär när det gäller utvecklingen av vårdinsatser för personer med narkotikaberoende, bland annat vad gäller utbyggnad av LARO i offentlig regi, hanteringen av den politiskt och moraliskt laddade frågan om sprutbytesprogram samt initiativet att införa naloxonprogram (vilket dock till följd av lagstiftningsmässiga hinder ännu inte har genomförts).

I rapporten redovisar vi resultaten från den utvärdering av vårdval LARO som Region Skåne beställt av Malmö högskola. Utvärderingen har genomförts i form av en intressentutvärdering med inslag av måluppfyllelseutvärdering. Huvudsakligt fokus har legat på de olika intressenternas – patienters, enhetschefers och samverkanspartner – uppfattningar om vårdvalet och om de effekter detta har medfört.

Utvärderingen utgår också från de mål Region Skånes hade med att införa ett vårdval för LARO. De huvudsakliga målen var *ökad tillgänglighet* till behandling, *ökad differentiering* av LARO-mottagningarna avseende vårdens innehåll och hur mottagningarna bedriver sin verksamhet samt *ökad egenmakt* för patienterna genom att de ges möjlighet att välja vårdgivare. Utöver dessa områden har utvärderingen även fokuserat på förändring i förekomst av *opioidrelaterade dödsfall* i Skåne före och efter vårdvalets införande, i syfte att analysera vårdvalets eventuella effekter på dödligheten. Även farhågor som inledningsvis restes gällande vad en drift utifrån LOV skulle kunna innebära på ett vårdområde som LARO har uppmärksamats.

Rapporten är disponerad enligt följande:

I kapitel 2 beskriver vi LARO mer utförligt. Såväl medicinska, samhällsvetenskapliga som brukarorienterade synsätt på LARO redovisas, tillsammans med en bild av utvecklingen av LARO i Sverige och Skåne.

Kapitel 3 tar upp bakgrunden till och målen med införandet av vårdval för LARO i Region Skåne, tillsammans med en beskrivning av förutsättningarna för att bedriva verksamhet inom vårdval LARO. En allmän beskrivning av vårdval enligt LOV ges också.

Kapitel 4 består av en redogörelse för utvärderingsuppdraget och genomförandet av utvärderingen. Metoderna för insamling och bearbetning av data beskrivs.

De fem följande kapitlen består av resultatredovisning av det empiriska materialet. I kapitel 5 presenteras en redovisning av svar från enkäter som besvarats av LARO-mottagningarna vid två tillfällen, 2015 och 2016. Enkätsvaren ger en övergripande bild av förändringar vad gäller patientunderlag och patientflöden sedan vårdvalets införande.

I kapitel 6 redovisar vi LARO-patienters syn på de huvudsakliga målen med vårdvalet och hur de upplever att behandlingen fungerar efter vårdvalets införande. Kapitlet bygger på intervjuer med totalt 33 patienter vid sex olika mottagningar.

Kapitel 7 handlar om LARO-mottagningarnas enhetschefers perspektiv på införandet och de upplevda effekterna av vårdvalet, och hur de ser på att bedriva LARO-verksamhet under rådande förutsättningar. Intervjuer med samtliga enhetscheferna har gjorts vid två olika tillfällen.

I kapitel 8 presenteras samverkanspartners perspektiv på vårdvalet för LARO. De samverkanspartner vars syn representeras här är socialtjänst, frivård och sprutbytesprogram. Redovisningen bygger på separata delstudier som genomförts i form av studentuppsatser.

Kapitel 9 tar kortfattat upp utvecklingen av opioidrelaterade dödsfall i Skåne, och den eventuella förändring som kan ses från 2012 till 2016.

I kapitel 10 gör vi en sammanfattning av resultaten som beskrivits i de tidigare kapitlen.

I kapitel 11 diskuterar vi avslutningsvis de framgångsfaktorer och utvecklingsmöjligheter för vårdval LARO som vi reflekterat över genom utvärderingsprocessen.

## 2 Läkemedelsassisterad rehabilitering av opioidberoende

Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende, LARO, är den mest beprövade och spridda metoden för behandling av heroin- eller annat opioidberoende. Internationellt går den ofta under beteckningen substitutionsbehandling (engelska: *opioid substitution treatment*). Metoden riktar sig till personer med etablerat opioidberoende. Personer som haft ett mer kortvarigt eller sporadiskt missbruk av opioider bör inte behandlas med LARO, eftersom chansen är relativt god att deras missbruk kan brytas med andra insatser (Johnson 2010, Socialstyrelsen 2015).

### **LARO ur ett medicinskt perspektiv: effektiv vård med risker**

LARO ges med läkemedlen metadon eller buprenorfin, det senare ofta i kombination med naloxon vilket försvårar felaktig användning (framför allt injicering eller snorting av läkemedlen). Om läkemedlen tas enligt ordination upplever patienten varken ruseffekter eller abstinens utan kan fungera som en opåverkad person, förutsatt att inga andra rusmedel används. Behandlingen bör i de flesta fall kombineras med andra insatser, exempelvis psykologisk eller psykosocial behandling, boendeinsatser och sociala stödinsatser.

LARO har ett starkt vetenskapligt stöd och rekommenderas som ”best practice” av EU:s expertorgan EMCDDA (2016) och i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (Socialstyrelsen 2015a). Forskning har visat att LARO leder till minskad sjuklighet och dödlighet, minskat illegalt drogbruk samt minskad spridning av HIV (Amato et al. 2011, MacArthur et al. 2012, Mattick et al. 2009, Mattick et al. 2014). För flertalet patienter leder behandlingen dessutom till en förbättrad social situation, exempelvis genom minskad kriminalitet eller prostitution (Heilig 2011, Bukten et al. 2012). Många patienter har dock fortsatta bekymmer med missbruk, psykisk ohälsa och andra sociala och medicinska problem.

Den psykiska samsjukligheten i patientgruppen är i allmänhet hög. Psykiska sjukdomar (ångest, depression, psykosjukdomar etc.), neuropsykiatriska funktionshinder (främst ADHD men även olika autismspektrumtillstånd) och olika personlighetssyndrom (det som tidigare kallades personlighetsstörningar) är mycket vanligt förekommande (EMCDDA 2015, Öhlin, Fridell & Nyhlén 2015, Johnson, Richert & Svensson 2017). Detta innebär stora utmaningar och ställer höga krav på personalens kompetens, så att patienterna kan få den hjälp de behöver. Även den somatiska samsjukligheten är ofta hög, vilket kan innebära att patienterna behöver ha många andra vårdkontakter inom sjukvården.

Fortsatta drogproblem förekommer hos många patienter och kallas ofta för *sidomissbruk* (ett något märkligt uttryck, men alla inom LARO vet vad det innebär). För en del handlar det om tillfälliga eller periodiska återfall, medan andra har mer långvariga, svårartade problem. Ofta handlar det om alkohol, cannabis och/eller lugnande och sömngivande läkemedel, även om amfetamin, kokain och andra centralstimulerande droger också förekommer. Nya psykoaktiva substanser (”nätdroger”) förekommer också.

Lugnande och sömngivande läkemedel, som bensodiazepiner och andra liknande substanser<sup>1</sup>, utgör en särskild problematik. Detta är substanser som ofta används inom sjukvården, bland annat vid sömnsvårigheter, ångestproblematik och som muskelavslappande medel. När bensodiazepiner används i russyfte kan de ge starka euforiska effekter, särskilt i höga doser. De kan också användas för att förstärka ruseffekterna av andra droger och de ingår ofta som del i ett blandberoende.

Det är mycket vanligt att personer med opioidberoende också har problem med bensodiazepiner. Detta utgör en särskild risk, för när bensodiazepiner används tillsammans med opioider ökar det kraftigt risken för överdos. Merparten av de dödliga överdoser som inträffar i Sverige är blandförgiftningar där opioider har kombinerats med andra droger, framför allt bensodiazepiner, andra lugnande preparat och/eller alkohol. Sådana dödsfall förekommer även inom LARO, men har hittills varit ovanliga under pågående behandling (Fugelstad, Johansson & Thiblin 2010).

Bruk av bensodiazepiner bland LARO-patienter är förenat med en mer komplex problematik och ökad risk för negativa behandlingsutfall (Brands et al. 2008, Laqueille et al. 2009). Någon etablerad, evidensbaserad metod för att behandla bensodiazepinberoende inom LARO finns inte. Abstinensbehandling (avgiftning) eller en kortare tids nedtrappning av läkemedlen erbjuds ofta i början av behandlingen eller vid omfattande sidomissbruk av bensodiazepiner. Internationellt förekommer det även att LARO-patienter erbjuds längre nedtrappningar eller kontinuerlig underhållsbehandling med bensodiazepiner (Weizman et al. 2003, Backer & Streel 2017). Effekterna och riskerna med sådan förskrivning är dock otillräckligt studerade (Abrahamsson et al. 2017). I Sverige har merparten av de läkare som arbetar med LARO varit skeptiska till långvarig förskrivning av bensodiazepiner.

LARO har ofta blivit föremål för kontroverser och kritik. Två vanliga invändningar har varit att behandlingen håller kvar patienterna i ett beroende och att medicineringen bara innebär ett byte av en drog mot en annan (Johnson 2010). När det gäller den första invändningen är det viktigt att påpeka att opioidberoende är ett kroniskt tillstånd och att de positiva effekterna av LARO är begränsade till den tid då patienterna är i behandling. Att avbryta behandlingen är förknippat med stor risk för negativa utfall, däribland mycket hög dödlighet, vilket visats i svensk forskning (Grönbladh, Öhlund & Gunne 1990, Socialstyrelsen 2001, Vogelstad et al. 2007). På gruppnivå ses högt kvarstående i behandlingen (hög *retention*) normalt som något positivt, inte som ett problem (Johnson 2010).

När det gäller den andra invändningen har neurobiologisk forskning visat att metadon och buprenorfin har skilda effekter i hjärnans stressregleringssystem jämfört med heroin och andra korttidsverkande opioider. De upprepade abstinensreaktioner som sker till följd av heroinets korta verkanstid kan leda till att en ”hyperaktivitet” utvecklas i hjärnans stressregleringssystem (den så kallade HPA-axeln). Heroinberoende innebär en kronisk stressreaktion som orsakar skador i detta system, vilket sannolikt är en viktig orsak till det drogsug som den beroende upplever. Forskning har dock visat att behandling med metadon eller buprenorfin, som har en avsevärt längre verkansperiod än heroin, på sikt kan normalisera aktiviteten i stressregleringssystemet och därigenom minska drogsuget (Kakko 2011).

En mer allvarlig kritik mot LARO är risken för så kallat läckage, det vill säga att patienter säljer eller delar med sig av sina läkemedel till personer utanför behandling. Metadon och

---

<sup>1</sup> Med liknande substanser avses framför allt de så kallade z-preparaten samt pregabalin. Z-preparaten, zolpidem (Stilnoct) och zopiklon (Imovane), är relativt korttidsverkande, bensodiazepinliknande preparat som normalt används som insomningstabletter. Pregabalin (Lyrica) är ett anti epileptiskt läkemedel som också används ångestdämpande.



buprenorfin har hög missbrukspotential och är eftertraktade på den illegala drogmarknaden. Metadon kan lätt överdoseras om det används av personer utan tillräcklig opioidtolerans (som inte är tillvanda vid preparatet). Det gäller även för buprenorfin, om det blandas med andra lugnande eller dämpande preparat. I flera länder har läckage lyfts fram som ett allvarligt problem, framför allt med hänvisning till metadonrelaterade dödsfall (Richert & Johnson 2015a). I Sverige har antalet metadon- och buprenorfinrelaterade dödsfall ökat i takt med att behandlingen byggts ut. De som avlider är vanligen personer med ett omfattande blandmissbruk som använts preparaten illegalt, inte personer som varit i pågående LARO (Fugelstad, Johansson & Thiblin 2010, Ledberg 2015).

Ett forskningsprojekt som genomförts av Björn Johnson och Torkel Richert tyder på att läckage från LARO-program kan vara betydligt vanligare än vad tidigare forskning indikerat (Johnson & Richert 2015a). Kontroll och restriktioner för att förebygga läckage är därför viktigt. En avvägning måste ske mellan hänsynen till den enskildes integritet och risken för att medicinen hamnar i fel händer (Johnson & Richert 2015b). Det bör framhållas att de flesta som efterfrågar metadon eller buprenorfin på den illegala marknaden är personer med allvarliga drogproblem. Många är själva opioidberoende, vilket talar för att en god tillgång till LARO skulle kunna minska den illegala efterfrågan (Richert & Johnson 2015a).

En farhåga som togs upp i diskussionerna inför vårdval LARO var att mottagningarna kunde börja konkurrera om patienterna genom att erbjuda recept på bensodiazepiner eller andra preparat som efterfrågas av patienter med fortsatta missbruksproblem. En annan farhåga handlade om att läckaget till den illegala marknaden kunde öka, om mottagningarna skulle minska kontrollen eller höja läkemedelsdoserna i syfte att locka till sig fler patienter. Dessa farhågor återkommer vi till senare i rapporten.

### **LARO ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv: kontroll och disciplinering**

På ett övergripande plan ger den medicinska forskningen en positiv bild av LARO – metoden beskrivs som verksam, säker och kostnadseffektiv, även om den också är förenad med vissa risker (WHO 2004, EMCDDA 2016). Samhällsvetenskaplig forskning ifrågasätter oftast inte detta, men erbjuder kompletterande och mer kritiska perspektiv. Inom denna forskning har fokus ofta legat på den kontroll och disciplinering som kan ske inom behandlingen, på det narkotikastigma som försvårar patienternas möjligheter att integreras i samhället samt på brukarperspektivet, alltså patienternas uppfattningar om den vård de får.

När det gäller kontroll och disciplinering har LARO ibland beskrivits som ”liquid handcuffs” (Rosenblum, Magura & Joseph 1991), ett medikaliserat system för att kontrollera personer med beroendeproblem (Conrad & Schneider 1992, Petersson 2013). Många patienter ser behandlingen som livsnödvändig för dem samtidigt som de läkemedel som används är starka narkotiska preparat. Om tillförseln plötsligt avbryts leder det till svår abstinens hos patienten. Detta ger mottagningarna ett starkt maktmedel, som kan användas för att styra patienternas beteende i önskvärd riktning. Under gynnsamma omständigheter (om det finns en terapeutisk allians och en tillit i relationen) behöver inte detta vara något problem, men om behandlingspraktiken präglas av moraliserande eller disciplinerande attityder kan maktmedlen användas för att förtrycka och sortera bort sådana patienter som vägrar att underkasta sig. Patienter kan också behandlas olika, beroende på om personalen kategoriserar dem som ”ömkanvärda” eller ”klandervärda” (Petersson 2013). Flera samhällsvetenskapliga studier har redogjort i detalj för hur doserings- och övervakningsrutiner kan användas för att kontrollera, disciplinera och bestraffa patienterna (Bourgois 2000, Friedman & Alicea 2001, Dahl 2008, Fraser & Valentine 2008, Petersson 2013, Lalander 2016).

Användningen av övervakade urinprover för att kontrollera patienternas droganvändning har lyfts fram som ett särskilt integritetskränkande inslag i LARO (Friedman & Alicea 2001, Petersson 2013, Lalander 2016). Dels sker provtagningen genom att patienten tvingas blotta sitt kön och urinera inför den som utför kontrollen, dels kan ett positivt prov (som visar att patienten använt något otillåtet preparat) leda till konsekvenser som kan upplevas som bestraffningar, exempelvis fler övervakade läkemedelsintag och mer frekvent kontroll. I Sverige var provtagningarna dessutom tidigare, fram till 2016, förknippade med ett regelverk som föreskrev att behandlingen skulle avbrytas vid upprepade återfall (Johnson 2013, Lalander 2016). Detta ledde till många ofrivilliga utskrivningar, vilka nästan undantagslöst ledde till att de utskrivna återgick till sitt tidigare missbruk (Svensson & Andersson 2012).

Kontrollåtgärder är nödvändiga i LARO – båda av patientsäkerhetsskäl och för att minska risken för läckage – men om de inte styrs av ett etiskt förhållningssätt kan de riskera att låsa fast patienter i en avvikararidentitet, och därigenom motverka rehabiliteringen (Gourlay, Ricciardelli & Ridge 2005). Tendenserna till fastlåsnings förstärks av att LARO-patienter utgör en socialt ringaktad grupp – de är inte längre ”heroinister”, men är inte heller riktigt ”vanliga” (Murphy & Irwin 1992). Med behandlingen följer ett stigma som gör att patienter ofta försöker hemlighålla den för exempelvis arbetsgivare och bekanta (Murphy & Irwin 1992, Fraser & Valentine 2008, Lalander 2016). Många patienter umgås tidvis med tankar på att avsluta sin behandling och försöka klara sig utan medicin (Gold et al. 1988, Richert & Johnson 2015b), men det är få som lyckas utan att återfalla (Magura & Rosenblum 2001, Grönbladh 2004).

Att LARO är en speciell och krävande vårdform är tydligt även ur vårdpersonalens perspektiv. Personalen upplever ofta att de måste förhålla sig till motstridiga förväntningar. De ska arbeta utifrån ett strikt regelverk, kontrollera patienternas droganvändning och förebygga att läkemedlen kommer på avvägar; samtidigt ska de skapa och vidmakthålla ett gynnsamt behandlingsklimat och goda relationer till patienterna. De kontrollerande och stödjande rollerna är ofta svåra att förena (Lilly et al. 1999, Petersson 2013).

Vårdval LARO har lyfts fram som ett sätt att förbättra bemötandet och minska de disciplinerande inslagen inom de skånska LARO-verksamheterna (Koncernkontoret 2013). Genom vårdvalet får patienterna en möjlighet att ”rösta med fötterna”, det vill säga välja bort verksamheter som inte upplevs hålla måttet. Därigenom flyttas en del av makten från personalen till patienterna. Att stärka brukarinflytandet och öka patienternas egenmakt är ett av de viktigaste målen med vårdvalet – vi återkommer till det i nästa kapitel.

## **Utvecklingen av LARO i Sverige och Skåne**

LARO har en lång historia i Sverige, redan 1966 startades ett litet metadonprogram i Uppsala. Under 1970- och 1980-talen hamnade denna verksamhet i centrum för en långvarig och infekterad konflikt, präglad av vårdideologiska motsättningar mellan medicinska och socialpolitiska synsätt på narkotikamissbruk. 1983 klassade Socialstyrelsen metadonbehandling som en etablerad vårdform, baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Några år senare började behandlingen spridas till fler platser, som en följd av rädslan för HIV (Johnson 2003).

Metadonkonflikten ledde till att behandlingen under lång tid kom att kringgärdas av strikta regler och begränsningar för vilka som fick antas till den. Det krävdes ett långvarigt intravenöst heroinmissbruk och flera misslyckades försök i annan, drogfri vård. Under 1990-talet blev heroinet vanligare i Sverige, men metadonbehandling erbjöds endast på fyra orter (Lund, Malmö, Stockholm och Uppsala). Det dröjde ändå till början av 2000-talet, då

buprenorfin (Subutex) lanserades, innan LARO började bli en mer lättillgänglig vårdform i Sverige.

Socialstyrelsen utfärdar och uppdaterar löpande regler för hur den svenska sjukvården ska bedrivas. Syftet är att skapa förutsättningar för att bedriva en sjukvård som utgår från den bästa tillgängliga kunskapen. De regler som styrde metadonbehandlingen var dock länge påverkade av ett moral- och disciplineringsstänkande, fjärran från den vetenskapliga evidensen (Johnson 2013). Detta var inte unikt för Sverige – redan under 1970-talet utfärdade amerikanska myndigheter ovetenskapliga direktiv om dosbegränsningar och korttidsbehandling. Rosenbaum (1995) har karakteriserat detta som en ”demedikalisering” av vårdformen, och Stoller & Bigelow (1999) har beskrivit metadonbehandling som den mest genomreglerade behandlingsmetoden inom modern sjukvård.

Med de föreskrifter som trädde i kraft i januari 2005 (SOSFS 2004:8) påbörjade Socialstyrelsen en modernisering av reglerna för LARO, som sedan fortsatte i nya översyner 2010 (SOSFS 2009:27) och 2016 (HSLF-FS 2016:1). Föreskrifterna från 2005 innebar att vårdformen började spridas över hela landet, eftersom kravet på formellt tillstånd från Socialstyrelsen för att få starta LARO-verksamhet slopades. Sänkta intagningskrav, från fyra års dokumenterat intravenöst heroinmissbruk till två års dokumenterat opiatberoende, innebar att fler kunde erbjudas vård.

I 2010 års föreskrifter sänktes kraven ytterligare, från detta år räckte det med ett års dokumenterat opiatberoende. Samtidigt infördes dock en ny begränsning, den så kallade opiatregeln, som innebar att endast personer som var beroende av preparat från opiumvullmon – heroin, morfin eller opium – fick erbjudas LARO. Personer som var beroende av syntetiska opioider, som kemiskt är mycket lika opiaterna, utestängdes. Bakgrunden till denna regel är oklar och den kritiserades hårt av beroendeläkare, farmakologer och forskare (Johnson 2013).

I föreskrifterna från 2005 och 2010 (och dessförinnan i riktlinjer som de svenska metadonprogrammen gemensamt tog fram under 1990-talet) fanns en uteslutningsparagraf som innebar att patienter som hade upprepade återfall i narkotikamissbruk eller på andra sätt bröt mot programmets regler skulle skrivas ut från behandlingen (Johnson 2013). Utskrivna patienter fick en ”spärrtid” på sex månader (från 2010 tre månader) under vilken de inte hade rätt att söka ny LARO-behandling.<sup>2</sup> Dessa regler har fått mycket kritik. Huvudargumentet har varit att riskerna med att skriva ut patienterna nästan alltid är större än riskerna med att behålla dem i behandlingen.

Under 2010-talet har utvecklingen successivt gått i riktning mot *ökad symtomtolerans*, det vill säga att patienter som uppvisar olika typer av symtom på sina beroendeproblem – exempelvis alkoholmissbruk, intag av illegal eller otillåten narkotika, fusk med urinprover – inte längre får konsekvenser eller drabbas av ofrivilliga utskrivningar i den omfattning som skedde tidigare. Den ökade symtomtoleransen har också inneburit att personer med avancerat blandberoende släpps in i behandlingen i ökad utsträckning än vad som var fallet tidigare.<sup>3</sup>

Utvecklingen mot ökad symtomtolerans är inte dokumenterad i forskning, men är uppenbar för alla som har följt området. I de nu gällande föreskrifterna (HSLF-FS 2016:1), som trädde i kraft den 15 februari 2016, togs både utskrivningsparagrafen och regeln om spärrtid bort. I de

---

<sup>2</sup> I riktlinjerna från 1990-talet var spärrperioden ett år. I praktiken kunde en uteslutning (även under 2000-talet) resultera i flera års avstängning, eftersom uteslutna patienter ofta placerades sist i kön till behandlingen.

<sup>3</sup> Förekomsten av avancerat blandmissbruk/blandberoende var en kontraindikation i Socialstyrelsens föreskrifter fram till 2010.

nya föreskrifterna togs även opiatregeln bort, och betydelsen av O-et i LARO ändades från ”opiatberoende” till ”opioidberoende”.

Skåne var som redan nämnts tidigt ute med metadonbehandling. Lokala metadonprogram startades i Lund 1990 och Malmö 1992. En Helsingborgsfilial till programmet i Lund startades 2000 medan ett renodlat buprenorfinprogram startades i Lund 2004. Trots detta var möjligheten att få LARO länge starkt begränsad inom Region Skåne. I två kartläggningar av tillgängligheten som gjordes 2006 och 2009 konstaterades att köerna till LARO var mycket långa till de skånska programmen, väntetider på flera år inte var ovanligt (Sjölander & Johnson 2006, Sjölander & Johnson 2009). Vid denna tid började dock en rejäl utbyggnad av LARO inom regionen, ekonomiska resurser sköts till och nya LARO-program startades i Kristianstad (2009), Malmö (tre nya verksamheter 2009, 2010 och 2011) och Trelleborg (2009).

När Vårdval LARO infördes i april 2014 hade alltså tillgängligheten redan förbättrats rejält. Kötiderna varierade mellan programmen, men handlade om några veckor eller månader snarare än om år. De utvecklingar som nämndes ovan – den successivt ökande symtomtoleransen och möjligheten att inkludera nya grupper av opioidberoende patienter i LARO – är också viktiga att ta hänsyn till vid bedömningen av vårdvalets följd.

### **Samverkan mellan LARO och andra vårdgivare och myndigheter**

I Sverige är ansvaret för missbruks- och beroendevården delat mellan olika huvudmän, främst mellan kommuner och landsting/regioner. Landsting och regioner ansvarar för de medicinska insatserna, där LARO ingår. Exempel på andra medicinska insatser är abstinensbehandling (avgiftning), vård för psykiatrisk samsjuklighet och sprutbytesverksamhet. Kommunernas socialtjänst ansvarar för de vård- och behandlingsinsatser som inte är medicinska, och som kan ske i form av öppenvård, institutionsvård (behandlingshem) eller tvångsvård (utifrån LVM, lag om vård av missbrukare i vissa fall).

En del av de insatser som ingår i socialtjänstens ansvarsområde erbjuds ofta även inom den medicinska beroendevården. Stödsamtal och viss psykosocial behandling, exempelvis återfallsprevention, ingår normalt i LARO. För att LARO-patienter ska få tillgång till andra insatser krävs dock samverkan med socialtjänsten. Utöver vårdinsatser svarar socialtjänsten även för en rad andra insatser som ofta är aktuella för patienter i LARO, som försörjningsstöd, psykosociala stödinsatser, boendestöd och vissa sysselsättningsinsatser.

Målet med samverkan mellan sjukvård och socialtjänst är att koordinera insatserna så att de bättre kan uppfylla brukarnas behov. På missbruks- och beroendområdet har samverkan förekommit under lång tid, och i lagstiftningen (hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen) stadgas det att huvudmännen är skyldiga att samverka med varandra. Kraven på samverkan har ökat under 2000-talet, som en följd av den medicinska subspecialiseringen och utvecklingen mot en ”evidensbaserad praktik” inom socialtjänsten. Sedan 2010 finns krav på att myndigheterna gemensamt ska upprätta en samordnad individuell plan, en så kallad SIP, när deras insatser behöver samordnas. Detta ska ske tillsammans med brukaren.

Missbruksutredningen påpekade i sitt slutbetänkande (SOU 2011:35) att missbruks- och beroendeproblematik ofta är komplex och långvarig och därför ställer höga krav på samverkan. Samverkan gäller inte bara sjukvård och socialtjänst utan inbegriper också andra samhällsaktörer. När det gäller LARO sker samverkan även med andra myndigheter och vårdgivare som arbetar med samma målgrupp, exempelvis kriminalvården och frivården,

psykiatrin och infektionssjukvården (sprutbytesverksamheterna) samt Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

### **LARO i Sverige ur ett brukarperspektiv**

Missbruksutredningen tog i sitt slutbetänkande upp att personer med missbruk och beroende ofta har en svagare ställning än andra klient- och patientgrupper inom socialtjänsten och sjukvården. Utredningen föreslog att individens ställning skulle stärkas i flera avseenden, och pekade bland annat på behovet av ökad tillgänglighet till olika behandlingsinsatser ( däribland LARO), kortare väntetider och bättre samverkan och samordning av insatser. Utredningen lyfte också fram vikten av att förstärka brukarinflytandet, förbättra bemötandet och öka valfriheten för den enskilde (SOU 2011:35). På nationell nivå har få av dessa förslag genomförts.

När det gäller LARO har ett par vetenskapliga studier gjort av hur svenska LARO-patienter upplever sin behandling. I en intervjustudie med företrädare för Svenska Brukarförningens lokalföreningar framkom att intervjupersonerna ofta beskrev ambivalenta känslor inför behandlingen – de var tacksamma över att slippa de vedermödor som ett aktivt heroinmissbruk för med sig, men framförde samtidigt kritik mot vårdformens disciplinerande och bitvis repressiva praktiker. LARO beskrevs som genomsyrat av godtycke och moralism, och utrymmet för brukarinflytande sågs som mycket begränsat (Ekendahl & Karlsson 2015).

De organiserade brukarföreträdarnas bild kan kontrasteras med en större intervjustudie med drygt 400 patienter i fem städer i södra Sverige, genomförd 2012. Denna studie tydde på att de flesta patienterna var relativt nöjda med behandlingen, även om brister lyftes fram när det gällde faktorer som tillgänglighet, öppettider, rutiner och bemötande. Skillnaderna mellan de olika städerna och mottagningarna var stora – vissa mottagningar fick mycket goda betyg av patienterna, medan andra rönkte omfattande kritik, inte minst vad gällde bemötandet. De mottagningar som fick lägre betyg verkar generellt ha hårdare regler och kontroller än de mottagningar som fick högre betyg. Andra faktorer som påverkade patienternas upplevelser av vården var öppettiderna, personalens bemötande och kontinuiteten i vården (hög personalomsättning lyftes fram som ett problem på flera av de mindre populära mottagningarna). Studien tyder sammantaget på att det är fullt möjligt att organisera LARO-verksamheter som patienterna är nöjda med. Flera av de skånska programmen hörde till de som fick bäst omdömen (Richert & Johnson 2015b).

Även Svenska Brukarförningen (2012) har gjort en egen studie om brukarnas syn på LARO. I denna studie framkom att de flesta av dem som deltog i studien var nöjda över att de hade tillgång till LARO, men att många samtidigt uttryckte ett missnöje över sin behandlingssituation. Många av de intervjuade hade lågt förtroende för vården och upplevde maktlöshet och rädsla för att bli utskrivna eller drabbas av andra negativa konsekvenser i händelse av återfall. Många upplevde också brister när det gällde frågor om sekretess, tystnadsplikt och brukarrättigheter.

De studier som gjorts om brukarnas syn på LARO i Sverige ger en viktig bakgrund till vårdvalsreformens mål om ökad egenmakt och brukarinflytande inom de skånska LARO-verksamheterna. Att undersöka brukarnas syn på vårdvalsreformen och dess effekter blir, i ljuset av dessa studier, extra viktigt. Målen med reformen presenteras utförligt i det följande kapitlet.

### 3 Region Skånes fria vårdval för LARO

Region Skåne införde i april 2014 ett fritt vårdval enligt lagen om valfrihetssystem, LOV (SFS 2008:962) för personer som ansöker om läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende (LARO). I detta kapitel börjar vi med att översiktligt beskriva LOV-lagstiftningen, innan vi går in på målen med vårdval LARO. Därefter beskriver vi förutsättningarna för vårdvalet – ackrediteringsvillkoren, ersättningssystemet samt hur val och byte av LARO-mottagning går till.

#### **LOV (Lagen om valfrihetssystem) och LARO**

Möjligheten att i Sverige bedriva vård och omsorg i form av vårdval går tillbaka till 2009, då lagen om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft. LOV är ett för landsting och kommuner frivilligt alternativ till lagen om offentlig upphandling (LOU), med undantag för primärvården där det sedan 2010 är obligatoriskt med valfrihetssystem.

LOU grundas på att leverantörer lämnar in anbud på ett förfrågningsunderlag om att driva en specifik slags verksamhet utifrån ett förutbestämt uppdrag från upphandlande kommun eller landsting. Den leverantör som lämnar det mest fördelaktiga anbudet erhåller sedan uppdraget att bedriva verksamheten, och kontrakt skrivs för aktuell tidsperiod. Avtal och ersättningsnivå omförhandlas normalt inte under kontraktstiden.

I istället för att enligt LOU upphandla ett givet uppdrag till ett givet pris, så innebär LOV i korthet att förfrågningsunderlaget för uppdraget finns kontinuerligt tillgängligt och att det sluts avtal med alla leverantörer som uppfyller på förhand uppsatta krav och villkor gällande uppdraget (Konkurrensverket 2014). Inom ett LOV-system förekommer ingen priskonkurrens utan leverantörerna konkurrerar i teorin med kvalitet. Ersättningsformen kan variera något, men är alltid baserad på användarens/patientens beslut att välja den aktuella verksamheten som utförare. Anell (2013:17) beskriver skillnaden mellan LOU och LOV som att ”man brukar säga att upphandling enligt LOU skapar konkurrens om en marknad, medan kundval enligt LOV skapar konkurrens på en marknad”.

LOV används alltmer som driftsform för vård i Sverige, företrädesvis i kommuner och landsting där allianspartier styr. Ett motiv som anges för att bedriva verksamhet utifrån LOV är att medborgaren i större utsträckning ska kunna välja, och därför ska fler vårdval initieras och utvecklas. Ett av syftena med införandet av LOV var att lagen anses ge nya verktyg för kommuner och landsting för att flytta makt från myndigheter och tjänstemän till medborgare, som en följd av ökande generella krav på mer valmöjligheter och inflytande för befolkning och patienter (Askheim et al. 2007; Statskontoret 2012; Anell 2013; Kastberg 2014; Vamstad & Stenius 2015).

I Region Skåne finns idag (juni 2017) vårdval inom 13 vårdområden. Dessa vårdval bedrivs inom både primärvården och den specialiserade vården (där LARO ingår). Vårdval LARO är ett ”sorterat vårdval”, vilket innebär att vårdgivarens uppdrag består i att leverera en bestämd behandling eller åtgärd (Anell 2013), i det här fallet behandling enligt det åtagande som definieras i Socialstyrelsens föreskrifter för LARO (HSFL 2016:1). Personer som söker LARO i Skåne kan vända sig direkt till vårdgivaren för att påbörja utredning inför behandling.

Målgruppen för LARO är begränsad i förhållande till andra områden där vårdval införts. I rapporten "Utredning om vårdval" från 2013, det huvudsakliga underlag som Region Skåne baserat beslutet att införa vårdval LARO på, konstateras att det är svårt att antalsmässigt uppskatta målgruppen för LARO i Skåne (Koncernkontoret 2013). En uppskattning från forskare var att det 2013 fanns mellan 3 000 och 4 000 personer med opiatberoende i Skåne, inklusive ca 1 000 personer i LARO (Koncernkontoret 2013). Osäkerheten gällande målgruppens storlek medför att behovet av LARO var (och är) svårt att uppskatta. En fördel som poängteras med en driftsform som LOV, jämfört med LOU, är att utbudet av vårdgivare snabbt kan anpassas till växande och växlande efterfrågan från vårdsökande/patienter (Koncernkontoret 2013; KEFU Skåne 2015; Anell 2013).

### Målen med vårdval LARO

För att få en bild av bakgrunden till och målen med vårdval LARO har vi i inledningen av utvärderingsprocessen gått igenom politiska utredningar och dokument som föregått beslutet (Koncernkontoret 2013; Närsjukvårdsberedningen 2013; Hälso- och sjukvårdsnämnden 2013). Vi har också intervjuat tre regionpolitiker från allianspartierna och Miljöpartiet som var drivande bakom beslutet att införa vårdval LARO samt talat med en regionpolitiker och en tidigare politisk tjänsteman från Socialdemokraterna, som från början var motståndare till vårdvalet.

Utifrån dokument och intervjuer kan målen med införandet av vårdval LARO summeras i tre huvudområden:

- Förbättra *tillgängligheten* till LARO, såväl avseende antal vårdplatser, geografisk närhet som mottagningarnas öppettider. Vid tidpunkten för utredningen om införande av vårdval stod ca 150 personer i kö till att utredas för eller påbörja LARO i Skåne. Vissa av de befintliga LARO-mottagningarna hade dock ingen kö, vilket gjorde att patienter kunde få resa långa sträckor för att få tillgång till behandling på en annan ort än där de var bosatta. Genom att skapa möjlighet för nya aktörer var förhoppningen att antalet platser i LARO skulle öka. Konkurrens om patienterna antogs kunna leda till mer generösa öppettider vid mottagningarna samt att nya LARO-mottagningar skulle startas på orter där det fanns många patienter som pendlade till andra orter (Koncernkontoret 2013; KEFU Skåne 2015; Närsjukvårdsberedningen 2013).
- Ökad *egenmakt eller patientinflytande* över den egna behandlingssituationen. Den här målsättningen går tillbaka till ett av de grundläggande syftena med LOV, att förskjuta makt från vårdgivare och tjänstemän till patienter (Statskontoret 2012; Kastberg 2014). Både i politiska dokument och vid intervjuer med politiker framhölls att målgruppen för LARO varit särskilt eftersatt när det gäller inflytande över den egna situationen inom vården. Det ansågs därför principiellt viktigt med en uttalad målsättning om ökat patientinflytande och förbättrat bemötande från personalen (Koncernkontoret 2013).
- *Differentiering* eller specialisering av LARO-mottagningarna med avseende på behandlingsinnehållet. Även när det gällde den här målsättningen ansågs konkurrens kunna leda till ökad specialisering i form av nischade LARO-mottagningar för patienter som efterfrågar en viss behandlingsinriktning. Vilka slags inriktningar som skulle vara möjliga eller önskvärda framgick inte tydligt i dokument eller vid intervjuer. Flera politiker tog dock upp att de gärna skulle se en differentiering avseende trösklar och krav i behandlingen. "Jag skulle egentligen vilja se att vi hade en mottagning där man hade högre krav för unga och lägre krav för de som är äldre"

(*Regionpolitiker, L*). Samtidigt uttryckte de intervjuade politikerna att det kunde vara svårt att uppnå en sådan differentiering utifrån de föreskrifter från Socialstyrelsen som då gällde.

Under utredningsarbetet inför vårdval LARO, och i inledningen av reformen, uppmärksammades några farhågor avseende vad ett införande av vårdvalet skulle kunna föra med sig. En farhåga var att ökad tillgänglighet och konkurrens om patienterna skulle kunna leda till ökat *läckage* och illegal användning av preparaten, vilket i sin tur skulle kunna bidra till en ökning av antalet *opioidrelaterade dödsfall* (Närsjukvårdsberedningen 2014; Koncernkontoret 2013).

Även farhågor gällande effekter av LOV som driftsform för specialiserad beroendevård som LARO har rests, både i utredningar inför reformen och vid intervjuer med politiker och enhetschefer i inledningen av vårdval LARO. Ett vårdval för LARO ansågs ställa stora krav på kontroll av sökande vårdgivare, samarbete med Socialstyrelsen och apotek samt utformande av en ersättningsmodell med hänsyn tagen till regelverk och syften om tillgänglighet, samverkan och egenmakt (Närsjukvårdsberedningen 2013). Farhågor kopplade till LOV som driftsform har även berört *ersättningssystemets* eventuella negativa inverkan på konkurrensen och risken att LARO-mottagningar skulle använda sig av "tveksamma" metoder för att locka patienter. Den sistnämnda farhågan handlade framför allt om synen på förskrivning av *bensodiazepiner* vid LARO samt, i viss mån, risken för olika bedömning av när en person uppfyller *inkluderingskriterierna* för LARO (Koncernkontoret 2013).

I utredningsunderlaget nämns även andra tänkbara följder av vårdvalet. Minskad dödlighet och sjuklighet bland personer med opioidberoende och utvecklad samverkan med samverkansparter som socialtjänst, kriminalvård och annan sjukvård togs upp, men detta beskrevs inte som uttryckliga målsättningar, utan mer som sekundära effekter av en ökad tillgänglighet och ett bättre fungerande LARO-system (Koncernkontoret 2013).

### **Ackrediteringsvillkoren**

LOV ger landsting och kommuner möjlighet att reglera förutsättningarna i ett valfrihetssystem genom att teckna avtal mellan olika vårdgivare. Som vi nämnde ovan är en utgångspunkt i LOV att priskonkurrens inte förekommer mellan leverantörerna. Medborgaren ges istället möjlighet att välja den leverantör som hen tycker bäst motsvarar personliga önskemål, behov eller krav. Region Skåne har utarbetat dokumentet "Förutsättning och avtal för LARO-mottagningar i vårdval Skåne" som reglerar villkor, uppdrag, ersättningssystem samt bemannings- och kompetenskrav för de vårdgivare som bedriver LARO-verksamhet (Region Skåne 2016). Detta dokument benämns fortsättningsvis ackrediteringsvillkoren. Ackrediteringsvillkoren har reviderats årligen, framför allt med avseende på ersättningssystemets utformning.

Region Skåne har löpande tecknat uppdragsavtal med de vårdgivare som uppfyllt ackrediteringsvillkoren. Uppdraget som ackrediterad LARO-mottagning är att bedriva LARO-verksamhet i enlighet med Socialstyrelsens aktuella föreskrifter och allmänna råd om LARO (HSLF-FS 2016:1). Det handlar om ett "medicinskt helhetåtagande för patienter i LARO som innefattar psykologisk- och farmakologisk behandling, koordinering och planering av vård och behandling, psykosociala stödinsatser, psykologisk testning samt enklare somatiskt omhändertagande relaterat till missbruksproblematik" (Region Skåne 2016). LARO-mottagningarnas åtaganden för patienterna är alltså omfattande. En gränsdragningsproblematik kan tänkas uppstå gentemot främst primärvård, allmänpsykiatri och kommunernas socialtjänst.



I ackrediteringsvillkoren betonas även vikten av samverkan inom LARO. Samverkan med socialtjänst, annan hälso- och sjukvård, kriminalvård och myndigheter som Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan är centralt. Samverkansavtal ska tecknas med berörda kommuner och skriftliga gemensamma rutiner kring samarbete ska tas fram med avgiftning i slutenvård, vårdcentraler och somatisk hälso- och sjukvård. LARO-mottagningarna ska även samverka med aktuella brukar- och anhörigföreningar. (Region Skåne 2016).

### Val och byte av LARO-mottagning

I ackrediteringsvillkoren framgår att en LARO-mottagning inte får neka en patient som uppfyller inkluderingskriterierna i Socialstyrelsens föreskrifter rätten att välja den mottagningen. Som nämnts ovan garanteras vårdgivarna inte några patienter vid LOV, utan patienterna väljer den vårdgivare som de själva finner lämpligast och bäst. Detta ställer stora krav på flexibilitet för LARO-mottagningarna, då det finns en inbyggd osäkerhet i att beräkna utfallet i patientunderlaget. Det har förekommit att LARO-mottagningar i perioder har haft svårt att ta in alla patienter som sökt till den aktuella mottagningen, vilket vi återkommer till i kapitel 7.

Patienter inom vårdval LARO kan byta mottagning högst var sjätte månad. Bakgrunden till denna reglering, som kan ses som en inskränkning i valfriheten, är att det ansågs angeläget att ge en reell möjlighet till behandlingsallians med patienten och förhindra att patienter genomför byten ogenomtänkt i tillstånd av affekt. När en patient byter mottagning ska detta föregås av samplanering mellan överlämnande och mottagande LARO-mottagning, där den senare ansvarar för att initiera kontakt och inhämta journaluppgifter från den förra (Region Skåne 2016).

### Ersättningssystemet

Ersättningssystemet inom vårdval LARO är besöks- och prestationsbaserat, där olika former av besöksregistreringar genererar en viss summa i ersättning. Ersättningssystemet har justerats något sedan vårdvalet infördes 2014. Några ersättningsgrundande registreringsformer har tillkommit, och summan för några befintliga besöksstyper har reviderats. Ersättningen var enligt de senaste ackrediteringsvillkoren utfärdade 2016 utformad enligt följande:

Tabell 3.1 Ersättningsgrundande registreringsformer i vårdval LARO

Besök medicinhämtning (medicinadministrering/inställning)	300 kr
Teambesök med läkare	2600 kr
Teambesök annan vårdpersonal utan läkare	1300 kr
Besök läkare	1700 kr
Besök annan vårdpersonal	700 kr
SIP (Samordnad individuell plan), extra ersättning	2000 kr
Komplett neuropsykiatrisk utredning	5000 kr
Kvalificerad telefonkontakt	150 kr
Gruppbehandling	50 procent av ersättningen för Individuell behandling/patient

Ett par av ersättningsgrunderna kan betecknas som målrelaterade snarare än besöksrelaterade, såsom komplett neuropsykiatrisk utredning och genomförd samordnad individuell plan (SIP). LARO-mottagningarna ansvarar för samtliga LARO-relaterade kostnader, förutom kostnader för LARO-läkemedel, smittskyddsprover samt eventuella tolkkostnader (Region Skåne 2016).

### **Utvecklingen av vårdval LARO i Skåne 2014–2017**

Sedan vårdvalet infördes 1 april 2014 har Region Skåne bytt politiskt styre, från en koalition mellan allianspartierna och Miljöpartiet till en koalition mellan Socialdemokraterna och Miljöpartiet. Det nya styret valde vid tillträdet 2015 att behålla vårdval LARO.

För patienter och LARO-mottagningar har den största förändringen sedan vårdvalet infördes varit att det startats flera nya privata verksamheter och att det i dagsläget går snabbare än tidigare från ansökan om behandling till att denna kan inledas. Längre tillbaka i tiden var det ofta kö för att få komma in i LARO, med följderna att en del människor dog medan de väntade på att få en plats, medan andra fortsatte sitt missbruk med de risker det innebar.

Vid tidpunkten för vårdvalets införande fanns det åtta LARO-mottagningar i Skåne, varav sju bedrevs i Region Skånes egen regi och en privat mottagning var upphandlad enligt LOU.<sup>4</sup> Våren 2017 fanns det 18 LARO-mottagningar, fortfarande samma sju offentliga mottagningar bedrivna av Psykiatri Skåne och den privata mottagning som tidigare bedrevs enligt LOU, men även tio privata mottagningar som startats sedan april 2014. Tabellen på nästa sida ger en beskrivning av befintliga LARO-mottagningar i Skåne juni 2017 utifrån startår, ort och om mottagningen är offentligt eller privat driven.

I skrivande stund har LARO i Skåne drivits i form av vårdval under drygt tre års tid. Ackrediteringsvillkoren fastslår att uppdragsgivaren Region Skåne när som helst kan säga upp avtalet om uppdrag att bedriva LARO, efter politiskt beslut om tillbakadragande av vårdvalet. Uppsägningstiden är 12 månader (Region Skåne 2016).

Vårdval som driftsform ger ingen möjlighet att begränsa den kostnadsutveckling som kan ske till följd av ökad produktion. Region Skåne har ett ekonomiskt ansträngt läge och Hälso- och sjukvårdsnämnden anser att åtgärder behöver vidtas för att begränsa kostnadsökningstakten och få kontroll över utgifter inför ingången av 2018 (Koncernkontoret 2017). Mot den här bakgrunden gjordes under våren 2017 en utredning av möjligheterna att uppnå en högre grad av kostnadskontroll för vårdvalen inom sju vårdområden, däribland LARO. Konsekvensanalyser gjordes utifrån möjliga förändringar i driftsform. Utredningen kom fram till att en förändring av driftsformen till LOU-upphandling eller produktion i egen regi skulle vara alltför omfattande i nuläget. Istället föreslogs att en takkonstruktion infördes i ackrediteringsvillkoren, motsvarande den prognostiserade utfallsnivån för 2017. I utredningen framhölls också att beslut om förändring av driftsform bör avvakta tills utvärderingen av vårdval LARO slutförts (Koncernkontoret 2017).

---

<sup>4</sup> Ett mindre antal patienter erhöll behandling med metadon eller buprenorfin via Capios upphandlade psykiatriska öppenvård i Simrishamn och Ystad. Dessa mottagningar bedrev ingen reguljär LARO-verksamhet och ingår inte i vår redovisning.

Tabell 3.2 LARO-mottagningar i Skåne juni 2017

Mottagningens namn	Ort	Startår	Offentlig/privat
Vuxenpsykiatri LARO Lund	Lund	1990	Offentlig
Vuxenpsykiatri LARO Bokgatan Malmö	Malmö	1992	Offentlig
Vuxenpsykiatri LARO Helsingborg	Helsingborg	2000	Offentlig
Vuxenpsykiatri LARO Kristianstad	Kristianstad	2008	Offentlig
Vuxenpsykiatri LARO Hasselgatan Malmö	Malmö	2009	Offentlig
Vuxenpsykiatri LARO Trelleborg	Trelleborg	2009	Offentlig
INM LARO	Malmö	2010	Privat
Vuxenpsykiatri LARO Matris Malmö	Malmö	2011	Offentlig
LARO Ramlösa Social Utveckling (RSU)	Helsingborg	2014 (2002 <sup>5</sup> )	Privat
CAPIO Maria Helsingborg	Helsingborg	2014	Privat
CAPIO Maria Landskrona	Landskrona	2014	Privat
LARO BeFeM	Malmö	2014 (2008 <sup>6</sup> )	Privat
Solstenen Lund	Lund	2014	Privat
Solstenen Helsingborg	Helsingborg	2014	Privat
LARO Öresund	Helsingborg	2014	Privat
LARO Psykiatri Ystad	Ystad	2015	Privat
LARO Psykiatri Kristianstad	Kristianstad	2016	Privat
Solstenen Ängelholm	Ängelholm	2016	Privat

<sup>5</sup> Den privata mottagningen Ramlösa Social Utveckling (RSU) i Helsingborg bedrev också LARO-verksamhet före vårdvalet, men var inte finansierad av Region Skåne utan tog endast emot placeringar via socialtjänsten i form av familjehemsplaceringar. Årtalet inom parantes avser när den verksamheten startades.

<sup>6</sup> Även BeFeM i Malmö bedrev LARO-verksamhet före vårdvalets införande, i form av öppenvårdsbehandling efter bistånd från socialtjänsten. Årtalet inom parantes avser när den verksamheten startades.

## 4 Utvärderingsuppdraget

### Varför utvärdera?

Utvärdering av projekt och reformer sker i stor omfattning inom den offentliga sektorn. Till viss del utvärderas även insatser. Syftet med att utvärdera är helt enkelt att kunna säga något om värdet eller resultatet av en viss intervention, att kunna bedöma vilken inverkan den haft på målgruppen, allmänheten eller samhället i stort. Enligt utvärderingsforskaren Evert Vedung innebär utvärdering en noggrann efterhandsbedömning som måste ske enligt regler som garanterar kvalitet. Vedung menar att ”utvärdering tittar bakåt för att ge vägledning framåt” (2009:33), och därmed kan ge vägledande kunskapsunderlag inför beslutssituationer.

Vedung framhåller att utvärdering förutsätter värdering, och att detta kräver minst ett värdekriterium. Utvärderingar kan delas in i olika modeller utifrån vilket värdekriterium de utgår från, Vedung (2009) beskriver modeller som grundas på värdekriterierna mål, relevans, aktörer och ekonomi. Inom vissa modeller finns sedan fler olika subkategorier.<sup>7</sup> Utvecklingen av utvärderingsområdet har gått mot att bli mer pluralistiskt, såväl avseende värdekriterier som metoder för genomförande, och det kan vara svårt att tydligt avgränsa modeller. Vi beskriver här kortfattat de två utvärderingsmodeller som är aktuella för utvärderingen av vårdval LARO. Gemensamt för dessa modeller är att de inte tar hänsyn till ekonomiska aspekter av den utvärderade interventionen.

*Måluppfyllelsemodellen* inriktas på om resultaten motsvarar de uppsatta målen för interventionen. Modellen är på så sätt begriplig och enkel. Utmaningen ligger i att operationalisera målen så att de blir mätbara. Måluppfyllelsens styrkor ligger i att den är smidig, då värdekriteriet är uttalat på förhand, och att den är objektiv avseende framtagandet av värdekriterium. Vedung (2009) menar också att måluppfyllelsemodellen (inom offentlig sektor) är demokratisk, då den utgår från målsättningar som ofta beslutats i demokratisk ordning valda församlingar. Nackdelar med måluppfyllelsemodellen är bland annat att de målen utgår från kan vara oklara och abstrakta, och att den i strikt utförande riskerar att missa viktiga bieffekter av den studerade interventionen. Den sistnämnda invändningen kan undvikas genom att ha en öppning för att komplettera med alternativa värdekriterier efter hand som utvärderingsprocessen pågår.

*Intressentutvärdering* är en form av aktörsmodell för utvärdering. Värdekriterierna utgår i denna modell från förhoppningar, förväntningar och farhågor från (ett urval av) dem som berörs av den intervention som utvärderas. Styrkorna med intressentmodellen är att den är demokratisk till sitt upplägg, då de som påverkas av interventionen står i fokus, och att den kan fungera väl i de fall när målen med interventionen är diffusa eller motsägelsefulla. Resultat av intressentutvärderingar kommer också ofta till användning efter att de slutförts, eftersom de fokuserar på frågor som berörda grupper finner intressanta. Invändningar mot den här modellen är att den är kostsam och tidskrävande och att det finns en risk att inflytelserika och engagerade intressenter dominerar i processen. Här framhåller Vedung också risken för ”en pragmatisk uppfattning om sanning” (2009:133), i den meningen att olika intressenter kan ha olika tolkningar av och acceptans för interventionseffekter. En grupp intressenter kan hänföra alla upplevda positiva effekter till interventionen, medan en annan grupp menar att

---

<sup>7</sup> För detaljerad information om Vedungs indelning i utvärderingsmodeller, se Vedung (2009: 69 ff).

utfallet beror på andra saker än det som varit i fokus för utvärderingen (Karlsson 1999; Vedung 2009; Lindgren 2012).

### **Att mäta effekter**

Det är en svår uppgift att mäta effekter av en viss insats eller ett visst projekt. Vad det är som lett till ett uppmätt resultat är ofta svårt att veta. Det finns olika strategier och metoder för att försöka mäta effekter. Vilken eller vilka metoder som ska användas vid en specifik undersökning eller utvärdering avgörs främst av studieobjektet och frågeställningen, eller värdekriteriet vid en utvärdering. Flera olika metoder kan med fördel användas i samma utvärdering. Nedan redogörs för några vanligt förekommande strategier och metoder för att mäta effekter.

Inom naturvetenskapliga studier är det vanligt med *jämförande experimentell kontroll* med randomiserat utvalda kontrollgrupper och experimentgrupper i mer eller mindre slutna system. Vid sådan experimentell kontroll antar utvärderaren att det finns ett direkt orsakssamband mellan införandet av den studerade interventionen och det uppmätta resultatet. Inom samhällsvetenskapen är den här typen av kontroll ovanlig, på grund av svårigheten att åstadkomma två slumpmässigt utvalda och konstanta grupper och frånvaron av ett slutet system (Vedung 2009; Lindgren 2012).

Vid *reflexiv kontroll* är undersökningsgruppen sin egen kontrollgrupp. Effekten mäts utifrån förändringar som skett i gruppen efter interventionen jämfört med före införandet. Den kontroll som utvärderaren efterfrågar utgörs av före-data och efter-data från samma undersökningsgrupp. Reflexiv kontroll används bland annat då en viss intervention blir införd för hela den grupp man avser att undersöka och det därför är svårt att hitta en kontrollgrupp. Reflexiv kontroll kan utformas som en före- och eftermätning som sker vid två tillfällen, eller i form av en serie mätningsslag under en tidsperiod. Reflexiv kontroll kan aldrig ge säkra besked om orsakssamband, endast indikationer. Externa faktorer kan påverka, och undersökningsgruppens sammansättning kan förändras under processens gång (Vedung 2009).

En annan strategi som kan vara användbar är det Vedung (1998; 2009) benämner *förklarande processutvärdering* eller processpåring. Här tittar utvärderaren tillbaka för att förstå hur de händelser som skett under utvärderingsprocessens gång kan ha påverkat utfallet av interventionen. Då själva genomförandeprocessen studeras kan eventuella effekter av implementeringen av interventionen förstås och sättas i sammanhang. Förklarande processutvärdering kräver stor kunskap om det område som ska utvärderas och bör genomföras i nära samarbete med uppdragsgivare och intressenter.

Något som kan vara användbart vid planering, genomförande och sammanställning av en utvärdering är *programteori*. Med programteori menas att utvärderaren skapar sig en teori för logiken kring det program eller den intervention som ska utvärderas. En programteori kan vara mycket enkelt formulerad eller mycket komplicerad. Enkelt beskrivet är en programteori uppbyggd kring komponenterna inflöde, aktiviteter, prestationer och utfall. Programteori är ingen självständig metod för att mäta effekter, men kan kombineras med andra metoder och kan vara till hjälp för utvärderaren i form av tankeredskap i att skapa förståelse för hur olika intressenter tänker kring objektet som ska utvärderas (Lindgren 2012; Vedung 2009; Lindgren 2014).

I den här utvärderingen har vi i vissa avseenden använt oss av en form av reflexiv kontroll, även om utvärderingens huvudfokus inte varit effektmätning.

## Utvärderingsuppdraget avseende vårdval LARO

Syftet med utvärderingen var att undersöka hur införandet av ett vårdvalssystem för LARO i Skåne påverkat intressenterna för reformen, med särskilt fokus på patienterna.

Frågeställningar har handlar om (1) hur intressenter ser på vårdvalsreformen utifrån dess huvudsakliga mål, som vi redogjort för i det föregående kapitlet. Vidare syftade utvärderingen till att undersöka (2) patienternas motiv för att göra ett aktivt val/byte av mottagning, samt (3) om mönster i patientflöden mellan mottagningar blivit tydliga och hur de i så fall gestaltat sig. Ytterligare ett syfte med utvärderingen har varit att (4) belysa vårdvalets eventuella konsekvenser när det gäller opioidrelaterade dödsfall i regionen, både relaterat till heroinanvändning och till läckage och illegalt bruk av metadon och buprenorfin (Närsjukvårdsberedningen 2014).

I uppdraget att utvärdera vårdval LARO framgick att det skulle ske i form av en intressentutvärdering kopplat till målen med vårdvalet, det vill säga med inriktning mot måluppfyllelsemodellen (Närsjukvårdsberedningen 2014). Vi har inte sett detta som motsägelsefullt eller problematiskt, då två av de övergripande målen med vårdval LARO handlat om aspekter där det länge varit angeläget med utveckling och där problem påtalats av brukare vid tidigare undersökningar. Här avses målet om ökad tillgänglighet till behandling och målet om stärkt egenmakt eller patientinflytande (Koncernkontoret 2013; Richert & Johnson 2014; Ekendahl & Karlsson 2015). Det tredje övergripande målet med vårdval LARO var ökad differentiering av behandlingen. I utvärderingsuppdraget framgick också att utvärderingen skulle göras med processinslag, vilket handlar om att vi som utvärderare har följt reformens utveckling och implementering under en längre tid. Vi har försökt att löpande värdera den process som införandet och utvecklingen av vårdval LARO utgjort från våren 2014 till sommaren 2017.

De primära intressenterna i utvärderingen är patienter i LARO, företrädare för LARO-mottagningar samt företrädare för olika samverkanspartner. Samverkanspartner avgränsades till att omfatta socialtjänst och frivård, som är viktiga samarbetskontakter vid pågående LARO, samt sprutbytesverksamhet, som kan bidra med synpunkter på vårdvalets inverkan för personer med opioidberoende som inte är i LARO. Socialtjänsten är den samverkanspartner med vilken samverkan oftast sker.

För att få vetskap om målen med reformen uppnåtts har måluppfyllelse till största delen undersökts med hjälp av kvalitativa intervjuer med intressenter. Vid intervjuerna har intressenterna tillfrågats om sin syn på de områden som utgjort målen för reformen. Vid intervjuerna har även intressenternas farhågor och förväntningar gällande vårdval LARO tagits upp. Utifrån intervjuerna samt deltagande vid nätverksmöten (mer om det senare) har några områden där farhågor rests kring vårdvalet blivit tydliga. Farhågorna har främst handlat om att vårdgivare skulle försöka ”locka” patienter med bensodiazepiner eller alltför generösa tolkningar av regelverket (främst avseende inkluderingskriterier), att LARO-mottagningar skulle tolka och registrera ersättningsgrundande besök på olika sätt, samt att oseriösa eller giriga aktörer skulle etablera sig inom området. De farhågor som togs upp stämmer väl överens med de områden där farhågor påtalades vid utredningsarbetet inför reformen, som vi nämnde i kapitel 3.

Som vi nämnde ovan tar varken måluppfyllelse- eller intressentmodellen specifik hänsyn till ekonomiska aspekter av den intervention som är i fokus för utvärderingen. Vi belyser således inte vårdval LARO ur perspektiv som berör samhällsekonomisk nytta eller kostnadseffektivitet i den här rapporten.

I den utvärdering som gjordes av KEFU (2015) konstaterades att den totala kostnaden för LARO i Skåne har ökat sedan vårdvalet infördes. Sett till kostnad per patient hade kostnaderna dock minskat, varför ökningen kunde härledas till det ökade antalet patienter. KEFU:s undersökning baserades på kortsiktiga effekter till och med augusti 2015. Den kostnadsmässiga utvecklingen därefter är inte utvärderad.

LOV som styrmetod för vårdgivande har i Riksrevisionens granskning av nationellt införande av vårdval inom primärvården inte visat på någon minskning av vårdkostnaderna, dessa tycks snarare ha ökat sedan den reformen infördes (RiR 2014:22). Den ekonomiska aspekten har alltså inte varit avgörande inför beslut om vårdval LARO. Kostnaden per patient kan antas ha ökat sedan KEFU:s rapport 2015, med tanke på att LARO-mottagningarna verkar ha förändrat sitt sätt att registrera kostnadsgrundande besöksformer.

I sammanhanget bör dock betonas att LARO i ett flertal studier har påvisats vara en samhällsekonomiskt god investering, med tanke på de samhällskostnader som en obehandlad person med heroinberoende för med sig. I en svensk samhällsekonomisk studie som gjordes av nationalekonomerna Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog beskrevs LARO som ”en verksamhet som är extremt lönsam i stort sett oavsett ur vilket perspektiv man än granskar den” (Nilsson & Wadeskog 2008:7). Satsningar på LARO beräknades i denna och en efterföljande studie ge en avkastning på 18 till 20 kr per satsat krona (Nilsson & Wadeskog 2008, Nilsson Lundmark & Nilsson 2008). Varje person som gick från illegalt heroinmissbruk till LARO medförde en genomsnittlig samhällsbesparing på 1,8 miljoner kronor. Även om de största besparingarna låg på andra samhällssektorer minskade även sjukvårdshuvudmännens kostnader, eftersom personer i LARO konsumerade mindre annan sjukvård än aktiva heroinanvändare.

## **Empiri och metod**

I den här utvärderingen har intressenternas uppfattning varit i fokus, och den primära empirin består av kvalitativa intervjuer. Totalt 33 patienter vid sex olika LARO-mottagningar i två städer har intervjuats under 2015 och 2016, om sin syn på och sina erfarenheter av vårdval LARO. Enhetscheferna för LARO-mottagningarna i Skåne har intervjuats vid två tillfällen, hösten 2014/vintern 2015 och hösten 2016/vintern 2017. Intervjuer med representanter för samverkanspartner i form av socialtjänst, frivård och sprutbytesverksamhet har också genomförts hösten/vintern 2016. Intervjuer har även skett med fyra regionpolitiker och en tidigare tjänsteman inom Region Skåne vid inledningen av vårdvalsreformen.<sup>8</sup> Kompletterande empiriskt material består av anteckningar från deltagande vid nätverksmöten, enkäter till LARO-mottagningar samt statistiskt underlag avseende utvecklingen av opioidrelaterade dödsfall i Skåne. Vi beskriver materialet mer utförligt nedan.

## **Intervjuer med intressenter**

### ***Urval och representativitet***

Hösten 2015 och våren 2016 tillbringade Lisa Andersson ungefär sju veckor på sex olika LARO-mottagningar för att rekrytera intervjupersoner bland patienterna. Bland de 17 mottagningar som fanns då valde vi tre mottagningar vardera i Malmö och Helsingborg, där

---

<sup>8</sup> Intervjuer genomfördes med tre företrädare från de partier (M, L och Mp) som varit framträdande i att ta fram förslaget till och besluta om införande av vårdval LARO, samt med två företrädare från det största oppositionspartiet (S). Dessa intervjuer har inte ingått i den vidare analysen i utvärderingen utan har genomförts i syfte att få en utförlig bakgrund till införandet av reformen.

det fanns fem mottagningar i respektive stad. Anledningen till detta urval var att det i de två städerna fanns god möjlighet för patienterna att byta LARO-mottagning med bibehållen geografisk närhet. Vidare var syftet att från samma stad kunna få representation av mottagningar i både offentlig och privat regi, av nyetablerade och ”gamla” mottagningar samt av mottagningar som representerade en strikt respektive mindre strikt hållning gentemot förskrivning av bensodiazepiner inom ramen för LARO.

Information till patienterna om studien sattes upp på mottagningarna. Av denna framgick att Lisa Andersson skulle befinna sig på mottagningen en viss period för att intervjua patienter. Vi strävade efter att intervjua både personer som hade bytt LARO-mottagning efter vårdvalets införande, personer som hade valt att stanna kvar på den mottagning de gått på innan vårdvalet och personer som påbörjat behandling efter vårdvalets införande och då valt mottagning. Vi eftersträvade att ungefär en fjärdedel av intervjuerna skulle vara med kvinnor, då det ungefär motsvarar den vanliga uppgivna andelen kvinnor i LARO och i aktivt missbruk (Olsson et al. 2001; Socialstyrelsen 2015b). Vidare försökte vi få en spridning i ålder på intervjupersonerna. Totalt genomfördes 31 intervjuer med 33 personer. Två av intervjuerna skedde med par. De intervjuade patienterna var mellan 27 och 59 år, medelåldern var 41 år. Andelen kvinnor bland de intervjuade patienterna var 33 procent (11 av 33 personer).<sup>9</sup>

Urvalet av patienter baserades ytterst på personernas villighet att delta i undersökningen (bekvämlighetsurval). Repstad och Nilsson (2007) framhåller att det är studiens frågeställningar eller problemformulering som avgör urvalskriterierna och därmed vem som kan bli aktuell för intervju. Inom den ram som uppfylla urvalskriterier utgör bör man sedan sträva efter att nå intervjupersoner som är så olika som möjligt för att få en bred och generell bild av målgruppens uppfattningar och upplevelser.

Ett generellt problem med kvalitativa metoder är att det är lättast att få information från de personer i målgruppen som är samarbetsvilliga och har lätt för att uttrycka sig (Repstad & Nilsson 2007). Detta medför en risk för skevhet, och det är möjligt att det finns en sådan skevhet i intervjumaterialet med patienter utifrån att grunden för deltagande i studien var ett intresse och en vilja att delta. Det kan tänkas ha medfört en underrepresentation av patienter som (för tillfället) var negativt inställda till mottagningen eller behandlingen, patienter som mådde dåligt under perioden då intervjuerna genomfördes samt patienter som inte ville bli uppmärksammade eller ”synas” på mottagningen. Omvänt har sannolikt urvalsförfarandet lett till överrepresentation av patienter som kom dagligen eller flera gånger i veckan till mottagningen, patienter som ville prata om situationen på den mottagning de bytt från samt patienter som hämtade sin medicin på mottagningen och inte hade recept för hämtning på apotek. Delvis har vi parerat de här skevhetsproblemen genom de mer informella samtal och anteckningar som förts, utöver de mer formella intervjusituationerna (vi återkommer till detta nedan).

För att ytterligare stärka brukarperspektivet intervjuades Mikael Johansson, ordförande i Skånes Brukarförening, som representant för en samlad brukarorganisations inställning till vårdvalet.

När det gäller enhetscheferna var utgångspunkten att intervjua alla enhetschefer vid två tillfällen, en gång när reformen var relativt ny och en gång i slutet av utvärderingsperioden då reformen hunnit ”sätta sig” lite mer. Den första intervjuomgången skedde hösten 2014–

---

<sup>9</sup> Andelen kvinnor i LARO-behandling i Skåne var 29 procent 1 november 2015 och 28 procent 1 november 2016.



vintern 2015 då alla enhetschefer intervjuades.<sup>10</sup> Vid den tidpunkten fanns det 15 LARO-mottagningar i Skåne. Vid det andra intervjutillfället, som skedde vintern 2016–2017, hade antalet mottagningar ökat till 18 stycken. Alla enhetschefer<sup>11</sup> intervjuades, fränsett en enhetschef för en nyöppnad privat LARO-mottagning inom samma företag som två andra mottagningar. Intervjuerna med enhetscheferna är alltså i praktiken en totalundersökning.

Samverkan med andra berörda verksamheter är angeläget vid LARO, som vi tog upp i kapitel 2. För att få en bild av samverkanspartners uppfattningar om vårdvalet har intervjuer gjorts med yrkesverksamma inom socialtjänst, frivård och sprutbytesprogram. Intervjuer och analys genomfördes i de här fallen med hjälp av studenter vid socionomprogrammet vid Malmö högskola och masterprogrammet i socialt arbete vid Lunds universitet. Socialsekreterare och enhetschefer vid socialtjänstens vuxenenheter i Malmö, Helsingborg och Lund har intervjuats. Totalt rörde det sig om åtta intervjuer med yrkesverksamma vid individ- och familjeomsorgens vuxenenheter inom Malmö Stad och sex intervjuer med yrkesverksamma vid individ- och familjeomsorgens vuxenenheter i Lund och Helsingborg. Intervjuer har också skett med sex frivårdsinspektörer vid frivården i Malmö och Helsingborg. Vidare har åtta personer anställda vid sprutbytesverksamheterna i Malmö, Lund och Helsingborg intervjuats.

Urvalskriterier vid intervjuerna med samverkanspartner var att intervjupersonerna skulle ha erfarenhet av att arbeta inom respektive verksamhet både från tiden innan vårdvalet och efter det att reformen inletts, samt att de i sin yrkesutövning kom i kontakt med patienter i LARO. Intervjupersonerna rekryterades i huvudsak genom att chefer vid de berörda verksamheterna kontaktades och informerades om studien. I några fall skedde rekryteringen av intervjupersoner med hjälp av personliga nätverk och kontakter.

### ***Genomförande och analys***

Intervjuernas längd varierade mellan en halvtimme och en och en halv timme. Patienter och enhetschefer intervjuades i samtals- eller arbetsrum på respektive LARO-mottagning, med undantag för en enhetschefsintervju som genomfördes i en lokal på Malmö högskola. Intervjuer med företrädare för samverkanspartner skedde på deras respektive arbetsplats. Brukarföreningens ordförande intervjuades på ett café.

Intervjuerna har till sitt upplägg varit semi-strukturerade, vilket innebär att vi har utgått från en intervjuguide med ett antal temaområden (Jacobsen 2007; Repstad & Nilsson 2007). Intervjuguiden har sett delvis olika ut beroende på vilken intressentgrupp som varit föremål för intervjun samt i vilket skede av utvärderingen som intervjun genomfördes.<sup>12</sup>

Majoriteten av intervjuerna genomfördes av Lisa Andersson, totalt 58 stycken. Björn Johnson gjorde sex av intervjuerna med enhetschefer vid den andra intervjuomgången. Intervjuerna med samverkanspartner genomfördes som nämndes ovan av studenter inom ramen för examensuppsatser. Alla intervjuerna spelades in på diktafon för att sedan transkriberas. De transkriberade intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ textanalys utan datorstöd.

Det transkriberade intervjumaterialet gällande patientintervjuer och enhetschefsintervjuer är mycket omfattande. För att kunna överblicka materialet har vi i ett första skede sorterat det genom att identifiera teman utifrån huvudinnehåll, alltså det innehåll som gång på gång återkom i intervjuerna. Detta gjordes utifrån genomläsningar av utskriftena flera gånger i

---

<sup>10</sup> I några fall har samma person varit enhetschef för mer än en LARO-mottagning, varför antalet intervjuer är något färre än antalet mottagningar.

<sup>11</sup> Vid en mottagning var enhetschefen inte tillgänglig för intervju utan istället intervjuades en annan anställd med mångårig erfarenhet från arbete på mottagningen.

<sup>12</sup> Intervjuguiderna bifogas som bilagor.

syfte att hitta gemensamma teman (Jacobsen 2007; Repstad & Nilsson 2007; Rennstam & Wästerfors 2015). Huvudinnehållet har präglats av teman i intervjuguiderna, som i sin tur delvis utgått från syftena med utvärderingen, men vi har också varit uppmärksamma på och haft en öppenhet för huvudinnehåll som framträtt utanför intervjuguidernas begränsningar, för att undvika att fastna i förgivettagna uppdelningar (Jacobsen 2007; Rennstam & Wästerfors 2015)

Därefter har materialet åter gått igenom utifrån de respektive kategorier som framträtt. En kategori är enligt Jacobsen (2007: 140) ”något som belyses av flera intervjuer”, och som medför att man kan förhålla sig till ett antal kategorier snarare än till hela datamassan inför vidare analys. I det här stadiet reducerades antalet kategorier på så sätt att några slogs samman, och några uteslöts inför vidare sortering och analys.

De kategorier som varit frekvent förekommande och/eller där intervjupersonerna varit påtagligt engagerade studerades noggrant för att undersöka intervjupersonernas olika synpunkter eller erfarenheter på dessa områden. Även de temaområden i intervjuguiderna som tydligt relaterade till målen med utvärderingen men som endast ett fåtal av de intervjuade hade någon särskild uppfattning om blev föremål för vidare analys (exempelvis frågan om differentiering av mottagningar) (Jacobsen 2007; Rennstam & Wästerfors 2015). De kategorier som behållits i det här skedet av analysen motsvaras i hög utsträckning av underrubrikerna i resultatkapitlen 6 och 7.

Analyserna av intervjumaterialet har gjorts av Lisa Andersson och därefter diskuterats med Björn Johnson.

### **Övrigt empiriskt material**

För att få ytterligare information om LARO-mottagningarnas förhållningssätt till den förändring som skett i och med införandet av vårdval LARO har Lisa Andersson, och i viss utsträckning även Björn Johnson, närvarat vid nätverksmöten med representanter från mottagningarna, anordnade av huvudmannen Region Skåne. Nätverksmötena har hållits vid ett eller två tillfällen per termin från hösten 2014 till hösten 2016. Vid nätverksmötena har vi fört anteckningar om de samtal som förts mellan LARO-mottagningarna och Region Skåne och vilka ämnen som tagits upp till diskussion. Minnesanteckningar har även nedskrivits i samband med att Lisa Andersson tillbringade totalt 35 halvdagar på sex olika LARO-mottagningar för att rekrytera intervjupersoner bland patienterna och genomföra intervjuer. Dessa anteckningar har handlat om teman vid informella samtal med patienter i väntrummet och vid samtal med personal och hur stämningen på mottagningen upplevts. Anteckningarna från nätverksmöten och minnesanteckningarna har vi efter hand sammanställt och skrivit in i worddokument.

Datinsamling har också skett i form av enkätutskick till alla LARO-mottagningar med frågeställningar gällande verksamhetens organisation, behandlingsinnehåll, patientgruppens sammansättning samt mottagningens uppfattningar om vårdval LARO. Enkäten har besvarats två år i följd och avsåg situationen på mottagningarna ett specifikt datum, den 1 november 2015 respektive 2016. Alla mottagningar har besvarat enkäten. Vi har även haft tillgång till basdata för de LARO-mottagningar som fanns i Skåne den 1 november 2013, då Socialstyrelsen genomförde en kartläggning av landets LARO-verksamheter. Informationen i enkäten har sammanställts i form av frekvenser och procentberäkningar.

Något som också efterfrågades inför utvärderingens genomförande var att undersöka vilka eventuella effekter införandet av vårdval LARO haft på den opioidrelaterade dödligheten i

Skåne. Denna frågeställning har vi försökt belysa på två sätt, dels i form av journalgenomgång av opioidrelaterade dödsfall på Rättsmedicinalverket i Lund, dels genom en frågeställning i enkäten som besvarades av LARO-mottagningarna om avlidna under pågående LARO 2015 och 2016. Vid journalgenomgången på Rättsmedicinalverket har vi gjort en manuell journalgranskning av opioidrelaterade<sup>13</sup> dödsfall som inträffat under en period på två år innan vårdvalets införande (2012 och 2013) och en period på två år efter (juli 2014-juni 2016), där rättsmedicinsk obduktion genomförts och personerna varit folkbokförda och avlidit i Skåne. Vi har även gått igenom de aktuella personernas journaler i Region Skånes journalsystem. Syftet har varit att få en bild av eventuell förändring avseende opioidrelaterade dödsfall i Skåne mellan de båda tidsperioderna gällande bland annat antal dödsfall, ålder, förekomst av olika preparat hos de avlidna samt om de avlidna personerna vid tidpunkten för dödsfallet var i LARO eller hade avslutat sådan behandling under det senaste året. Materialet har sammanställts i form av frekvenser och jämförelser mellan de båda tidsperioderna.

### **Forskningsetiska överväganden**

Utvärderingen har genomförts i enlighet med Vetenskapsrådets forskningsetiska principer för samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet 2002). Det forskningsprojekt som utvärderingen är en del av har granskats och godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Lund (dnr 2014/547).

I korthet innebär Vetenskapsrådets forskningsetiska principer att fyra grundläggande krav ska uppfyllas: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet innebär att intervjupersonerna ska ges noggrann information om projektet och vilka villkor som gäller för deras deltagande. Inför intervjuperioden med patienter satte vi upp lappar på de aktuella LARO-mottagningarna med information om projektet. Inför intervjuerna informerade Lisa Andersson patienterna muntligt om villkoren för deltagande i studien. Enhetschefer och företrädare för samverkanspartner informerades också om projektet inför intervjun.

Samtyckeskravet avser intervjupersonernas (patienternas) rätt att själva bestämma över sin medverkan. Patienterna har skriftligt undertecknat samtycke till deltagande, och har informerats om sin möjlighet att avbryta medverkan i studien. En patient som inledningsvis samtyckte till att delta i studien ändrade sig då intervjun skulle inledas och avbröt deltagande. Patienterna har fått välja en bok i samband med deltagande i intervju. Vi har gjort bedömningen att värdet av en bok inte är så högt att det motiverat personer att delta i en undersökning som de annars inte hade velat medverka i.

Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter om de personer som ingår i en undersökning ska behandlas med största möjliga konfidentialitet och att personuppgifter ska förvaras på ett säkert sätt. Intervjupersonerna i utvärderingen har avidentifierats vid citat eller annat omnämnande, så långt det varit möjligt utifrån utvärderingens syften. Särskilt viktigt har det varit att patienterna inte går att identifiera. I några fall har det varit svårt att åstadkomma tillräcklig avidentifiering avseende enhetschefer, men i dessa fall har vi bedömt att de citat vi använt oss av inte varit etiskt känsliga.

---

<sup>13</sup> I det här sammanhanget har fokuserats på dödsfall där något eller flera av opioiderna heroin (morfin), metadon, buprenorfin, oxikodon eller fentanyl påträffats i kroppen vid rättskemisk analys i samband med rättsmedicinsk obduktion.

Nyttjandekravet innebär att uppgifter insamlade om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål, och inte för kommersiellt bruk eller för beslut som kan komma att påverka den enskilde.

Deltagarna kommer att få ta del av undersökningens resultat i form av skriftlig sammanställning samt vid seminarietillfällen. Även patienter i LARO kommer att få möjlighet att ta del av resultat vid informationsträffar på LARO-mottagningar.

## 5 Tillgänglighet och patientflöden

Som vi redan nämnt är denna utvärdering i första hand inriktad på att studera de berörda intressenternas uppfattningar om vårdval LARO. För att få en mer fullödig bild av vårdvalsreformen har vi vid två tillfällen, november 2015 och november 2016, genomfört en enkätundersökning med samtliga LARO-mottagningar. Vi har ställt frågor om bland annat tillgänglighet, väntetider, patientflöden och avslutade behandlingar. Som vi nämnde i metodkapitlet har vi utgått från en tidigare enkätundersökning som Socialstyrelsen genomförde i november 2013, som del i ett regeringsuppdrag för att kartlägga de svenska LARO-verksamheterna. Vi har dessutom fått tillgång till Socialstyrelsens uppgifter gällande de skånska mottagningarna, och har på så sätt tre mätpunkter – en före vårdvalets ikraftträdande och två efter. I detta kapitel ska vi gå igenom de viktigaste resultaten från enkätundersökningen.

### **Ökad tillgänglighet och konkurrens om patienter**

I november 2015 publicerade KEFU, Rådet för kommunalekonomisk forskning och utbildning, en granskning av vårdvalets och ersättningsystemets kortsiktiga effekter under perioden 1 april 2014 till 31 augusti 2015, vårdvalets första 17 månader. I analyserna utgick KEFU från Region Skånes data över utbetalda ersättningar, besöksstatistik och läkemedelskonsumtion. När det gäller vårdvalets effekter på tillgängligheten konstaterades att antalet vårdgivare nästan hade fördubblats och att avsevärt fler patienter erhöLL LARO jämfört med tiden före vårdvalet (KEFU 2015).

Nämnas bör att Region Skånes utbyggnad av LARO inleddes flera år före vårdvalet, 2008–2011, då flera nya LARO-verksamheter startades (se kapitel 2) och antalet patienter började öka. Under femårsperioden mellan januari 2009 och januari 2014 ökade antalet LARO-patienter med 31 procent. KEFU konstaterade dock i sin analys att ökningstakten steg mycket kraftigt efter vårdvalets införande. Mellan mars 2014 och augusti 2015 ökade antalet patienter med regelbunden behandlingskontakt med 33 procent, från 960 till 1277. Från 2009 och fram till vårdvalets införande tillkom i genomsnitt fyra nya patienter varje månad; efter vårdvalet tillkom 20 nya patienter varje månad (KEFU 2015).

Vår enkätundersökning bygger på självrapporterade data från mottagningarna och är insamlade en enskild månad, november. Detta innebär att uppgifterna inte är direkt jämförbara med KEFU:s siffror. Även vår undersökning visar på en kraftig ökning av antalet patienter sedan vårdvalet inleddes, en ökning som fortsatt efter november 2015, då KEFU redovisade sin analys.

I tabell 5.1 redovisar vi antalet patienter i de skånska LARO-verksamheterna, fördelade på ort. I november 2015 uppgav mottagningarna ett sammanlagt patientantal om 1237 personer, en ökning med 25 procent jämfört med Socialstyrelsens mätning två år tidigare. Ett år senare, i november 2016, hade antalet patienter ökat till 1453, en ökning med ytterligare 17 procent på ett år (totalt 46 procent sedan november 2013).

Som framgår av tabell 5.1 var ökningen störst i Helsingborg, där i stort sett en fördubbling av patientantalet skett på tre år, och i Malmö, där antalet patienter ökade med 33 procent. Dessa orter har fem LARO-mottagningar vardera och särskilt i Helsingborg råder det hård konkurrens om patienterna. Även i Kristianstad och Lund har antalet patienter ökat, och

LARO-verksamheter har startats på tre nya orter, Landskrona, Ystad och Ängelholm. Trelleborg är den enda orten där patientantalet inte ökat nämnvärt.

Tabell 5.1 Utvecklingen av antalet patienter på orter med LARO-verksamheter.

Ort	1 nov 2013	1 nov 2015	1 nov 2016	Förändring 2013–2016
Malmö	403	490 (+87)	537 (+47)	+134 (+33%)
Lund	237	235 (–2)	263 (+28)	+26 (+11%)
Helsingborg	182	316 (+134)	359 (+43)	+177 (+97%)
Kristianstad	116	99 (–17)	144 (+45)	+28 (+24%)
Trelleborg	54	54 (0)	55 (+1)	+1 (+2%)
Landskrona	0	19 (+19)	28 (+9)	+28
Ystad	0	24 (+24)	43 (+19)	+43
Ängelholm	0	0	24 (+24)	+24
<b>Totalt</b>	<b>992</b>	<b>1237</b>	<b>1453</b>	<b>+461 (+46%)</b>

Expansionen har skett vid de nystartade privata LARO-verksamheterna, medan de offentliga verksamheterna sammantaget har förlorat patienter. De sju offentliga verksamheterna hade 943 patienter i november 2013. I november 2015 hade antalet sjunkit till 774 och i november 2016 hade det ökat något, till 802 patienter. Minskningen drabbade främst två verksamheter, Vuxenpsykiatri LARO i Helsingborg (Donationsgatan) och Vuxenpsykiatri LARO i Lund (Baravägen). De övriga offentliga verksamheterna erfor endast mindre förändringar. En offentlig mottagning, Vuxenpsykiatri LARO Matris i Malmö, har ökat sitt patientantal.

De privata mottagningarna ökade från 49 patienter i november 2013 (INM i Malmö, som då var en offentligt upphandlad mottagning) till 463 patienter i november 2015 (nio mottagningar) och därefter till 651 patienter i november 2016 (elva mottagningar).<sup>14</sup> De största privata verksamheterna är INM/LARO Psykiatri (225 patienter på tre orter i november 2016), Solstenen (210 patienter på tre orter) och Capio Maria (94 patienter på två orter).

En ökning av patientantalet kan ske på två sätt, genom ökat inflöde av patienter och genom minskat utflöde (ökad retention, dvs. kvarstannande i behandling). Att ökningen av patientantalet i Region Skåne har skett genom ökat inflöde är uppenbart, men även minskat utflöde är en viktig faktor. Vi återkommer till det nedan, i avsnittet om ökad retention och färre ofrivilliga utskrivningar.

### Byten och skillnader mellan offentliga och privata vårdgivare

En fråga i vår enkät gällde hur många patienter som bytt till annan vårdgivare under det gångna året. I 2015 års enkät rapporterades sammanlagt 131 patienter som bytt, 106 från offentliga mottagningar och 25 från privata mottagningar. De mottagningar som hade tappat flest patienter genom byten var de offentliga mottagningarna i Helsingborg (38 patienter) och på Hasselgatan i Malmö (19 patienter). I 2016 års enkät var antalet redovisade byten färre, 88 patienter, trots ett högre samlat patientantal. Av bytena skedde 48 från offentliga mottagningar och 40 från privata mottagningar. Flest byten skedde från de offentliga

<sup>14</sup> De privata mottagningarna BeFem i Malmö och Ramlösa Social Utveckling (RSU) i Helsingborg bedrev också verksamhet före vårdvalet, men var inte finansierade av Region Skåne utan tog endast emot placeringar via socialtjänsten (BeFem öppenvårdsplaceringar och RSU familjehemsplaceringar). Det fanns även ett mindre antal patienter som erhöll behandling med metadon eller buprenorfin via Capios upphandlade psykiatriska öppenvård i Simrishamn och Ystad. Dessa mottagningar bedrev ingen reguljär LARO-verksamhet och deltog inte i Socialstyrelsens kartläggning.

mottagningarna i Kristianstad (17 patienter) och Helsingborg (15 patienter) samt från privata LARO BeFem (13 patienter).

Det minskade antalet byten under 2016 talar för att flertalet av de patienter som velat byta mottagning utnyttjade denna möjlighet under vårdvalets första två år. Vi saknar uppgifter gällande de byten som skedde under 2014, men uppgifterna om patientantal talar för att de flesta av de bytena skedde från de offentliga mottagningarna i Lund och Helsingborg.

Bytena från de offentliga mottagningarna har främst skett i samband med nyetableringar av privata LARO-verksamheter: i Lund (en ny mottagning 2014), i Helsingborg (fyra nya mottagningar 2014) och i Kristianstad (en ny mottagning 2016). Den offentliga mottagningen i Helsingborg har fortsatt att tappa patienter under hela vårdvalet, vilket sannolikt hänger samman med etableringar av nya privata LARO-verksamheter i Landskrona (2014) och Ängelholm (2016), två orter som tidigare ingick i Helsingborgsmottagningens formella upptagningsområde. I nästa kapitel återkommer vi till patienternas motiv för att byta mottagning.

En intressant fråga är om patienternas vårdsökande (byten och nya ansökningar) har lett till någon form av differentiering i patientgrupperna mellan offentliga och privata vårdgivare. I enkäten har vi studerat detta när det gäller två variabler, patienternas kön och ålder. När det gäller kön finns inga tydliga skillnader mellan privata respektive offentliga vårdgivare. I november 2016 utgjorde kvinnornas andel 27 procent vid de privata mottagningarna och 29 procent vid de offentliga. När det gäller patienternas ålder finns dock vissa skillnader mellan driftsformerna, vilket framgår av tabell 5.2.

Tabell 5.2 Patienternas åldersfördelning vid offentliga respektive privata LARO-verksamheter.

	Totalt 1 nov 2013	Offentliga 1 nov 2015	Privata 1 nov 2015	Totalt 1 nov 2015	Offentliga 1 nov 2016	Privata 1 nov 2016	Totalt 1 nov 2016
Andel <20 år	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0% (0)
Andel 20-29 år	12%	8%	17%	12%	11%	19%	15% (+3)
Andel 30-39 år	37%	34%	35%	35%	30%	34%	32% (-5)
Andel 40-49 år	27%	27%	29%	28%	26%	28%	27% (0)
Andel 50-59 år	20%	22%	15%	19%	24%	15%	20% (0)
Andel >60 år	5%	8%	3%	6%	8%	4%	6% (+1)

De privata LARO-verksamheterna har en högre andel patienter i de yngre åldersklasserna och en lägre andel i de äldre åldersklasserna jämfört med de offentliga verksamheterna. Det verkar därför som att yngre patienter i större utsträckning än äldre har valt eller bytt till privata vårdgivare.

Totalt sett verkar inte åldersfördelningen bland LARO-patienterna ha förändrats sedan vårdvalets införande, trots den kraftiga expansionen – patienter som är yngre än 30 år utgör en liten minoritet. Inga verksamheter har redovisat några patienter som varit yngre än 20 år, den åldersgräns Socialstyrelsen bestämt för när LARO får erbjudas utan särskilda skäl (SOSFS 2009:27, HSLF-FS 2016:1). Åldersfördelningen stämmer väl överens med resultaten från Socialstyrelsens landsomfattande kartläggning från 2013 (Socialstyrelsen 2015).

## Minskade köer, kortare väntetider och fler avslagna ansökningar

Region Skåne hade under många år långa köer och väntetider för personer som sökte LARO. Väntetider på flera år var inte ovanligt (Sjölander & Johnson 2007, Sjölander & Johnson 2009). Etableringen av nya offentliga LARO-verksamheter i Kristianstad, Malmö och Trelleborg samt upphandlingen av INM i Malmö under åren 2008–2011 innebar dock starkt minskade väntetider på dessa orter, redan innan vårdvalet trädde i kraft.

I Socialstyrelsens enkät rapporterade de skånska LARO-verksamheterna en total kö på 94 personer i november 2013; 76 personer hade ansökt om behandling och väntade på bedömning, medan 18 personer hade fått ja på sina ansökningar och väntade på att behandlingen skulle inledas. De genomsnittliga väntetiderna, från ansökan till behandlingsstart, uppgavs ligga på 46 dagar (längre väntetider i Helsingborg och kortare i Malmö). I tabell 5.3 redovisas utvecklingen av köer och väntetider efter vårdvalets start, fördelat på driftsform.

Tabell 5.3. Köer, genomsnittliga väntetider och avslag på ansökan om LARO.

	Totalt 1 nov 2013	Offentliga 1 nov 2015	Privata 1 nov 2015	Totalt 1 nov 2015	Offentliga 1 nov 2016	Privata 1 nov 2016	Totalt 1 nov 2016
Antal som väntar på bedömning	76	9	23	32 (-44)	17	35	52 (+20)
Antal som väntar på inställning	18	0	9	9 (-9)	4	6	10 (+1)
Genomsnittlig väntetid (dagar)	46	22	27	24 (-22)	25	23	24 (0)
Antal avslagna ansökningar	51	74	61	135 (+84)	47	56	103 (-32)

KEFU (2015) gjorde gällande att köer och väntetider helt försvunnit under vårdvalet, men detta stämmer inte utifrån de uppgifter mottagningarna redovisat i vår enkät. Av tabellen framgår dock att både köer (antalet patienter som väntade på bedömning eller inställning) och väntetider nära nog halverades mellan november 2013 och november 2015. I november 2016 redovisades något fler som köade för bedömning, men samma väntetider som året tidigare.

På verksamhetsnivå finns vissa noterbara avvikelser. Privata LARO Öresund redovisade märkbart längre väntetider såväl 2015 som 2016 (50–75 dagar) och stod för en hög andel av kön bland de privata mottagningarna. År 2015 avvek den offentliga mottagningen i Kristianstad genom korta väntetider (omkring 10 dagar). Året därefter var det tre mottagningar, privata LARO Psykiatri i Kristianstad och LARO Solstenen i Ängelholm samt den offentliga mottagningen på Hasselgatan i Malmö, som avvek genom korta väntetider.

I tabellen redovisas även antalet avslagna ansökningar, alltså patienter som fått nej för att de inte uppfyllt Socialstyrelsens inkluderingskriterier för LARO. Under 2013 avsågs 51 ansökningar i Skåne enligt Socialstyrelsens nationella kartläggning. Under 2015 hade antalet avslagna ansökningar ökat till 135, för att därefter under 2016 minska något till 106.

Den vanligaste avslagsgrunden var avsaknad av dokumentation på opiat- eller opioidberoende – denna avslagsgrund stod för 17 avslag under 2013, 106 avslag under 2015 och 71 avslag under 2016, och har alltså ökat kraftigt under vårdvalet. Den näst vanligaste avslagsgrunden, påtaglig medicinsk risk till följd av avancerat blandmissbruk, svarade för drygt 20 avslag om året, utan nämnvärda förändringar.



Noteras bör att Socialstyrelsens tidigare huvudsakliga kriterium för att en patient ska få erhålla LARO, minst ett års dokumenterat opiatberoende (SOSFS 2009:27), i februari 2016 ersattes med en formulering om att patienten ska ”bedömts ha ett opioidberoende sedan minst ett år” (HSFL 2016:1, 4 kap. 2§). Trots denna förändring avslogs alltså 71 ansökningar under 2016 på grund av att de sökande inte bedömts uppfylla inkluderingskraven. En rimlig tolkning är att mottagningarna under de senaste åren fått in fler ansökningar från personer med mindre allvarliga beroendeproblem, men att mottagningarna generellt sett fortfarande gör en noggrann genomgång av de ansökande patienternas beroendeanamnes.

Några tydliga skillnader mellan offentliga och privata mottagningar finns inte när det gäller avslagen, vilket talar för att bedömningarna görs på ett likartat sätt. Det kan dock noteras att en enskild mottagning, den offentliga i Kristianstad, stod för en hög andel av avslagen både 2015 och 2016 – om detta beror på att denna mottagning gör striktare bedömningar än övriga mottagningar eller på att den har en delvis annan grupp som söker LARO kan vi inte avgöra.<sup>15</sup>

### **Ökad retention och färre ofrivilliga utskrivningar**

Som vi tog upp i kapitlet om LARO som vårdform är det endast under pågående behandling som positiva effekter har kunnat dokumenteras i forskningen (minskad mortalitet, sjuklighet och illegal droganvändning samt förbättrad social situation). Vid avbruten behandling återfaller patienterna normalt i illegalt bruk av heroin eller andra opioider, med lika hög mortalitet som bland obehandlade heroinanvändare. Hög retention – kvarstannande i behandlingen – är därför en förutsättning för att resultaten på gruppnivå ska kunna bli så goda som möjligt.

Socialstyrelsens nationella kartläggning i november 2013 omfattade 110 LARO-verksamheter med totalt 3 700 patienter i behandling. Dessa mottagningar redovisade drygt 500 ofrivilliga utskrivningar under det senaste året, motsvarande 14 procent av patientantalet. I Skåne var dock utskrivningar mindre vanliga, 81 utskrivningar motsvarande 8 procent av patientantalet.

KEFU redovisade i sin analys retentionsgraden, andelen patienter som kvarstod i behandling efter ett år, under perioden 2009–2015. När retention beräknas på detta sätt ingår både ofrivilliga och frivilliga utskrivningar bland de avbrutna behandlingarna, liksom patienter som flyttat till andra landsting och patienter som avlidit. Mellan 2009 och 2013 steg retentionsgraden i de skånska LARO-verksamheterna från 74,6 procent till 79,6 procent. Under vårdvalet steg retentionsgraden ytterligare, först till 84,9 procent under 2014 och därefter till 88,1 procent under 2015. Historiskt i Sverige och vid internationella jämförelser är detta exceptionellt höga tal.

Vår undersökning tyder på att kvarstannandet i behandling kan ha ökat ytterligare under 2016. I tabell 5.4 på nästa sida redovisas utvecklingen av frivilliga och ofrivilliga utskrivningar och dödsfall i Skåne under 2015 och 2016 samt Socialstyrelsen uppgifter för 2013.

Under 2015 skedde lika många utskrivningar som under 2013, men eftersom det samlade patientantalet var högre innebar det minskning med 2 procentenheter i relation till detta. Under 2016 skedde 61 ofrivilliga utskrivningar, en minskning med ytterligare 2

---

<sup>15</sup> En kort uppföljande intervju om detta gjordes i februari 2017 med enhetschefen för den aktuella mottagningen. Vid intervjun framkom att enhetschefen inte varit medveten om att avslagsandelen var hög vid mottagningen. Enhetschefen berättade att personalen vinnlägger sig om att göra en noggrann utredning innan behandling beviljas och att utredningsförfarandet sker på samma sätt som innan de nya föreskrifterna trädde i kraft.

procentenheter. Andelen ofrivilliga utskrivningar har följaktligen halverats på tre år, och ligger nu på en nivå motsvarande 4 procent av patientantalet.

Tabell 5.4. Ofrivilliga och frivilliga utskrivningar samt dödsfall under pågående behandling.

	Totalt 2013	Offentliga 2015	Privata 2015	Totalt 2015	Offentliga 2016	Privata 2016	Totalt 2016
Antal ofrivilliga utskrivningar	81	40	41	81 (0)	36	25	61 (-20)
Andel ofrivilliga utskrivningar i	8%	5%	9%	6%	4%	4%	4%
Antal frivilliga utskrivningar	11	10	6	16 (+5)	6	5	11 (-5)
Antal avlidna under behandling	Ingen uppgift	11	4	15	7	7	14

De vanligaste skälen till ofrivilliga utskrivningar var allvarligt blandmissbruk under behandlingen samt att patienten uteblivit från mottagningen under längre tid än en vecka – dessa två utskrivningsgrunder stod tillsammans för över 80 procent av de ofrivilliga utskrivningarna. Andra utskrivningsgrunder handlade om hot eller våld mot personal eller patienter, eller om patienter som häktats eller dömts till anstalt utan möjlighet till fortsatt behandling.

Den minskande andelen utskrivningar beror troligtvis på flera orsaker, varav vårdvalet och den konkurrens om patienterna som detta fört med sig är en. Den långsiktiga svenska trenden av ökande symtomtolerans som vi nämnde i kapitel 3 har säkert också spelat in. Att ofrivilliga utskrivningar fortsatte att minska under 2016 kan sannolikt även kopplas till de nya föreskrifter som Socialstyrelsen utfärdade i februari 2016, i vilka den så kallade utskrivningsparagrafen togs bort. I och med detta togs bland annat kravet att skriva ut patienter som under en veckas tid inte medverkat i behandlingen bort.

Av tabell 5.4 framgår att ytterst få patienter avslutar behandlingen på eget initiativ – det gäller både före och efter vårdvalets införande och oberoende av driftsform. Antalet patienter som avlidit under behandling är också litet, under 2015 och 2016 avled 15 respektive 14 patienter, motsvarande ungefär en procent av patienterna om året. Detta bör betraktas som en mycket låg andel, med tanke på den höga förekomsten av psykiska och somatiska hälsoproblem inom patientgruppen. Av de 29 avlidna personerna avled elva av somatisk sjukdom, åtta av intoxication/läkemedelspåverkan, en av suicid samt nio av oklar orsak. Vi ska återkomma till frågan om dödsfall i samband med behandling senare i rapporten, då med utgångspunkt i rättsmedicinska data och journaluppgifter från sjukvården.

## 6 Patienternas perspektiv

I det här kapitlet förmedlas patienters syn på sin aktuella och tidigare behandlingssituation, på vårdvalet och till viss del även på LARO generellt. De uppfattningar som framförs är hämtade från intervjuer som Lisa Andersson gjort med 33 patienter i behandling på sex olika LARO-mottagningar, såväl offentliga som privat drivna, i Malmö och Helsingborg. De flesta av de intervjuade har använt sig av möjligheten att byta eller välja ny mottagning, medan ungefär en fjärdedel valt att stanna kvar på den mottagning de gått på innan vårdval LARO infördes. Förutom intervjuer har även mer ostrukturerade samtal med patienter förts i väntrum på LARO-mottagningar. En intervju med Mikael Johansson, Skånes Brukarförnings ordförande, och minnesanteckningar från Lisa Anderssons besök på LARO-mottagningarna utgör också empiriskt material till kapitlet.

Kapitlet inleds med en beskrivning av övergripande ”systemeffekter” av vårdvalet, ur patienternas perspektiv. Därefter ges en bild av hur patienterna upplever behandlingen och mottagningarna, och slutligen beskriver vi deras syn på egenmakt och tankar kring val av och byten mellan LARO-mottagningar.

### ”Systemeffekter” av vårdvalet

#### *Tillgängligheten till LARO*

Patienterna gav samstämmigt uttryck för att det vid tidpunkten för intervjuerna (november 2015 till april 2016) var lätt och gick snabbt att komma in i behandling, vilket de betonade som avgörande för någon som lever med ett missbruk. Flera jämförde med hur det kunde vara tidigare, med köer och långa väntetider för att få komma in i behandling. *”Det var lång väntetid [tidigare], det tog två år innan jag fick [LARO] från det att jag anmält intresse, nästan tre år. Det var väldigt klyddigt att ordna... det var lättare att ordna jonk [heroin] liksom”* (man, privat mottagning), berättade en patient. En annan patient beskrev skillnaden mellan att hela tiden leva med döden tätt inpå i ett heroinmissbruk och att se tillbaka på det livet, efter att ha kommit in i LARO: *”Ja, man tänker ju inte på det sättet [i missbruk], men när man är drogfri så tänker man ju ’oj vad nära [döden] man varit många gånger’. Man ser andra personer omkring en som dör... Jag tycker det är jättebra att de har minskat på köerna.”* (man, offentlig mottagning)

Smidigheten att komma in i behandling är något som uppskattas av patienterna, att de själva kan kontakta valfri mottagning och sedan snabbt påbörja behandling. En patient som tidigare varit inskriven på flera LARO-program i olika delar av Sverige och som hade börjat behandling igen efter ett uppehåll beskrev, något förvånad, intagningsförfarandet på följande sätt. *”Det var här på X-mottagningen jag var innan också, sedan ringde jag tillbaka i juni förra året och sa att jag ville komma in, jag pallade inte med att leva det livet som jag gjorde innan och sedan fick jag komma hit och prata med personal och så fick jag komma in, det gick rätt snabbt faktiskt”* (man, offentlig mottagning). Att kunna komma in i behandling utan onödiga dröjsmål sågs som angeläget. *”Jag måste säga att det gick väldigt snabbt, bara någon månad efter att jag sökt kom jag in”* (man, offentlig mottagning). Det är tydligt i patienternas berättelser att de låga trösklarna och den korta väntetiden inte är något som de varit vana vid eller förväntade sig, men att det är något som värdesätts högt.

Även vissa kritiska uppfattningar om den ökade tillgängligheten togs upp. Många av de intervjuade var av uppfattningen av att de sänkta inkluderingskriterierna lett till att unga personer utan tillräcklig missbruksbakgrund kan komma in i behandling, vilket inte sågs som önskvärt. *”Ja, det kommer in tjuugoåringar och sånt. De är inte ens färdigknarkade och så sätter de in dem på tung medicin, jättetung medicin, istället för att skicka dem på behandling där de kan försöka [...] att bli drogfria”* (kvinna, privat mottagning). Uppfattningen att många yngre påbörjar LARO delades av i princip alla patienter, oavsett mottagning och ålder (den yngsta patienten som intervjuades var 27 år). Även Skånes Brukarförenings ordförande Mikael Johansson var av uppfattningen att det nästan blivit för lätt att komma in i LARO. Han menar att han kan reagera med förvåning då han läser inlägg i brukargrupper på sociala medier eller samtalar med vissa patienter som är nya i LARO: *”Det låter så oskyldigt. De har ingen erfarenhet på något sätt.”*

Flera av de lite äldre patienterna resonerade kring att det kanske borde finnas krav på att ha prövat annan, medicinfri behandling innan LARO och att personer som inte utvecklat ett höggradigt beroende inte bör komma ifråga för LARO. De påpekade att LARO inte sällan blir en livslång behandling och att de som går in i den därför bör veta vad de ger sig in i. En patient beskrev sin tankegång så här. *”Om man varit i missbruk ett år ska man pröva andra sätt att lägga av med det först. Man ska först titta på de möjligheterna, med tolvstegsprogram [...] Jag tror att man i första hand ska lägga av på annat sätt, och ta det här som en sista utväg.”* Han fortsatte med att resonera om att det å andra sidan inte heller är bra att vänta för länge med LARO: *”Det kanske också kan vara bra att inte låta det gå för långt, då kanske man slipper hela den här biten med anstalt och kriminalitet”* (man, offentlig mottagning).

Berättelser om unga personer utan längre missbrukserfarenhet som påbörjar LARO återfinns även i tidigare forskning inom området (se bl.a. Petersson 2013). Det är troligt att en del av de patienter som inleder LARO idag har en kortare historia av allvarligt missbruk än vad som varit fallet tidigare, eftersom Socialstyrelsens inkluderingskriterier har mjukats upp. Som vi påpekade i det föregående kapitlet har dock inte åldersfördelningen bland de skånska patienterna förändrats nämnvärt de senaste åren – nyinskrivningar verkar ha skett i alla ålderskategorier. Det är tänkbart att patienternas resonemang om att (alltför) unga och oerfarna personer påbörjar LARO i viss mån är en markering av tillhörighet, att de delar erfarenheten av att ha levt ett hårt liv i missbruk – *”som jag, jag är en riktig heroinist”* (man, privat mottagning) – och av att ha genomgått den tidigare ofta långdragna processen in i LARO.

Några intervjupersoner tog upp risken att vissa mottagningar kan bli alltför generösa med att ta in nya patienter eftersom de får högre intäkter då, och att det kan leda till att mottagningar ”tullar” på inskrivningsregler och blir mer frikostiga med förskrivning av bensodiazepiner och ADHD-mediciner. Det är svårt att bedöma hur mycket det ligger i dessa farhågor. I vår enkät till Skånes LARO-mottagningar framkom, som vi tog upp i förra kapitlet, att antalet avslag på ansökan om LARO ökat sedan vårdvalets införande, även sett i proportion till det ökade antalet patienter. Det verkar inte heller föreligga tydliga skillnader mellan offentliga och privata mottagningar vad gäller avslagen.

När det gäller ofrivillig utskrivning från LARO så har den tidigare utskrivningsparagrafen tagits bort i Socialstyrelsens reviderade föreskrifter från 2016, vilket innebär att upprepade återfall i narkotikamissbruk inte längre utgör grund för utskrivning (se även kapitel 2). Patienterna var samstämmiga i sina uppfattningar om att det ska vara svårt att bli utskriven. De flesta hade personliga erfarenheter av bekanta som dött efter att ha blivit utskrivna från LARO. Samtidigt betonade flera patienter att det nog inte är bra om behandlingen är helt kravlös. De refererade till den gränslöshet och det manipulativa beteende som ofta präglar

livet i missbruksvärlden, och till svårigheten att klara sig på ”enbart” metadon eller buprenorfin. *”Det kan sända lite fel signaler till missbrukaren att du inte kan bli utskriven. Då går missbrukshjärnan igång och tänker att aha, om jag käkar [tabletter] vid sidan om gör det ingenting, jag åker ändå inte ut” (kvinna, privat mottagning).*

Trots farhågorna om vad kravlöshet kan leda till var patienterna ense om att det ska krävas mycket för att bli utskriven från LARO. Flera patienter menade att har man kommit in bör man i princip ha en ovillkorad plats i programmet: *”Jag tycker inte man borde kunna bli av med sin medicin, det borde fastställas. Jag tycker det skulle vara så att om man har fått sitt metadon eller subutex så ska man få behålla det. Hoten [att bli utskriven] funkar inte” (man, privat mottagning).* Den här intervjun gjordes några månader innan Socialstyrelsens föreskrifter reviderades i februari 2016, vid en tidpunkt då utskrivning fortfarande medförde tre månaders spärrtid från behandlingen.

### ***Behandlingsorter, storlek på mottagning och öppettider***

Ett av målen med att införa ett vårdval för LARO var att öka antalet orter där behandlingen finns. Utbyggnaden av LARO har dock främst skett i nordvästra Skåne, på orter där det redan funnits mottagningar eller på orter med en relativ närhet till andra mottagningar, som Landskrona och Ängelholm. Personer som bor i mellersta Skåne saknar fortfarande närhet till en LARO-mottagning, vilket följande citat uttrycker. *”Lisa: Vad kan det finnas för motiv och anledningar att byta, eller välja en viss mottagning om man är ny? Intervjuperson: Location, eller plats. Det kan vara att man vill komma närmare geografiskt, att byta till en mottagning närmare bostaden, men jag bor utanför [ort i mellersta Skåne] så jag har fått åka sju mil. Varje gång åker jag buss 14 mil om dagen, nu hämtar jag två gånger i veckan” (man, offentlig mottagning).* Här finns det en utvecklingspotential, att etablera mottagningar i nya städer för att främja tillgänglighet och närhet till behandling för de opioidberoende som idag inte bor nära en ort med en LARO-mottagning.

LARO-mottagningarna i Skåne skiljer sig mycket åt i patientantal, från ett tjugotal patienter till över 150 patienter.<sup>16</sup> Mottagningarna i vårdvalet kan inte själva bestämma hur många patienter de ska ha, eftersom de enligt ackrediteringsvillkoren inte får tacka nej till patienter som uppfyller inkluderingskriterierna. Patienterna hade inte särskilt starka åsikter om vilken mottagningsstorlek som är önskvärd, men vid de mottagningar som vuxit relativt mycket på kort tid ansåg vissa av de intervjuade att det inte borde komma in fler patienter i behandling just då. Några patienter menade att deras mottagning riskerade att tappa den mer personliga inriktning som de uppskattade om mottagningen skulle växa mer. Generellt verkade patienterna mer intresserade av att personalen ska ha tillräckligt med tid för varje patient än hur många patienter mottagningen har. *”Vad en bra storlek är är svårt att säga, men har man en kontaktman så ska de ju inte ha för många patienter” (man, privat mottagning).*

En annan aspekt av tillgängligheten är mottagningarnas öppettider. Generellt var patienterna vid intervjutillfället nöjda med dessa. De menade att det skett en förändring från hur det var längre tillbaka i tiden, då många mottagningar enbart var öppna på förmiddagarna för medicinhämtning, vilket kunde innebära att man missade sin dagliga dos om man kom för sent. Att mottagningarna nu ger möjlighet att hämta medicin även på eftermiddagarna uppskattas av patienterna. Mottagningarna verkar ha blivit mer individorienterade vad gäller

---

<sup>16</sup> Ramlösa Social Utveckling i Helsingborg har endast 16 patienter (november 2016) i LARO-behandling. Verksamheten bedriver främst behandling i form av familjehemsvård. De största mottagningarna (november 2016) är de offentligt drivna verksamheterna på Baravägen i Lund med 166 patienter och Bokgatan i Malmö med 141 patienter. Se kapitel 5 för beskrivning av LARO-mottagningarnas patientunderlag.

öppettider, om någon patient har behov av att få komma särskilt tidigt eller sent någon dag så försöker de tillgodose detta.

### ***Differentiering av mottagningar***

Ett av syftena med att införa ett vårdval för LARO var att patienterna skulle få möjlighet att påverka sin behandling i större utsträckning än tidigare, bland annat genom att mottagningarna skulle profilera sig med olika inriktningar. Genom en sådan profilering skulle patienterna kunna välja den mottagning som passade deras önskemål bäst.

I samband med intervjuerna informerade Lisa Andersson patienterna om de övergripande målen med vårdvalet, bland annat tanken om att mottagningar skulle profilera sig med olika inriktningar, och fortsatte med att fråga om de upplevde att det hade skett. Av svaren framgår att den enda egentliga differentiering som patienterna noterat är att vissa mottagningars inställning till förskrivning av bensodiazepiner skiljer sig åt. *”Nej, det känner jag inte till, vad då niska sig med olika inriktningar?” (kvinna, privat mottagning). ”Jag har dålig koll på andra mottagningar. Det enda jag vet är att vissa har nolltolerans [mot benso] och andra inte” (man, offentlig mottagning). ”Jag vet ingen sådär direkt uttalad inriktning... mer än att ryktet går att här ska man gå om man vill ha benso, men så lätt är det inte” (man, privat mottagning).* Vi återkommer till frågan om bensodiazepiner senare i kapitlet.

En del av de patienter som intervjuades menade att den mottagning de gick på hade ett mer positivt bemötande från personalen och en annan syn på patienterna jämfört med andra mottagningar. Detta kunde inte tydligt kopplas till någon eller några specifika mottagningar, utan framfördes av patienter från alla mottagningar som besöktes. Ett generellt drag var dock att många av de patienter som gav uttryck för den här uppfattningen hade erfarenhet av LARO sedan flera år tillbaka, när behandlingen hade en betydligt mer restriktiv inriktning. Flera hade också bytt från någon offentligt driven mottagning som funnits länge. *”Lisa: En annan idé med [vårdvalet] LARO var att de [LARO-mottagningarna] skulle profilera sig gentemot varandra. Har det skett anser du? Intervjuperson: Ja, här har det skett en egen profilering, de ser helheten hos individen. Lisa: Ja, det kanske låter lite som en klyscha att man säger så, men du tycker att det är så här? Intervjuperson: De behandlar oss som människor, vi är på samma nivå, och det är nytt” (kvinna, privat mottagning).* Citatet ovan är ett utdrag ur en intervju med en patient som varit i behandling till och från under ett tiotal år. Han hade erfarenhet av två andra mottagningar innan han bytte till den han refererar till här. Hur patienten upplevde behandlingssituationen avspeglar också ett av vårdvalets syften, ökad egenmakt för patienterna, då han anser sig bli behandlad som en jämlike av personalen. Frågan om egenmakt tar vi upp senare i kapitlet.

I allmänhet verkade patienterna inte ha funderat särskilt mycket kring frågan om specifika inriktningar på LARO-mottagningar. Den generella uppfattningen speglas i följande uttalande av en patient på en nyöppnad privat mottagning: *”Intervjuperson: Detta är den enda mottagning jag har varit på, så jag kan inte säga så mycket om skillnaderna. Jag förstår tanken, och tycker det är en bra tanke. Lisa: Att det finns mottagningar med olika inriktning? Intervjuperson: Ja, att det kan finnas skillnader. Och att patienten själv har valfrihet att välja, det är bara positivt om man ska välja mottagning” (man, privat mottagning).*

Få patienter hade egna idéer eller förslag om önskvärda inriktningar på mottagningar. Vissa uppgav att de önskade mer aktiviteter knutna till behandlingen, medan andra var nöjda med sin mottagning och uppfattade den mer som en vårdkontakt som vilken som helst, där man kan förvänta sig gott bemötande och kunnig personal men inte mer umgänge med personal eller andra patienter än vid ett besök på sin vårdcentral. De som efterfrågade mer aktiviteter nämnde bland annat utflykter, samtalsgrupper utifrån aktuella samhällsfrågor, initiativ för att

gå och träna tillsammans samt andra aktiviteter för att bryta den ensamhet som många kan uppleva när de lämnat missbruket. Något som kom upp i patientintervjuerna rörde mottagningarnas inställning till att patienter stannade kvar på mottagningen efter medicinhämtning, och att det kunde skilja sig mellan mottagningar i det avseendet. Detta återkommer vi också till senare, i avsnittet om byte av mottagning.

Det tycks sammanfattningsvis finnas två skilda inställningar bland de intervjuade – en grupp som efterfrågar aktiviteter och samvaro på och utanför mottagningen, och en grupp som mer uttalat vill sköta sig själva, bara komma och hämta sin medicin och inte beblanda sig så mycket med andra. Några i den senare gruppen sa uttryckligen att de inte ville träffa andra LARO-patienter mer än nödvändigt: *”Jag tror att man ska interagera så lite som möjligt med människor som har samma problem som en själv, för mig har det varit helt avgörande”* (man, privat mottagning). Den här inställningen var mer framträdande bland patienter på offentligt drivna mottagningar, som varit i behandling under lång tid.

En uppdelning mellan LARO-mottagningar är den mellan offentligt och privat drivna mottagningar, vilket togs upp av en del patienter. Några av de intervjuade ansåg att det var en trygghet för dem att deras mottagning var en del av den offentliga sjukvården. *”Jag har hört om de andra som är privata... Det här är ju ändå sjukvården, det är ändå säkert här”* (kvinna, offentlig mottagning). Andra menade att det var positivt med privata mottagningar, som de såg som lite friare och öppnare. *”Det känns ju som att de har mer pengar här, eftersom vi får kakor och kaffe, [...] och såna här grejer, de åker på utflykter med oss och så, det skulle väl vara det då. Men jag menar, de kan ju inte lägga mer pengar än de får in så jag vet inte, det kan ju inte vara ojuste det heller utan det är väl hur mycket vinst de kan ta ut?”* (man, privat mottagning). Från några patienter lyftes farhågan att privata mottagningar skulle vara mer fokuserade på att gå med vinst än de offentliga mottagningarna, och att det riskerade att leda till att mottagningen tog in alltför många patienter.

Patienterna gav ofta ett reflekterande intryck när de pratade om andra LARO-mottagningar, även de som hade bytt från en mottagning som de varit missnöjda med. De kunde i samtalet resonera om att det ändå varit en del saker som fungerat bra på den tidigare mottagningen, och att den kunde passa för andra patienter. Många berättade att de kände personer vid andra mottagningar och att det fungerar bra för dem där. Det samlade intrycket från intervjuerna, som skedde drygt ett och ett halvt år efter vårdvalets införande, var att patienterna var tillfreds med sin egen situation. De som har velat byta, av olika skäl, hade gjort det, och de som valt mottagning vid nyinskrivning eller stannat på sin gamla mottagning var nöjda det.<sup>17</sup>

## **Behandlingens och mottagningens betydelse för patienterna**

### ***Personalens bemötande och professionalitet***

Kontakten med och relationen till personalen vid mottagningen framstår som mycket viktig för patienterna. Att det handlar om relationer som bygger på tillit och ömsesidighet/förtroende gavs flera exempel på i intervjuerna. *”Intervjuperson: [...] Men det har ändå tagit ett par år att komma varandra så nära. Lisa: Ja, det får ju lov att ta tid... Intervjuperson: Men dom ger liksom av sig själva, det fanns inte där borta på andra stället”* (man, privat mottagning). En patient berättade om hur personalen på mottagningen var tillmötesgående när hon i slutet av

---

<sup>17</sup> Den bild som förmedlades kan till viss del ha att göra med en urvalseffekt då deltagande i intervju baserades på patienternas vilja att prata om hur de upplevde sin behandlingssituation, i samband med att det endast är sex av 17 mottagningar som är representerade i patientintervjuerna. Se kapitel 4 för metodgenomgång.

en graviditet hade svårt att ta sig till mottagningen dagligen, och att hon då fick ta hem sin medicin över helgen relativt snabbt: *"Jag har också fått ge för att få det här förtroendet, rena urinprov, dyka upp när jag ska, såna saker"* (kvinna, offentlig mottagning).

Många av de intervjuade patienterna beskrev mottagningen som en mycket central del i deras liv, medan andra mer såg den som en vårdinrättning där de hämtar medicin, tar prover och gärna vill ha en god kontakt med vårdpersonalen. De senare betonade dock inte på samma sätt som de förra vikten av ett gott bemötande och personlig kontakt med kontaktpersoner och annan personal.

Läkaren är viktig för patienterna. Många tog upp tidigare svårigheter när det gällde att få tillgång till läkartider, och lovordade den förändring som de menar skett i det avseendet efter vårdvalets införande. Att läkaren på mottagningen är närvarande och lätt att få kontakt med framfördes som betydelsefullt i behandlingssituationen.

Flera patienter berättade om skillnaden i upplevt bemötande mellan mottagningar de varit på tidigare, före vårdvalet, och den de hade kontakt med vid tidpunkten för intervjun. *"Det är mycket mer energi här, och bemötandet, när du kommer in här bjuder personalen på ett leende och hejar, det är stor skillnad från [den tidigare mottagningen]"* (man, privat mottagning). En patient jämförde hur hon upplevde personalen på sin tidigare mottagning med den mottagning hon hade bytt till. På den tidigare mottagningen var det *"en väldigt hård jargong hos personalen"*, men på den nya upplevde hon bemötandet som mycket bättre. *"Här får jag respekt och känner mig nästan likvärdig med personalen"* (kvinna, privat mottagning).

Andra patienter tyckte inte att det blivit någon större förändring avseende bemötandet från personalen eller möjligheten att påverka sin behandling. Främst gällde detta patienter som valt att stanna kvar på den mottagning de gått på tidigare. *"Jag blir alltid väl bemött här och jag är väl en av de få som kanske gör lite som jag vill här, för att jag har bevisat att jag klarar av det. Jag har byggt upp ett förtroende, jag har aldrig ljugit, jag har aldrig dragit en vit lögn, jag har aldrig uppfört mig illa, jag har aldrig behandlat personalen med disrespect"* (kvinna, offentlig mottagning).

De patienter som upplevt sig bli väl behandlade på den mottagning där de gått länge betonade också att de ville ha en öppen och ärlig kontakt med personalen. Om relationen byggts upp under en lång tid står den också emot motgångar i behandlingssituationen bättre. *"Jag har hört det här, att man nästan pratat över huvudet på patienterna, men jag tycker att jag haft ett bra inflytande här hela tiden. [...] Om jag inte berättat om mina återfall för personalen utan visat positivt på prover, då hade det kanske blivit en annan attityd mot mig från min behandlare härifrån. Men jag har inte velat riskera att ha en sådan attityd, jag är mån om att det ska bli bra"* (man, offentlig mottagning).

En återkommande berättelse i patientintervjuerna handlade om hur bemötandet från personalen har kunnat variera beroende på hur de fungerade i behandlingen för tillfället. *"Intervjuperson: Jag fick ett återfall och då var det ingen som pratade med mig, men så fort det gick bra så var man upp till skyarna. Lisa: Så hur man skötte sig avgjorde hur man blev bemött? Intervjuperson: Mmm"* (kvinna, privat mottagning). En annan patient beskrev att hans kontaktperson på den tidigare mottagningen betedde sig annorlunda mot honom när han lämnade positiva urinprov, jämfört med om han lämnade negativa prover. På den mottagning där han gick då intervjun genomfördes upplevde han att personalen hade ett mer stödjande förhållningssätt, och uppmuntrade honom att vara ärlig och berätta i förväg om urinprovet skulle vara positivt.



Ytterligare en patient berättade om en liknande situation där bemötandet förändrats då han återfallit i missbruk, och hur han hade tagit upp det med personalen när han var förbi återfallet. *”Jag sa till henne att du behöver inte lägga några personliga värderingar i min vård, jag uppskattar om du är glad och trevlig mot mig för så vill jag bli bemött. [...] Ja, det ingår ju i själva vården nästan att man faller någon gång och sen behöver man ju hjälp upp. Om de ändrar attityd så är det lätt att man gräver ner sig lite igen”* (man, offentligt mottagning). Den här patienten var vid intervjutillfället fortfarande kvar på samma mottagning, han menade att det positiva med mottagningen övervägde bristerna.

### **Terapeutisk allians**

Många patienter betonade att de ville se sig själva och mottagningen i ett samarbete och att detta förutsätter ärlighet och förtroende. Följande utdrag ur en intervju visar hur intervjupersonen beskriver vikten av ärlighet i behandlingssituationen. *”Lisa: Det är många som menar att [behandlingen] bygger på en god kontakt och att man vågar vara ärlig. Intervjuperson: Vi klienter tjänar på att kunna vara ärliga, om vi inte kan det så tvingas vi in i den rollen att bli manipulativa igen. Att dribbla. Och ljuga. Och den är lätt att gå in i igen, den sitter där”* (man, privat mottagning). En del patienter uppgav att de alltid ”kört med öppna kort” och berättat för personalen om de använt något icke-förskrivet preparat. Andra resonerade om att det tidigare regelverket medfört att de stannat kvar i ett manipulativt beteende, för att det inte varit möjligt att vara ärlig då det kunde medföra risk för ofrivillig utskrivning.

Ett fåtal patienter som bytt mottagning tog upp att de vid några tillfällen hört personal på den tidigare mottagningen prata på ett nedlåtande sätt om andra patienter, vilket de såg som oprofessionellt. Det hade bidragit till att skapa misstroende gentemot mottagningen.

Betydelsen av en öppen och förtroendefull relation i behandlingen, en *terapeutisk allians*, är inget nytt (Lilly et al. 2000; Wampold 2013; Johnson et al. 2017). För LARO-patienter kan den ökande egenmakt som möjligheten till val och byte av mottagning innebär göra att möjligheterna att etablera och bibehålla en terapeutisk allians blir större. Här kan också den uppmjukning av föreskrifterna som skett, och som lett till minskad rädsla för utskrivning, spela en roll.

### **Kontrollen i LARO**

Kontroll av patienterna har alltid varit ett centralt inslag i LARO. Kontrollen avser framför allt följsamhet till och uppföljning av medicinering och sker dels genom att medicinen intas under uppsikt, dels genom övervakade urinprov som sedan analyseras. I stort sett alla patienter gav i intervjuerna samstämmigt uttryck för att kontroll är en oundviklig del i LARO. *”Det behövs en ordentlig kontroll, det är inte bara att ge ut medicin och sedan tro att allt ska fungera.”* (man, privat mottagning) *”Man ser ju ibland personer som är jättepåverkade och blånekar till att ha tagit något. Och jag menar, hade man inte kunnat ta urinprov på dem då, vad skulle man då göra?”* (man, privat mottagning). Kontrollen ansågs generellt vara förenlig med en god och förtroendefull relation till vårdpersonalen, även om flera tog upp svårigheten med personalens dubbla roller, både kontrollerande och stödjande. En patient berättade att han ser urinproven som en självklar del i kontakten med personalen och att resultatet från proven används på ett motiverande sätt i efterföljande samtal: *”Här får du hjälp med allt, de tar in dig, du får lämna urinprov. De triggas dig ”nästa gång får du vara ren...” Här känner man att personalen bryr sig. Det är inte som på [den tidigare mottagningen], där var det väldigt stelt och opersonligt”* (man, privat mottagning).

Hur kontrollen bör utformas fanns det däremot olika tankar om. De flesta ansåg att urinprov är en del av behandlingen och hade inga större problem med dem: *”Man är ju ganska van vid*

urinproven numera” (man, privat mottagning). Några patienter lyfte fram det integritetskränkande med övervakade urinprov. ”Det är väldigt kränkande att stå inför personal och urinera” (man, privat mottagning). ”Man känner sig... som de tar bort ens människovärde, faktiskt” (man, privat mottagning). Någon som hade stora svårigheter med att kunna kissa inför en annan person såg det som en stor lättnad att istället få möjlighet att lämna prover i form av salivtest, vilket det inte funnits möjlighet till tidigare.

Flera patienter poängterade att det är viktigt att urinproven har ett uttalat syfte och att de inte tas rutinartat eller slentrianmässigt. Detta kan sägas handla om delaktighet i behandlingen, att vara införstådd med *varför* vissa provtagningar är nödvändiga vid olika tidpunkter. Tät provtagning i början av behandlingen sågs som rimligt, eftersom patienterna då ska ställas in på rätt medicinering och det ofta kan vara lite ”svajigt” i den inledande fasen, då man går från ett oförutsägbart liv i missbruk till ett liv som präglas av behandlingens struktur. Även kontroll i form av att få gå dagligen till mottagningen vid återfall ansågs befogat, och sågs av många som en form av stöd. ”Men det är klart att de här återfallen jag har haft... Det har varit tre stycken, då har det blivit att jag fått gå varje dag under några veckor och sedan liksom börjat dryga ut det igen. Men jag har inte tänkt på det så mycket som kontroll, utan att det har varit bra för mig i den situationen” (man, offentlig mottagning).

Några patienter tog i intervjuerna upp att det är jobbigt att möta personer som är påverkade när de själva sköter sig och kämpar för att hålla sig drogfria. En mottagning har infört möjligheten att hämta medicin på en annan del av mottagningen, med separat ingång, för de patienter som hämtar medicin en gång i veckan eller mer sällan. Detta upplevdes som positivt av patienterna på denna mottagning, en patient beskrev det som en ”morot” för att komma ur sitt återfall.<sup>18</sup>

Personalens kompetens betonades av flera patienter som en viktig aspekt av den vidare kontrollen i behandlingen. Många patienter menade att det borde gå att minska frekvensen på urinproverna, särskilt nu när det inte längre är så att utskrivning som sanktion är kopplat till positiva urinprov. Flera pratade om vikten av att personalen känner patienterna väl, och på så sätt kan utläsa hur de mår och om de beter sig på ett ovanligt sätt. Detta kan exemplifieras av följande utdrag ur en intervju med en patient på en offentlig mottagning, som berättade om ett tillfälle då han tagit bensodiazepiner för att kunna sova, och hur hans kontaktperson direkt hade upptäckt det. ”Intervjuperson: Då kommer jag hit dagen efter, jag var lite mer sladdrig på rösten än som jag är idag och [kontaktpersonen] frågade direkt, jag hade kanske sagt en mening, om jag ätit benso. Jag blev helt ställd, han märkte på en gång och jag frågade ’hur vet du det’? Han sa att ’du är sladdrig på rösten’. Lisa: Och det hade du ändå tänkt berätta då? Intervjuperson: Ja, det hade jag men han märkte det snabbare än jag hann säga det” (man, offentlig mottagning).

En stor skillnad mellan LARO och andra behandlingar för kroniska vårdkrävande tillstånd är att patienterna i LARO kontinuerligt förväntas lämna övervakade urinprov under hela behandlingen, vilket för många kan innebära resten av deras liv. Vid andra sjukdomstillstånd, då analys av urinprov är en del av uppföljning eller kontroll, får patienten normalt lämna urinprov i enrum, vid enstaka eller ett fåtal tillfällen. Att införa salivprover eller andra alternativa provtagningsmetoder som är mindre integritetsingripande än urinprover är därför en viktig utvecklingsmöjlighet inom LARO.

---

<sup>18</sup> En annan vinkling skulle kunna vara att det kan bli en bekräftelse på misslyckande att vid återfall inte längre få gå till den avdelning där de ”skötsamma” patienterna går, men denna synpunkt framfördes inte av patienterna på mottagningen.

En farhåga som diskuterades inför vårdvalets införande var, som redan nämnts, att konkurrens om patienter skulle kunna leda till att mottagningarna skulle börja tumma på inkluderingskriterierna, eller att patienter skulle få gå kvar i behandlingen trots fortsatt allvarliga missbruksproblem (denna diskussion fördes innan Socialstyrelsen reviderade föreskrifterna och utskrivningsparagrafen togs bort). I intervjuerna uttryckte flera patienter missnöje över att vissa patienter fick fortsätta i behandlingen och komma till mottagningen trots att de var påverkade och uppfattades missköta sig. *"Jag tycker att det finns klienter som inte borde vara här. De kommer hit och är påtända, en del som kommer in och sliter upp dörren och ska ha sin medicin med detsamma. Förr kunde man lägga ifrån sig mobiltelefonen men det går inte nu. [...] Jag har sett personer som har hotat personalen och då borde det enligt reglerna bli direkt utskrivning, men de är fortfarande kvar"* (kvinna, privat mottagning).

Några patienter lyfte i samtalen oro för hur LARO kan komma att utvecklas på sikt, om det inte längre är möjligt att bli utskriven vid fortlöpande misskötsamhet. Flera jämförde med hur det varit tidigare, då "man verkligen höll hårt i sin metadonflaska" och var angelägen om att sköta sig för att inte riskera utskrivning.

Även patienter som var nya i LARO hade funderingar kring denna utveckling, en förändring som antagligen har mer att göra med den långsiktiga utvecklingen mot ökad symtomtolerans än med införandet av vårdvalet. *"Man måste ha ett incitament för att man ska sköta sig, aningen piska eller morot, eller både och är bäst. Om nånting kan försvinna så värderar man det mer, annars tar man det för givet. [...] Man tänker att man kan gå kvar här ändå"* (man, privat mottagning). Liknande tankegångar går igen i många intervjuer, och visar på ett dilemma där ökad symtomtolerans kan vara bra för den enskilde, men ha negativa gruppeffekter för andra.

### ***Psykosocial behandling och samverkan***

Inställningen till och efterfrågan på stödjande insatser varierade i patientintervjuerna, delvis utifrån de behov och erfarenheter de intervjuade själva hade av sådana insatser. Flera patienter uppgav att de hade haft stor nytta av olika psykosociala insatser från mottagningarnas sida. Andra menade att de själva inte var i behov av något särskilt stöd, men att det är viktigt att det finns för dem som behöver det. Utbudet av psykosociala stödinsatser var ett område i intervjuerna som patienterna inte var så engagerade kring, vilket kan tyda på att de inte funderat så mycket över det och att de är nöjda med sin situation: *"Det funkade säkert jättebra, men det är inget som jag utnyttjar"* (kvinna, privat mottagning). Generellt ansåg de patienter som intervjuades att möjligheterna till psykosocialt stöd är gott på mottagningarna, både vad gäller gruppverksamhet och vad gäller enskilda samtal med kontaktperson, kurator och psykolog.<sup>19</sup> *"Vill du så kan du få hjälp"* (man, privat mottagning). *"Jag går själv på KBT-samtal enskilt, det är jag tacksam för, det är givande"* (man, privat mottagning).

Intervjuerna tyder på att de patienter som inte klarat av de strikta förhållningsregler som gällde tidigare upplever att de fått bättre hjälp på den mottagning de bytt till än de fick på sin gamla mottagning. De patienter för vilka behandlingen fungerat väl en längre tid, och som därför inte bytt, var nöjda med sin mottagning och tyckte att de i stora drag fått den hjälp de behövt under hela sin behandlingstid. Denna tendens var tydlig i intervjuerna, men kan delvis bero på hur urvalet av intervjupersoner skedde. De patienter som inte varit nöjda med sin behandlingssituation och som därför valt att byta var i många fall angelägna om att få dela med sig av sina erfarenheter, såväl från den gamla som från den nya mottagningen. De som

---

<sup>19</sup> Även här kan eventuellt de intervjuade patienternas uppfattning till viss del härledas till urvalseffekter.

valt att stanna kvar på sin mottagning var mindre engagerade i frågan om vårdval och egenmakt, och hade inte heller reflekterat på samma sätt över vilket stöd de efterfrågade i behandlingen.

Socialtjänsten och övriga samverkanspartner berördes sällan i patientintervjuerna. I de fall kontakter med socialtjänsten omnämndes, till exempel avseende SIP (samordnad individuell plan), var intrycket att kontakterna i stort sett fungerade bra. Det patienterna efterfrågade i något högre utsträckning var mer insatser rörande sysselsättning.

Några av de äldre patienterna, med erfarenhet av vistelser på behandlingshem, uttryckte en oro för att yngre patienter som påbörjar LARO inte har tillräcklig kunskap om beroende eller om de psykologiska och sociala utmaningar som övergången till ett drogfritt liv kan innebära. Vissa beskrev möjligheten till dygnsvård på behandlingshem som mycket viktig, i vissa fall till och med avgörande, för att sedan klara sig bra i LARO. *”Jag hade inte gjort behandling innan. Jag åkte till [ett behandlingshem], jättebra ställe, jag hade aldrig klarat av den här behandlingen så bra om jag inte varit där. Jag tror att heroinister behöver något mer, men jag lärde mig mycket på den behandlingen” (man, privat mottagning).* *”Det största är nog att jag lärt mig mycket om mig själv, växt upp på ett annat sätt... Jag brukar jämföra mitt liv med innan [ett annat behandlingshem] och efter [detsamma], därför att jag var en annan person innan behandlingen och en annan efter. Jag har lärt mig om tankegångar, att tänka annorlunda och förändra mina tankar och varför du gör si eller så” (man, privat mottagning).*

På gruppnivå har de personer som inleder LARO idag sannolikt mindre erfarenhet av andra, medicinfräa vårdformer än dem som inledde LARO några år bakåt i tiden. Nyintagna patienter, särskilt yngre, har kanske därigenom ett större behov av samtidiga psykosociala insatser under LARO. Det finns ett fortsatt behov av samverkan och att socialtjänsten kan erbjuda behandlingshemsplaceringar för personer som har LARO. Sådana placeringar uppfattades som en framgångsfaktor i en tidigare utvärdering som Björn Johnson gjorde av samverkan mellan beroendevården och socialtjänsten i Jönköping (Johnson 2011).

## **Egenmakt och byten**

### ***Egenmakt och brukarinflytande***

I intervjuerna framkom att många av intervjupersonerna betraktar LARO-patienter som en svag grupp med dålig sammanhållning. *Lisa: Ett annat syfte med att införa vårdvalet var att stärka patientmakten, alltså brukarinflytandet. [...] Intervjuperson: Vi är en jättesvag och dålig grupp att gå ihop och så, det är det, folk är rädda...” (man, privat mottagning).* *”Vi faller på vår sammanhållning” (kvinna, privat mottagning).* Några tog upp möjligheten till engagemang inom någon form av brukarförening, men åsikten var då att de inte orkar eller klarar ett sådant åtagande: *”Jag tror inte jag orkar med det, ofta är det nån som är engagerad i sex månader och sen händer det inget mer. Jag har varit med en gång när det trillat itu, vill inte vara med en gång till, jag pallar inte. Man måste tänka på sig själv” (man, privat mottagning).*

Citatet belyser ganska väl situationen för Skånes Brukarförening, en av lokalföreningarna inom Svenska Brukarföreningen.<sup>20</sup> Skånes Brukarförening har ungefär 160 medlemmar enligt ordföranden Mikael Johansson, men föreningens aktiviteter är mycket begränsade. Det är i princip enbart Mikael Johansson själv som för föreningens talan och deltar som dess

---

<sup>20</sup> Lokalföreningarna är fristående från Svenska Brukarföreningen, som begärdes i konkurs i början av 2017.

företrädare i olika sammanhang. Han konstaterar att det är svårt att få igång en bestående brukarmedverkan på LARO-mottagningarna. De försök att starta brukarråd som gjorts på olika mottagningar har inte visat sig livskraftiga.

Patientinflytande i form av som kollektiv organisering bland LARO-patienter förefaller alltså vara förenat med svårigheter, eftersom patienterna till stor del utgörs av en stigmatiserad grupp som har svårt att mobilisera sig själva. Utöver beroendeproblematiken för ett liv i missbruk ofta med sig sociala, ekonomiska och emotionella problem och i en del fall kognitiva hinder, vilket försvårar möjligheten att bygga upp en organiserad brukarverksamhet.

En annan form av egenmakt eller patientinflytande avser individens möjligheter att påverka sin egen situation. Här tyder intervjumaterialet på att införandet av vårdval LARO har medfört en positiv förändring för patienterna, genom ökade valmöjligheter som relativt många har utnyttjat. Mikael Johansson, Skånes Brukarförenings ordförande, uttrycker förändringen så här: *"På det sättet var vårdvalet jättebra, för då försvann den här beroendeställningen [i relation till mottagningarna]. Så är det inte längre, för nu kan man, liksom, nu är vi kunder [skratt]."*

En allmän inställning till den ökade möjligheten till egenmakt illustreras av följande citat från en patient som varit i behandling i flera års tid. *"Lisa: Är det viktigt det, att få kunna välja? Intervjuperson: Ja, det tycker jag. Det tycker jag är bra att man har fått göra det [...] Lisa: Men det att 'jag kan välja', är det viktigt liksom? Har det varit mycket snack kring det som du känner till? Intervjuperson: Jag kommer ihåg hur det var i början när vårdvalet kom, då tyckte man att det var väldigt bra att man kunde välja mottagning. Dom sa: 'Har du hört att du kan välja mottagning', alla snackade om det och jag vet några stycken som har bytt. Lisa: Alla känner till det? Intervjuperson: Ja, nu vet ju alla om det. Jag tror alla gillar det faktiskt, att man kan välja mottagning, de flesta i alla fall. Det är bra att man själv kan bestämma"* (kvinna, offentlig mottagning). Att kunna välja, och välja bort, vårdgivare är en form av brukarinflytande som är nytt för patienterna inom den här delen av sjukvården.

De flesta patienter kände till att det införts ett vårdval för LARO i Skåne, något som mottagningarna också skulle informera sina patienter om. När Lisa Andersson tillbringade tid på de olika mottagningarna för att hitta intervjupersoner samtalande hon med många patienter i väntrummen, och det var få som inte kände till vårdvalet. Däremot hade inte alla klart för sig vad det egentligen innebar, utan verkade mest tycka att det är bra att de kunde få välja. Detta kan föras tillbaka till att LARO-patienter är en grupp som inte är vana vid egenmakt och valmöjligheter – enbart det faktum att de nu kan välja inom något område uppfattas som upplyftande.

En tveksamhet till att byta mottagning återfanns i många patienters resonemang. Även om de kanske inte var helt nöjda med sin nuvarande mottagning tog det emot att byta till en annan. Att få börja om igen med att bygga upp relationer till ny personal var en vanlig anledning som nämndes. *"Riva upp igen och börja med nya ansikten och så där"* (man, offentlig mottagning). Osäkerhet över om det verkligen skulle vara bättre på en annan mottagning lyftes av en del.

Beslutet att byta mottagning, eller välja från början, framstår som olika stort i patientintervjuerna. För vissa fordrade ett sådant beslut inga större överväganden, medan det för andra var framstod som svårare. En del patienter hade gjort ganska omfattande research inför sitt val eller byte av mottagning. Några höll sig à jour med utvecklingen på mottagningarna i närområdet, även om de inte avsåg att byta mottagning just då. Ett par patienter nämnde att de fått stöd från en kontaktperson inom socialtjänsten eller liknande när det gällde byte eller val av mottagning.

### ***Byte till och från – om patienternas motiv till val av mottagning***

Som vi tog upp i det föregående kapitlet har relativt många patienter valt att byta mottagning sedan vårdvalet infördes. Vår enkät till LARO-mottagningarna tyder på att byten var vanligast under vårdvalets inledande period. Byten mellan mottagningar skedde i högre utsträckning 2015 än 2016. Några av de offentliga mottagningarna har stått för en hög andel patienter som lämnat mottagningen, och bytt till företrädesvis privata mottagningar.

Merparten av de patienter Lisa Andersson intervjuade hade antingen bytt eller valt ny LARO-mottagning efter vårdvalet. Flera olika skäl till att vilja byta mottagning nämndes i intervjuerna. Många uppgav att de ansett sig bli felaktigt behandlade, både vad gällde bemötande och medicinering, och att de inte kommit överens med personal på den tidigare mottagningen: *Intervjuperson: ”På [den tidigare mottagningen] så pratade de om någonting som de inte vet någonting om. Lisa: Är det annorlunda här? Intervjuperson: Ja, det tycker jag, de är mer ödmjuka, läkarna lyssnar mera på vad man har att säga. Man blir bemött som en människa, där [på den tidigare mottagningen] blir du bemött som en missbrukare, du får skylla dig själv” (man, privat mottagning).*

En del patienter som hade gått på samma mottagning väldigt länge uttryckte en lättnad över att kunna byta mottagning för att ”börja om” på nytt. *”Jag tycker att det är jättebra att man kan byta. Det får jag säga, för mig var det bra, jag kände att jag behövde komma bort, börja om där någon inte vet vem jag är” (kvinna, privat mottagning).*

Flera av de patienter som haft lång erfarenhet av LARO på stora, offentligt drivna mottagningar och som bytt till andra mottagningar efter vårdvalet beskriver de tidigare behandlingserfarenheterna som präglade av misstänksamhet och brist på tillit, med en ständig oro för att bli utskrivna från programmet: *”Sen det här som låg och puttrade under många år, risken för att åka ut, det har man levt med under så många år, det har tårt på en som fan” (man, privat mottagning).*

Erfarenheter av det här slaget bör möjligtvis ses i ett bredare perspektiv, där den rådande tidsandan, regelverket kring behandlingen och även narkotikapolitiken och den moraliserande hållning som präglat samhället i stort varit av betydelse för patienternas upplevelser. Detta har sannolikt legat de offentliga mottagningarna i fatet vid vårdvalets införande; patienter som upplevde att gamla oförrätter ”satt i väggarna” valde att lämna de offentliga mottagningarna, utan att reflektera så mycket över om även dessa förändrats den senaste tiden. Samtidigt kunde också flera intervjupersoner uttrycka sig nyanserat om de mottagningar där de haft behandling tidigare, som vi nämnde i avsnittet om differentiering.

På frågan om det vid tidpunkten för intervjun fanns något som skulle kunna få patienterna att överväga att byta mottagning sa i stort sett alla att det inte fanns något som skulle få dem att byta, de var nöjda. De flesta fortsatte med att påpeka att om det inte längre fungerade som det gjorde vid intervjutillfället, då skulle de fundera på att byta.

Några av de patienter som påbörjat LARO efter vårdvalets införande, och i samband med det valt mottagning, tog upp att mottagningens storlek varit en viktig faktor för deras val. Oftast handlade det om att de valt en mottagning som de uppfattade som lagom stor – varken för stor eller för liten. Ett par intervjupersoner menade att vilka andra personer som var i behandling vid en viss mottagning hade betydelse för deras val: *”Hade en del [personer] börjat på den här mottagningen hade jag till och med kunna överväga att byta just av den anledningen” (man, offentlig mottagning).* En patient, som valt att söka sig till en offentlig mottagning, tog upp att stabilitet var viktigt för honom. *”Alltså, jag tänkte lite så här, vem som har varit med länge” (man, offentlig mottagning).* Något annat som de flesta patienterna la vikt vid då de

skulle välja var erfarenheter och uppfattningar om de olika mottagningarna från vänner och bekanta i LARO.

De patienter som valt att stanna kvar på den mottagning de tillhört innan vårdvalet tillfrågades om vad som skulle ha varit viktigt för dem om de skulle välja mottagning nu. Tillgängligheten och den geografiska närheten till mottagningen var något som lyftes av de flesta. Många av de patienter som valt att stanna kvar på sin mottagning påbörjade sin behandling då det var långa väntetider och då utredningsförfarandet var tidskrävande. En av dem poängterade möjligheten att snabbt kunna komma in i behandling: *”Vem som kan ta emot mig snabbast, det har stor betydelse. Är man i missbruk och vill sluta, det är en process som måste gå snabbt, att få behandling. Det hade jag tittat på” (man, offentlig mottagning).*

Något som framträdde i de minnesanteckningar som fördes i samband med intervjuerna, och som även togs upp i andra samtal med patienter, var mottagningarnas inställning till att patienter stannade kvar på mottagningen efter att de haft sin behandlingskontakt (medicinhämtning, provtagning eller samtal). Här skiljde sig mottagningarna åt. En mottagning uppmuntrade patienterna att tillbringa tid på mottagningen, vilket verkade uppskattas. Många av patienterna på denna mottagning hade en lång missbrukshistoria och få hade sysselsättning. Flera uttryckte tillfredsställelse över att kunna få stanna kvar på mottagningen några timmar och umgås med personal och andra patienter. *”På de andra mottagningarna fungerar det inte lika bra, det finns en del personer jag känner som går på andra mottagningar, men de är bara där för att få sin medicin och sen åker de hem igen och är nöjda med det. Här är det ju lite annorlunda, vi [patienter och personal] sitter här och pratar och de hjälper en på många olika sätt” (man, privat mottagning).*

Det fanns även fler mottagningar än den nu nämnda som hade ett öppet och inkluderande förhållningssätt och där det var möjligt för patienterna att stanna kvar på mottagningen efter medicinhämtning. Gemensamt för dessa mottagningar var att personalen ofta befann sig i väntrummet tillsammans med patienterna.<sup>21</sup> På ett par ställen var väntrummen belägna så att personal hela tiden passerade dem när de rörde sig i lokalerna, och ibland satte de sig ner för att samtala med patienterna.

Andra mottagningar hade lokalmässigt valt att inte ha någon större möjlighet för patienterna att dröja kvar. På en mottagning var det låst mellan väntrummet och de övriga lokalerna.<sup>22</sup> Patienterna togs emot en i taget och lämnade därefter mottagningen efter besöket. På den här mottagningen hade många av de patienter Lisa Andersson pratade med inställningen att de ville ”sköta sig själva”. De efterfrågade därför inte gemensamma aktiviteter i samma utsträckning som patienterna vid den först beskrivna mottagningen.

Några patienter beskrev att de efter vårdvalets införande sökt behandling på en viss mottagning men blivit nekade på ett, som de menar, oklart sätt. Berättelserna är likartade, såtillvida att patienterna upplevde att läkaren gett dem otydliga besked om vad som gällde för att skrivas in i behandlingen, och att överenskommelser därefter ändrats under inskrivningsprocessen. De här patienterna valde att söka behandling på andra mottagningar istället. De patienter det rört sig om har haft LARO i många år, parallellt med en historia av sidomissbruk. Även om det bara är ett fåtal som gett uttryck för upplevelsen att inte bli accepterad som patient vid ansökan är det angeläget att det uppmärksammas. Mottagningarna

---

<sup>21</sup> Flera av mottagningarna hade inte något avgränsat väntrum, istället fanns en öppen väntrumsdel i mottagningens lokaler med soffor, bord och kaffe.

<sup>22</sup> Det vanliga var att mottagningens ytterdörr var låst och att besökare fick ringa på en dörrklocka för att bli insläppta i lokalerna, där det sedan var öppet från väntrummet in till den resterande delen av mottagningen (frånsett medicinrummet som var låst).

inom vårdvalet får enligt ackrediteringsreglerna inte neka någon patient behandling som uppfyller inkluderingskriterierna. Det är inte tillåtet att "nischa" sig som mottagning genom att försvåra inskrivning av patienter som upplevs som särskilt vårdkrävande.

### *Vi måste prata om benso...*

En farhåga som framfördes initialt om vårdval LARO, både från politiskt håll och från enhetschefer, var att vissa mottagningar skulle "locka till sig" patienter genom att låta dem få alltför stort inflytande över vilka läkemedel som förskrivs. Farhågorna gällde dels LARO-preparaten metadon och buprenorfin (val av preparat och dosnivå), dels förskrivning av andra läkemedel, framför allt bensodiazepiner. En regionpolitiker (M) beskrev den här farhågan som att *"samtidigt ska det ju inte vara så att man kan byta för att det ska bli mer liberalt och enkelt att få tag på [läkemedel]. [...] Viktigt att man följer upp så att det inte är privata vårdgivare som försöker tänja på [gränserna] för att det blir ett vinstintresse i det."*

När det gäller val av preparat och dosnivå för underhållsmedicineringen så upplevdes detta inte som något problem av de intervjuade patienterna. Förskrivning av bensodiazepiner blev däremot ett mycket centralt tema i patientintervjuerna och samtalen i väntrummen. Många av de intervjuade patienterna tog upp ämnet innan Lisa Andersson hade hunnit fråga om det.

Flera patienter gav uttryck för ambivalens när det gäller bensodiazepiner, både avseende eget bruk och det faktum att det finns LARO-mottagningar som förskriver sådana preparat. Vissa var tydliga med att de själva inte ville ha bensodiazepiner, och någon ansåg inte att preparaten alls borde förskrivas. Den övervägande uppfattningen bland patienterna var dock att det finns personer i LARO som behöver bensodiazepiner och att de bör kunna få det. Följande citat, från en patient på en offentlig mottagning, kan illustrera denna inställning: *"Det är klart, om jag har ångestproblem och behöver ha bensodiazepiner, då skulle jag inte bara gå på geografin utan titta på mottagningar där det är okej också. [...] I vissa fall kan jag hålla med om att det är bra, vissa kanske behöver det, men, ja, jag är väldigt restriktiv så" (man, offentlig mottagning).*

När ämnet bensodiazepiner togs upp i intervjuerna kom flera patienter snabbt in på sitt eget förhållande till dessa preparat, och till andra liknande läkemedel. Många hade använt bensodiazepiner för att söka hantera sömnproblem, ångest eller oro och många hade också haft problem med dessa preparat. Vissa upplevde att de hade fått bra hjälp på sin mottagning för att kunna sluta med bensodiazepiner, medan andra var missnöjda. *"Här har jag fått mycket hjälp, jag har bytt från [en annan mottagning] till det här programmet. Det här är det enda programmet som har stesolid-nedtrappning, det är ett program för oss med bakomliggande missbruk också. Det [bensodiazepiner] är värre [att sluta med] än heroin" (man, privat mottagning).* Även i intervjuerna med enhetschefer betonade många behovet av att kunna erbjuda patienterna ett individuellt anpassat stöd när det gäller problem med lugnande läkemedel. Vi återkommer till det i nästa kapitel.

I det här sammanhanget kan egenmakten, uttryckt som möjligheten att få välja (få bensodiazepiner förskrivna eller inte), vara problematisk. Ska valfriheten värderas högre än hur vården bäst bör utformas enligt forskning och beprövad erfarenhet? Är det okej att välja något som kanske inte är bra för en? Samtidigt är det viktigt att ha klart för sig vad som läggs in i begreppet val här. Är det val som i att kunna välja LARO-mottagning, eller har tankegången förskjutits till att avse val som i att kunna välja vilket läkemedel man ska få utskrivet? Det är möjligt att det är mer vanligt inom LARO än inom andra delar av sjukvården att patienter resonerar eller förhandlar med sina läkare om vilken medicin som är lämpligast, vilket illustreras av följande citat. *"Intervjuperson: [Redogör för bakgrunden till sitt återfall] ...men, ja, jag har gått tillbaka till Seraquel och somnar bättre och fungerar normalt. Det var*



*Imovane som saboterade det, men det var mitt eget fel. Lisa: Och så fick du nu Oxascand [en bensodiazepin] insatt istället. Var det du eller dom [mottagningen] som kom på det, att du skulle ta den medicinen? Intervjuperson: Nej, det är jag. Lisa: Så du bad om det liksom? Intervjuperson: Ja, de känner mig, de vet att jag trappat ner på Lyrica och att min målsättning är att ha så lite som möjligt” (man, privat mottagning).*

Det är den medicinskt ansvariga läkaren som avgör om en LARO-patient ska ordineras bensodiazepiner eller inte. Behandlingen ska utformas i samråd med patienten, men förskrivningsbeslutet fattas förstas slutgiltigt av läkaren.

Som vi nämnde tidigare uppfattade de allra flesta patienterna att det skett en differentiering mellan mottagningarna när det gäller förskrivning av bensodiazepiner. Flera patienter ifrågasatte dock om det verkligen var så lätt att få tag på bensodiazepiner på vissa mottagningar som rykten velat göra gällande. Följande utdrag ur en intervju är ett exempel detta: ”Intervjuperson: Det kan ju finnas saker som man vill få ut av ett byte som inte är så bra för en själv. Att man vill ha mer mediciner, för att få så mycket som möjligt, det finns ju de som vill ha det också. Lisa: Hur brukar det se ut då? Intervjuperson: De får ju en obehaglig överraskning, det blir problem efter ett tag, gnäll i väntrummet. Men vi vet ju vad Socialstyrelsen tycker. Här särskiljer sig ju [den aktuella mottagningen] eftersom de erbjuder benso de första sex månaderna. Ja, [en annan mottagning i samma stad] gör det också. Man kan ha det till en början men efter en tid ska de trappas ut. Det är många som inte riktigt förstår att det ligger till på det viset, som tror att de ska få behålla det hela tiden” (man, privat mottagning).

Slutligen bör poängteras att många patienter, både bland dem som intervjuades och bland dem Lisa Andersson pratade mer informellt med, hade gjort ett tydligt och medvetet val att inte efterfråga bensodiazepiner. Detta framkommer särskilt tydligt hos patienter som hade behandling på de offentligt drivna mottagningarna. ”För att jag ska kunna hålla mig själv drogfri så måste det finnas tydliga regler. [...] Här är de jättehårda och de är strikta med allting och hela den biten. Jag tänkte att jag måste ha det så, annars funkar inte jag, jag kan inte få spelrum liksom... De andra pratar om mottagningar att ’där på den mottagningen så är det lätt att få grejer’, men då är man inne i det tänket, vadå få grejer, det är ju inte därför jag går i behandling” (man, offentlig mottagning). För de här patienterna var det inte ett alternativ att välja en mottagning med ett mer tillåtande förhållningssätt till bensodiazepiner.

Som vi nämnt tidigare har en annan viktig förändring skett inom LARO under den tid vi arbetat med utvärderingen, nämligen revideringen av Socialstyrelsens föreskrifter för LARO i februari 2016. Två av de viktigaste förändringarna var att spärrtiden och utskrivningsparagrafen togs bort. Även innan de reviderade föreskrifterna trädde i kraft hade dock symtomtoleransen vid mottagningarna i Skåne ökat. I praktiken innebär detta att antalet ofrivilliga utskrivningar från LARO har minskat och att fler patienter med allvarligt sidomissbruk är kvar i behandlingen, jämfört med hur det var tidigare. Samtidigt har det totala antalet patienter i LARO ökat med nästan 50 procent mellan 2013 och 2016 (se kapitel 5). Detta har sammantaget medfört att sidomissbruk av bensodiazepiner (och andra preparat) har blivit mer synligt i behandlingen. Flera patienter berättade att de kunde vara ärligare med sin droganvändning nu än tidigare, då de inte längre riskerar utskrivning som en följd av upprepade positiva droganalyser.

### **Att vilja men inte kunna – om framtiden och medicinens makt**

Intervjuerna med patienter avslutades med en fråga om vad de hade för tankar och förhoppningar inför framtiden, hur de såg på sitt liv några år framåt i tiden. Många började

med att säga att de antingen hoppades att de hade trappat ut sig från buprenorfin eller metadon då, eller att de hoppades att de gick kvar på mottagningen. *”Lisa: Om du tänker dig tre eller fem år fram i tiden, hur tror du att ditt liv ser ut då? Intervjuperson: Om jag ska tänka så börjar jag med min medicin. Kanske har jag sänkt till 30 eller 40 milligram, jag får kanske ta hem min medicin, kanske bara kommer en gång i månaden för att lämna urinprov. Ja, och då är väl allting bra liksom.”* (man, privat mottagning) Först därefter, eller efter en följdfråga om livet i övrigt, kom intervjupersonerna in på tankar om sådant som familjesituation, boende och sysselsättning. På sätt och vis är detta inte konstigt, med tanke på att intervjun handlade om LARO, men frågan ställdes med fokus på orden framtid och liv, inte behandling eller medicin. En mindre grupp patienter – ofta de som redan tidigare under intervjun betonat andra delar i livet än medicinen och mottagningen – tog först upp ämnen som kontakten med barn, arbete eller egen lägenhet, när framtidsfrågan ställdes.

Som vi nämnde ovan uttryckte många patienter en önskan om att på sikt trappa ut sitt läkemedel och avsluta behandlingen. De talade om detta i olika starka ordalag, men formulerade sig ofta i termer av att vilja bli *fri* från något – medicinen, mottagningen eller kontrollen – som styr ens liv. Vissa talade också om att slippa ifrån den oro och de känslor av maktlöshet som LARO-patienter ofta kan uppleva. Så här beskrev en patient sina känslor då han vid ett tidigare tillfälle hade bestämt sig för att (hastigt och utan nedtrappning) avsluta behandlingen: *”Låt mig få andas liksom! Det är precis som att någon har strypt mig och styrt mig hela livet och jag har aldrig fått släppa taget. [...] Jag är 43 år idag och har fortfarande inte stått på egna ben. [...] Det är alltid någon myndighet som har pekat ut vägen; dit ska du, dit ska du, det ska du inte, och ska du göra det får du inte göra så här. Jag vill ha ett vanligt liv där jag själv kan bestämma och då kände jag att nu får det vara nog”* (man, offentlig mottagning). Mannen återföll senare i heroinmissbruk och ansökte då åter om LARO, men han hade alltså en önskan om att kunna avsluta behandlingen någon gång i framtiden.

Som vi tog upp i kapitel 2 är det en vanlig önskan och förhoppning bland LARO-patienter att någon gång kunna avsluta behandlingen, även om få lyckas göra det med framgångsrikt resultat. Det är angeläget att personalen är medvetna om de motstridiga känslor de här tankarna kan innebära för patienterna, eftersom de kan innebära en extra utmaning i behandlingskontakten.

Andra patienter berättade att de såg LARO som en livslång behandling: *”Jag har sagt att när jag ligger i en kista så har jag metadon i kroppen, det är för livet ut som jag tar metadon.”* (man, privat mottagning) Noterbart är att flera av dem som beskrev LARO som en livslång behandling uttryckte sig i termer av ”val” och ”acceptans”, vilket indikerar att de hade resignerat inför ett faktum som de i grunden inte såg som det mest önskvärda. *”För att inte bli stressad så tror jag att jag har någon form av kontakt liksom. Jag har ju accepterat att det är en livslång behandling... Men när mitt liv är på plats så kanske man kan våga börja tänka på det.”* (man, privat mottagning) *”Jag har valt att jag får leva med att jag får ha metadon i resten av mitt liv, men hellre det än att gå tillbaka till heroinet, den skiten tänker jag aldrig gå tillbaka till och det kan jag leva med”* (man, offentlig mottagning).

## 7 Enhetschefernas perspektiv

För att få en bild av LARO-verksamheternas uppfattning om vårdvalet har semi-strukturerade intervjuer med mottagningarnas enhetschefer genomförts vid två olika tillfällen. Den första intervjuomgången skedde mellan november 2014 och april 2015, den andra mellan december 2016 och februari 2017. Vid det första intervjutillfället fanns det 15 LARO-mottagningar i Skåne, vid följande intervjuomgång hade antalet mottagningar vuxit till 18. Även svar på öppna frågor i enkäten som skickades till mottagningarna 2015 och 2016 ligger till grund för detta kapitel. De flesta citaten i kapitlet är från den andra intervjuomgången. I de fall citaten kommer från det första intervjutillfället anges detta i parentes efter citatet.

### Tillgänglighet

#### *Tillträde till LARO*

I båda intervjuomgångarna rådde konsensus om att det bör vara lätt att komma in i LARO och att det funnits ett behov av att komma ifrån den situation som tidigare förelegat, med långa köer till behandlingen och utskrivningar som medfört stora risker för patienterna. Ökningen av tillgängligheten har lett till att det i princip inte fanns någon kö alls till LARO vid det andra intervjutillfället. *”Vi har inga väntetider för att komma in till oss” (enhetschef, privat mottagning).* *”Innan vårdvalet så hade vi kösystem även här i X-stad, där det var mellan fem och tio [personer] i kö. [...] Men det försvann ganska snabbt när vårdvalet kom igång och där öppnade fler” (enhetschef, offentlig mottagning).* Ett par enhetschefer nämnde att det varit svårigheter med bemanningen under sommaren 2016, vilket då lett till vissa väntetider.

Förändringen i Socialstyrelsens föreskrifter gällande inkluderingskriterierna för LARO uppskattades av de intervjuade. Ett antal patienter, som tidigare kontaktat mottagningar men fått avslag på ansökan till följd av bristande dokumentation, hade nu kunnat inleda behandling. Flera enhetschefer berättade dock att den förväntade ökningen i ansökningar från smärtpatienter, personer med beroende av receptförskrivna opioider, hade uteblivit. Det stora flertalet av inskrivningarna består istället av personer som tidigare varit i LARO och som ansöker igen efter behandlingsuppehåll samt personer med heroinberoende men utan tidigare LARO-erfarenhet. *”Alltså jag blir ständigt förvånad över att de här patienterna dyker upp och gör egenanmälningar som faktiskt inte... går nånstans. Alltså som är ny-nya” (enhetschef, privat mottagning).*

En farhåga som lyftes i den första intervjuomgången var att mottagningarna skulle göra olika bedömningar av inkluderingskriterierna, så att patienter som nekats behandling vid en mottagning skulle kunna bli accepterade vid en annan. Främst avsågs risken att vinstdrivande mottagningar skulle göra mer liberala bedömningar. Sedan inkluderingskriterierna reviderades 2016 är det i högre grad de enskilda läkarnas bedömningar (och i lägre grad befintlig dokumentation) som avgör om en person får LARO eller inte. Vid den andra intervjuomgången fick vi intrycket att enhetscheferna inte anser att det finns någon tydlig samsyn mellan mottagningarna gällande sådana bedömningar. *”Intervjuperson: Alltså nej, det uppfattar jag inte riktigt att det finns. [...] Jag vet att det är någon som har sagt nej till någon och vi har sagt ja, och vi har sagt nej till någon som någon annan sedan sagt ja till. Björn: Vad är det som skiljer åt? Graden av sido... alltså blandberoende? Intervjuperson: Ja, graden av sidomissbruk, alltså blandmissbruk” (enhetschef, privat mottagning).*

Några intervjupersoner tog upp risken för att personer utan tillräckligt opioidberoende skulle tas in i LARO, samtidigt som alla enhetschefer sa sig vara medvetna om detta och att de inte ville bidra till att skapa ett beroende genom LARO hos någon som inte tidigare haft ett höggradigt beroende. *”När vi har suttit ner i samverkansmöten och så har det ändå känts som att vi har någon sorts samsyn på att vi inte vill starta ett beroende hos någon som, bara funderat utifrån de nya föreskrifterna exempelvis” (enhetschef, privat mottagning).*

Ett exempel på en förändring som verkar ha varit en direkt följd av vårdvalet är att en del av de mottagningar som fanns innan reformen utökade sina öppettider. *”Det som vi har tänkt på är ju utifrån det här att man skulle nischa sig och det är klart att vi har gjort vissa förändringar som vi tycker känns acceptabelt, att vi till exempel serverar frukost varje vecka och att vi har utökat öppettiderna” (enhetschef, offentlig mottagning).* Från att flera mottagningar endast haft öppet för medinhämtning på förmiddagarna erbjuder nu alla mottagningar även möjlighet till medicinhämtning på eftermiddagarna. Det normala är dock att patienter som hämtar sin medicin flera gånger i veckan ska komma på förmiddagarna, medan eftermiddagarna avsätts för planerade besök och inbokade samtal.

### **Geografiskt avstånd till LARO-mottagningar**

Tillgänglighet till LARO utifrån geografisk närhet togs upp av en del intervjupersoner. Som vi nämnt i kapitel 5 har det sedan vårdvalets införande etablerats LARO-mottagningar i tre städer som inte hade någon mottagning tidigare: Landskrona, Ystad och Ängelholm. Fortfarande är mellersta Skåne utan LARO-mottagning, och flera enhetschefer poängterade att den geografiska spridningen lämnar en del att önska. *”Man har ju inte lyckats egentligen att ta det i mitten av Skåne [...] så det har ju inte blivit som de hade tänkt sig heller med vårdvalet” (enhetschef, offentlig mottagning).*

Något som kommit upp i flera intervjuer är att mottagningarna blivit kontaktade av personer som bor utanför Skåne och som vill ansöka om LARO. *”Att köerna är kortare det vet man ju uppe i Norrland, att de ringer hit eller mejlar hit och vill veta hur man kan gå till väga och så” (enhetschef, privat mottagning).* I några fall har också personer flyttat ner till Skåne för att kunna få börja i LARO.

### **Mottagningarnas storlek**

Några mottagningar har ökat sitt patientantal mycket snabbt under vårdvalet, vilket enhetscheferna på de aktuella mottagningarna till viss del såg som problematiskt. Tillströmningen av nya patienter blev större än mottagningarna hade planerat för och ledde till personalbrist, och i ett par fall även till lokalmässiga problem.<sup>23</sup> *”Vi hade ju inte räknat med det här, vi fick ju anställa personal i all hast. [...] Det är på gränsen, om vi ska ta in fler patienter måste vi ha en ny lokal, man kan ju inte neka någon [behandling]. Då, i början, var det som en ketchup-effekt” (enhetschef, privat mottagning).* Ett par mottagningar har skaffat större lokaler och vid den senaste intervjuomgången uppgav så gott som alla enhetschefer att bemanningen är tillräcklig och att de kan ta emot alla sökande. En enskild mottagning har dock haft problem med att ta in alla patienter som ansökt om behandling. Detta har medfört att personer som velat byta till denna mottagning fått stanna kvar på sin tidigare mottagning, i vissa fall under flera månaders tid. En enhetschef vid en mottagning i samma stad framförde att detta varit problematiskt, då det varit svårt att behandlingsplanera och skapa en terapeutisk allians med de patienter som väntade på att få byta mottagning. Enhetschefen ansåg även att situationen kunde ha negativ inverkan på mottagningens övriga patienter, då missnöje från

---

<sup>23</sup> Även i några av patientintervjuerna framkom att de intervjuade noterat att vissa mottagningar tidvis varit underbemannade, vilket bland annat lett till längre väntetider vid medicinhämtning.

patienter som stod i kö för att få byta mottagning riskerade att påverka klimatet på mottagningen.

## **Samverkan**

### ***Region Skånes nätverksmöten***

Sedan vårdvalet infördes har Region Skåne samlat representanter för alla LARO-mottagningar till återkommande nätverksmöten. Mötena har anordnats två gånger per år av regionens hälso- och sjukvårdsstrateg med ansvar i frågor som rör psykisk hälsa. Syftet med mötena har varit att främja samverkan och ge möjlighet att diskutera och informera om aktuella frågor. Vid de senaste tillfällena har mötena hållits under två dagar, en dag för enhetschefer och en för läkare. Lisa Andersson har närvarat vid de flesta nätverksmöten som anordnats och vid några tillfällen har även Björn Johnson varit med.

Två diskussionsämnen har återkommit vid nätverksmötena, ersättningssystemet och förskrivningen av bensodiazepiner. Vid de första nätverksmötena var stämningen bitvis upprörd och diskussionerna mellan företrädare för olika mottagningar högljudda, främst avseende synen på bensodiazepiner. Vårt intryck är dock att relationerna mellan mottagningarna förbättrats avsevärt och diskussionerna förs nu i ett lugnare samtalsklimat.

Enhetscheferna ansåg vid den första intervjuomgången att nätverksmötena varit värdefulla och att det var angeläget att de skulle fortsätta. Även vid det andra intervjutillfället gav intervjupersonerna samstämmigt uttryck för att nätverksmötena är viktiga för informationsförmedling och att de ger möjlighet att under informella former träffa personer som arbetar på andra mottagningar. *”Jag tycker att det är jättebra, för man måste på något sätt ändå ha en samsyn och samtidigt kommer där ju upp olikheterna också och det blir en diskussion. Så man vet att alla har fått samma information om vad som gäller”* (enhetschef, offentlig mottagning). Några hade förslag på att träffarna skulle kunna utvecklas med mer utbildningsinslag och även riktas till andra personalkategorier än chefer och läkare.

### ***Samverkan mellan LARO-mottagningar***

Vårt intryck är att samverkan mellan LARO-mottagningarna gradvis har förbättrats sedan vårdvalet infördes. Flera av de offentliga mottagningarna hade en uppbyggd samverkan redan tidigare, men i övrigt förekom inte mycket samröre mellan mottagningarna till en början, det var främst enhetscheferna som träffades på de nätverksmöten som regionen kallade till. I den första omgången intervjuer märktes en del skepsis mot att samverka med andra mottagningar, företrädesvis från de offentliga mottagningarna gentemot nyöppnade privata verksamheter. Det konstaterades att man kanske främst såg varandra som konkurrenter, vilket inte främjande samverkan. *”Den [kontakten mellan LARO-mottagningarna] är väl inte den bästa, det har väl varit mera av konkurrenstänk”* (enhetschef, privat mottagning, första omgången). I flera intervjuer uttrycktes dock en förhoppning om mer samarbete mellan mottagningarna. *”Jag önskar att man kunde ringa och fråga [varandra] mer, men så är det inte. Jag tror det kommer att bli bättre”* (enhetschef, privat mottagning, första omgången). *”Patienterna kan spela ut oss om det inte finns ett samarbete mellan mottagningarna”* (enhetschef, privat mottagning, första omgången).

I intervjuerna som skedde två år senare framträdde, med något undantag, en bild av ökat samarbete. Det har etablerats en mer inkluderande inställning gentemot andra mottagningar, även mellan offentliga och privata. Flera intervjupersoner beskrev att de hade gjort studiebesök på andra mottagningar. Sammanfattningsvis kan konstateras att situationen blivit lugnare, kanske i och med att mottagningarna märkt att patientunderlaget verkar räcka till för

alla. ”Jo, alltså, om jag jämför med processen som har varit så har vi ju nog, vad ska jag säga, fallit till ro och det är liksom... Vi har upparbetat ett samarbete med vissa, och liksom det, jag tror att alla har, det har lugnat sig för de flesta. Det var rätt mycket i början” (enhetschef, offentlig mottagning).

I Helsingborg, där det öppnats fyra nya, privata mottagningar efter att vårdvalet startade, har det inletts gemensamma möten tillsammans med socialtjänsten två gånger per termin. Dessa möten är mycket uppskattade av mottagningarna. ”Samtliga, både LARO-mottagningarna och socialtjänsten, har upplevt det som väldigt positivt. Vi kan bolla idéer, vi kan förklara för varandra vad som gäller” (enhetschef, privat mottagning). Fyra av Helsingborgs fem mottagningar har deltagit i mötena. De initierades av socialtjänsten, som ansåg att det var problematiskt att mottagningarna hade delvis olika rutiner och synsätt och därför ville få till stånd en främjande dialog. En annan samverkan som kan nämnas är mellan två mottagningar i Malmö, en privat och en offentlig, som etablerat samarbete med en vårdcentral i ett gemensamt projekt (Dahlman et al. 2016).

Flera enhetschefer lyfte redan i den första intervjuomgången frågan om patientsäkerhet vid byte av mottagning, att det saknades gemensamma rutiner för hur byten praktiskt skulle genomföras så att patienter inte kunde få medicinerings vid två mottagningar samtidigt under övergången. Detta har diskuterats vid flera tillfällen under regionens nätverksmöten, och togs också upp av några intervjupersoner under den andra intervjuomgången. ”Intervjuperson: Det finns inga rutiner heller för när man tar över patienter. Alltså som vi kommit överens om alla mottagningar. [...] Lisa: Det finns det inte? Intervjuperson: Nej, man gör lite som man vill, lite olika. Och risken är ju den att man får dubbla doser, det är ju det. [...] Men det har blivit bättre” (enhetschef, privat mottagning).

Den här bristen på samverkan vid byten var särskilt framträdande på två orter där det fanns mer än en LARO-mottagning, medan det på två andra orter med mer än en mottagning inte upplevdes som riskfyllt vid byten. Ansvar för byten ligger enligt ackrediteringsvillkoren på den nya mottagningen, men samplaneringen fungerar tydligen inte alltid (Region Skåne 2016). Det framstår som önskvärt att Region Skåne tydliggör hur tillvägagångssättet ska se ut vid byten.

### ***Samverkan med socialtjänst och andra samarbetspartner***

Samverkan med socialtjänsten togs upp som en betydelsefull del i behandlingen av de flesta enhetschefer under båda intervjuomgångarna. Den allmänna uppfattningen var att kontakten fungerade väl, men åsikterna skiljde sig något åt beroende på vilken kommun LARO-verksamheten bedrevs i. SIP, samordnad individuell plan, betonades som en värdefull del i samverkan med socialtjänsten, särskilt vid de tillfällen då patienterna har ett allvarligt sidomissbruk och en planering för externa insatser behövs för att inte riskera utskrivning. Några enhetschefer menade att en fördel med SIP är att det fungerar som ett mer tvingande påtryckningsmedel vid de tillfällen då samverkan varit problematisk. ”SIP-en är ju ett jättebra verktyg för den är en formell väg att gå, man kan inte välja att utebli” (enhetschef, offentlig mottagning).

Intervjupersonerna gav samstämmigt uttryck för att de alltid eftersträvar en kontakt med socialtjänsten innan en LVM-anmälan görs på någon patient. Enhetscheferna på LARO-mottagningarna var av olika uppfattning avseende om antalet LVM-anmälningar förändrats sedan vårdvalet infördes. Några enhetschefer menade vid det andra intervjutillfället att anmälningarna hade ökat, medan andra var av åsikten att det inte skett någon förändring.

Samverkan sker också, i varierande utsträckning, med andra aktörer såsom kriminalvård, sprutbytesverksamhet, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Den allmänna åsikten var att kontakten med dessa verksamheter fungerade väl. Något intervjupersonerna efterfrågade i högre utsträckning var sysselsättningsåtgärder, både för patienter som vill arbeta men som har en bristfällig förankring på arbetsmarknaden och för patienter som har behov av mer habiliteringsinriktad sysselsättning. Möjligheterna till sysselsättningsinsatser upplevdes variera beroende på bostadsort.

En annan viktig samverkanspartner för LARO-mottagningarna är Vuxenpsykiatriavdelningen för opioidberoende, där inläggande abstinensbehandling (avgiftning) sker. Avdelningen har 11 platser och hela Skåne som upptagningsområde. Vid det andra intervjutillfället stod det klart att enhetscheferna var missnöjda med hur abstinensbehandlingen fungerar i Skåne. *”Ja, det är förödande för hela den här LARO-verksamheten att det ska ta upp till åtta veckor [innan patienter kommer in]. [...] De har ju bara elva platser, och ska serva hela Skåne”* (enhetschef, privat mottagning). Kritik avseende bristande tillgänglighet framfördes av många intervjupersoner. Få platser och högt söktryck har medfört kötider till inläggning på flera veckor. Ytterligare en kritik avsåg att patienterna vistas allt för kort tid på avdelningen för att bli tillräckligt nedtrappade på bensodiazepiner och vissa andra preparat. Några enhetschefer uttryckte önskemål om en form av mellanvårdsplats, efter en inledande vistelse på avdelningen, eventuellt i samverkan med socialtjänsten.

## Differentiering och konkurrens

### *Tankar om mottagningar med olika inriktning*

Ett av målen som regionpolitikerna hade med införandet av vårdval LARO var att det skulle etableras mottagningar med olika inriktning, att de skulle ”nischa sig” mot särskilda målgrupper bland patienterna. *”Om var och en kan hitta en nisch så blir det en bra fördelning på patienterna”* (enhetschef, privat mottagning, första omgången) I den första intervjuomgången märktes att enhetscheferna hade funderat kring den här målsättningen, och vad just deras mottagning skulle kunna inrikta sig mot. Tankar fanns bland annat om att fokusera på kvinnor, att utveckla den psykosociala delen av behandlingen, att erbjuda stödinsatser utanför själva LARO-verksamheten samt att erbjuda en slags lågtröskelverksamhet i början av behandlingstiden. Flera mottagningar beskrev hur de gjort ansatser med gruppträffar för patienterna utifrån olika teman, men att det var svårt att få patienterna att komma till grupperna. *”Det är inte så lätt att differentiera, gör man grupper så kommer det några stycken i början, sen kommer tre, sen kommer en eller två och så får man lägga ner den gruppen”* (enhetschef, offentligt mottagning, första omgången).

Under den andra intervjuomgången var den övergripande inställningen att det inte blivit så mycket av ansatsen med differentiering och olika inriktningar, fränsett skilda policier när det gällde förskrivning av bensodiazepiner (vilket vi återkommer till i nästa avsnitt). *”Lisa: Har ni nischat er på något sätt? Intervjuperson: Nej, det skulle jag inte säga att vi har gjort”* (enhetschef, privat mottagning). *”Björn: Ett av syftena med vårdvalet var ju att det skulle bli en differentiering. Intervjuperson: Ja, det har det inte riktigt blivit, kan jag tycka”* (enhetschef, privat mottagning). En mottagning framförde att de redan innan vårdvalet hade en nisch, då de särskilt riktade sig till patienter från sprututbytesprogram, en annan beskrev att de hade ett samarbete med uppsökarverksamhet i Köpenhamn, ett par mottagningar hade försökt nisch sig mot smärtpatienter. En mottagning uppgav att de bland annat inriktade sig mot patienter med ADHD-problematik. Den här inriktningen uppstod genom att

mottagningen noterat att de hade många patienter med ADHD, och att de då anställde en sjuksköterska med särskild utbildning och erfarenhet av att arbeta med den målgruppen.

De flesta enhetschefer ansåg att differentiering i grunden är något positivt, och att det är synd att det inte skett på det sätt som var tanken då vårdvalet infördes. *”Sen tycker jag att det är jättebra om vi kan differentiera oss. Om någon blir jättebra på ADHD-patienter och någon blir jättebra på kvinnor eller någon tar... Det var det jag tänkte när jag hörde om vårdvalet, det är ju jättesmart, vi var en jättestor mottagning och det är inte bra. [...] Utan jag tycker det hade varit bra om vi kunde jobba mer differentierat”* (enhetschef, offentlig mottagning).

De flesta enhetschefer beskrev sin mottagnings arbetsätt som patientorienterat, med stor möjlighet till enskilda samtal och i vissa fall även gruppverksamhet. Många betonade personalens kompetens och samarbete som en viktig del i mottagningens arbete.

### ***Differentiering utifrån förskrivning av bensodiazepiner***

Inställningen till samtidig förskrivning av bensodiazepiner vid LARO har varit ett återkommande diskussionsämne från LARO-mottagningarnas (och patienternas) sida, och också den fråga där det kunnat utläsas en slags positionering bland mottagningarna. Det är också det enda område vi sett där det kan sägas ha skett en form av differentiering som är uttalad av mottagningarna själva.

En mottagning var från början tydlig med att de hade en speciell inriktning, i form av långsam nedtrappning för patienter med bensodiazepinberoende. *”Ja, de [patienterna] kan välja och det är ju bra, och så skiljer vi oss lite eftersom vi har benonedtrappning”* (enhetschef, privat mottagning, första omgången). Även en annan mottagning hade en mer tillåtande syn på förskrivning av bensodiazepiner, men vid den första intervjun lyfte enhetschefen främst fram mottagningens fokus på psykosociala stödinsatser och hälsofrämjande gemensamma aktiviteter. Förhållningssättet beskrevs som att man ville arbeta utifrån patientens hela livssituation, och att detta ibland innebar att patienterna var i behov av bensodiazepiner. Mottagningen värjde sig mot att beskrivas som bensodiazepin-liberala. *”Har man unga patienter som inte har missbrukat så länge måste man vara väldigt restriktiv [med bensodiazepiner], men när man har de äldre missbrukarna som har mycket trauma då måste man tillåta att ge dem en viss dos. Det måste vara viktigare att se till helheten för att de ska få ett fungerande liv”* (enhetschef, privat mottagning, första omgången). *”När man pratar om dödlighet och benso är det oftast en fråga om andningsstillstånd, vi vill att de ska få en jämn dos istället”* (enhetschef, privat mottagning, första omgången).

De båda mottagningar som vi beskrivit ovan har stuckit ut från mängden, och blivit föremål för starka åsikter och kritik från andra LARO-mottagningar. De har också kontrollerats och granskats av Region Skåne och Inspektionen för vård och omsorg (IVO), bland annat för sina förskrivningar av bensodiazepiner.

Den mottagning som redan i vårdvalets inledning uppgav att de bedrev långsam bensodiazepin-nedtrappning har fortsatt med den inriktningen. Enhetschefen menar att synen på mottagningen börjat förändras i och med att de visat att de klarar att genomföra nedtrappningar på det sätt som avsetts, och att de aktivt arbetar med att få till stånd samverkan med andra mottagningar. Andelen patienter som förskrivs bensodiazepiner på denna mottagning har minskat påtagligt sedan 2014.<sup>24</sup> *”Intervjuperson: Vi har ju varit det svarta fåret, lite grann är vi nog det fortfarande. [...] Lisa: Men du sa att ni får patienter som kommer från andra mottagningar för benonedtrappning? Intervjuperson: Fast det är inte så*

<sup>24</sup> Enligt statistik över förskrivningar som inhämtats från Region Skånes ansvariga apotekare den 27 januari 2017.



*mycket från de offentliga, det har varit [två privat drivna mottagningar], sen vet jag att någon sjuksköterska på de offentliga som sagt 'ja men vi kan inte hjälpa er här, ni borde kanske gå till [den aktuella mottagningen] för de har större möjlighet att hjälpa till'" (enhetschef, privat mottagning). De i citatet omnämnda mottagningarna som hade patienter som blivit nedtrappade tycker att det fungerat bra. En av enhetscheferna berättade att hen omvärderat sin tidigare negativa uppfattning om hur den aktuella mottagningen arbetar.*

Den andra mottagningen med en mer liberal attityd till bensodiazepiner uppgav att även de arbetar med långsam nedtrappning, men beskrev det också som att de bedriver underhållsbehandling med preparaten. Patientgruppen vid denna mottagning hade en högre medelålder än på de övriga mottagningarna. Mottagningen har delvis blivit tvungen att förändra sitt arbetssätt efter kritik från Region Skåne och IVO. *"Intervjuperson: Vi har blivit något strängare och vi går väl in i trappningen, att vi har påskyndat trappningen något. [...] Så att, vi får arbeta lite mot det egentligen som skulle varit det bästa för patienten, tyvärr. Björn: På grund av? Intervjuperson: På grund av regionen. Och det har varit något som vi bara har fått acceptera[...]. Björn: Men regeln är att de allra flesta ska trappa? Intervjuperson: Ja, men där kommer alltid att vara ett fåtal [som kommer att förskrivas bensodiazepiner under längre tid]" (enhetschef, privat mottagning).*

Mottagningen har haft ett högt söktryck och har i perioder inte kunnat ta emot alla patienter som vänt sig till dem. Enhetschefen menar att de informerar personer som söker behandling där om att deras inriktning är ett helhetsperspektiv på beroendeproblematiken, och att de avråder personer som inte vill ha en tät behandlingskontakt från att välja mottagningen.

Något som blivit märkbart i och med att det förekommer olika inställning till bensodiazepiner, och som också noterades i patientintervjuerna, är att flera mottagningar har en uttalad policy att *inte* förskriva bensodiazepiner på mottagningarna. *"Vi är ju otroligt restriktiva med att förskriva benso här" (enhetschef, privat mottagning). "Lisa: Vad är er profil här? Intervjuperson: Ja du, anti-benso (skratt)" (enhetschef, offentlig mottagning).* Flera enhetschefer beskrev under den andra intervjuomgången, ibland något förvånade, att patienterna väljer att stanna kvar på deras mottagning trots en restriktiv hållning avseende bensodiazepin-förskrivning. *"Än så länge är den största delen av patienterna de som vill få ordning på sitt liv och slippa, inte vara beroende av annat, och det är tryggt" (enhetschef, privat mottagning). "Det är många som söker sig hit utav den anledningen [att det är restriktivt med bensodiazepiner], för då tänker man att man skulle kunna få en renare behandling utifrån det också" (enhetschef, privat mottagning).*

Även mottagningar som kritiserar förskrivning av bensodiazepiner i samband med LARO uttryckte dock en mer modererad hållning i den andra intervjuomgången. *"Om doktorn ger en låg dos diazepam, så är det bättre att de tar det än att de tar en näve Xanor var dag. Det är inte många, men det finns några stycken" (enhetschef, offentlig mottagning). "Det finns patienter som måste ha bensodiazepiner av olika skäl, men inte så många. Det kan jag aldrig föreställa mig, [att det finns] så många som behöver det som en hel mottagning" (enhetschef, privat mottagning).* Flera enhetschefer berättade att de erbjuder patienterna individuellt stöd vid sidomissbruk. Här avsågs stöd i form av medicinering med icke-beroendeframkallande läkemedel, men också psykosociala insatser som sömnskola, samtal och aktiviteter med fokus på det fysiska måendet.

### ***Konkurrens utifrån förskrivning av bensodiazepiner***

Som beskrivits ovan kan en slags differentiering sägas ha skett utifrån synen på förskrivning av bensodiazepiner. Vissa mottagningar har förlorat patienter till de ovan nämnda mottagningarna, men samtidigt har många patienter gjort ett aktivt val att stanna kvar på sin

tidigare mottagning eller söka sig till någon annan mottagning med en restriktiv hållning till bensodiazepiner. Flera enhetschefer på offentliga mottagningar tog vid det andra intervjutillfället upp att de tidigare känt stor oro för att de skulle förlora många patienter, i vissa fall även en oro för mottagningens framtid. *”Man var orolig att man skulle behöva lägga ner”* (enhetschef, offentlig mottagning). Den här oron har dock mattats av efter hand, när det visat sig finnas tillräckligt patientunderlag för alla befintliga mottagningar.

I enhetschefsintervjuerna 2016–2017 märktes även en förändring i synen på andra LARO-mottagningar. Flera enhetschefer betonar att de inte ser varandra som konkurrenter, utan mer som samverkanspartner som jobbar mot samma mål. *”Ja, för två år sedan kanske många uppfattade det som konkurrenter, nu är vi mer samarbetspartner. [...] Jag tror att själva tänkandet har förändrats”* (enhetschef, privat mottagning). *”Många säger det här med att det är konkurrens. Nej, vi ser det fortfarande inte som konkurrens utan det här gäller patienter”* (enhetschef, privat mottagning). *”Nu ser vi varandra som resurser ju. Helt annorlunda”* (enhetschef, privat mottagning). *”Björn: Ser du de andra mottagningarna som konkurrenter? Intervjuperson: Nej. Det kan man ju inte göra.”* (enhetschef, offentlig mottagning).

Trots förändrad syn på varandra riktar flera mottagningar kritik mot att andra verksamheter i deras mening konkurrerar med bensodiazepiner. I stort ansåg dock enhetscheferna att de flesta mottagningarna hade en likartad inställning till förskrivning av bensodiazepiner och andra lugnande preparat, vilket de menar att också patienterna känner till. *”Ofta vet de [patienterna] att söker de sig till ett annat ställe så blir det likadant, ja. Om de går till [en annan mottagning i samma stad] så blir det likadant som vi gör”* (enhetschef, offentlig mottagning).

## **Behandlingen – psykosocialt stöd och kontroll**

Flera enhetschefer tog i den första intervjuomgången upp avvägningen mellan psykosocialt stöd och kontroll i behandlingen. Några enhetschefer, företrädesvis från nyöppnade privata mottagningar, menade att det börjat ske en önskvärd förändring från att ha varit ett fokus på medicinutdelning och kontroll till att den stödjande och psykosociala delen av behandlingen kommit att betonas mer. Huruvida den här förändringen kommit (delvis) som en följd av vårdvalet var det olika uppfattning om. Enighet rådde gällande betydelsen av psykosociala insatser och gott bemötande, samtidigt som den kontrollerande delen av behandlingen också ansågs ha sin plats. *”Det är alltid en balansgång, jag tror att det behövs en viss kontroll, men den behöver inte vara av straffande natur. [...] Det handlar mycket om kommunikation”* (enhetschef, offentlig mottagning).

### **Förändrat förhållningssätt till kontroll**

I den andra omgången intervjuer framträdde en bild av en delvis förändrad syn på kontrollen. Även här är det dock svårt att avgöra vad som är en följd av vårdvalet och vad som är en följd av reviderade föreskrifter och en successivt förändrad inställning till sidomissbruk och utskrivning de senaste åren. Flera intervjupersoner beskrev att det tas färre urinprov på deras mottagningar och att patienter som kontinuerligt lämnar positiva prover numera går kvar på mottagningarna, vilket är möjligt eftersom utskrivningsparagrafen i Socialstyrelsens föreskrifter tagits bort. *”Vi har ju dragit ner lite på kontrollen och provtagningar, urinprov, men det är många gånger de som går dagligen som vi vet kommer visa positiva prover, då kan vi säga att ’lämna provet när du vet att du kommer vara negativ’ så att lite grann har vi dragit ner, det har vi gjort”* (enhetschef, offentlig mottagning). Samma intervjuperson fortsatte senare med att beskriva mottagningens inställning till patienter som varit aktiva i sidomissbruk en längre tid. *”Då får vi sätta igång och göra en SIP och kalla in socialtjänsten,*

*men vi har hög tolerans. Lite harm reduction faktiskt att, ja, det är kanske bättre att de är här än att de är ute på gatan.”*

Även när det gäller hur kontrollerna genomförs verkar vissa förändringar ha skett. Vid den första intervjuomgången var det endast en mottagning som använde sig av salivtester som alternativ till urinprover, men i den andra intervjuomgången hade detta spridit sig till ytterligare några mottagningar. *”Intervjuperson: Vi har mest urinprov, men vi har börjat ta [salivtest], för det finns en del patienter som har jättesvårt att kissa och det är plågsamt för dem att stå här och det är mycket folk och dom drar i dörrar och så där. Och då har vi salivprov [...], då tar vi det, inte alltför ofta men som kontroll lite då och då. Så folk kissar mindre och så tar man ett [salivtest] för det täcker ganska mycket.” (enhetschef, privat mottagning)* *”Vad vi använder oss mycket av är salivtester. Därför att vi får ett helt annat spektrum” (enhetschef, privat mottagning).*

Formerna för drogtestning är ett område där patienterna uttryckte en önskan om förändring (se kapitel 6), något som alltså verkar ha skett. En fortsatt utveckling i riktning mot mindre integritetskränkande kontrollmetoder är ett tänkbart utvecklingsområde inom de skånska LARO-verksamheterna.

### ***Den psykosociala delen av behandlingen***

Den bild som förmedlades vid den andra omgången enhetschefsintervjuer var att LARO-mottagningarna har stort fokus på det psykosociala behandlingsinnehållet. Vissa av de mottagningar som bedrev LARO-verksamhet innan vårdvalet menade att de inte hade förändrat sitt arbetssätt särskilt mycket i detta avseende. Några av de större offentliga mottagningarna framhöll dock att de hade gjort förändringar, främst när det gällde att arbeta mer i professionsöverskridande team i patientkontakterna. *”Jag tycker vi överlag ser på patienterna som allas patienter och samarbetar mycket över yrkesgränserna. [...] Om jag tittar tillbaka fem år och hur det ser ut idag så är det ju jättestor skillnad. Både på hur man ser på patienterna och kring att det inte är så medicinskt inriktat bara längre utan man... Och det har ju successivt liksom med nya sjuksköterskor blandat med de gamla men också att man har samarbetat mycket då kurator sjuksköterska och då liksom utvecklat perspektivet” (enhetschef, offentlig mottagning).* *”Vi har ändrat arbetssätt också. [...] Sen självklart så hade vi ju traditionellt en för liten del av teamarbetet tidigare vilket blir tydligt nu” (enhetschef, offentlig mottagning).* Detta kan även vara en utveckling som skett som en följd av att ersättningssystemet premierar teambesök framför enskilda besök.

På alla mottagningar kan KBT enligt enhetscheferna erbjudas som insats i det psykosociala behandlingsarbetet. Andra samtalsverktyg som nämndes i intervjuerna var MI (motiverande samtal) och återfallsprevention, något som beskrevs som integrerat i arbetet på mottagningarna. Personalens relationer till patienterna framhölls som ett viktigt område, ibland avgörande för behandlingsutfallet. *”Vi försöker ha väldigt mycket stödjande samtal, och alla är ju utbildade i återfallsprevention. [...] Alla är utbildade i MI, som också är en viktig del i det här. Jag tror framför allt att vad det är som gör att patienter söker hit, det är det här med att de känner sig sedda” (enhetschef, privat mottagning).*

När det gäller behandling i grupp verkar det finnas olika förhållningssätt. Några mottagningar har mycket gruppverksamhet, några har ett fåtal grupper och några mottagningar har ingen gruppverksamhet alls. *”Nej, det har aldrig fungerat. Vi har provat så många gånger, så kommer det en [patient]. [...] Alltså, det är som att våra patienter funkade bäst själv” (enhetschef, offentlig mottagning).* Enhetscheferna vittnar i intervjuerna om att det är en utmaning att bedriva gruppverksamhet inom LARO. Även om patienterna har fått vara delaktiga i att ta fram ämnen så är det ofta dålig uppslutning vid grupptillfällena. Flera

enhetschefer betonar att de satsar på att erbjuda mycket enskild strukturerad samtalsverksamhet, till exempel återfallsprevention, då det inte fungerat att bedriva sådan verksamhet i grupp.

En uppfattning som framfördes av flera enhetschefer var att det psykosociala behandlingsarbetet försvåras av att patienterna är vana vid att försöka lösa olika problem med läkemedel, något som kan beskrivas med begreppet "the medical mind" (Lalander 2001). Några mottagningar arbetade med ett mer uttalat hälsoorienterat synsätt för att bemöta patienternas efterfrågan på läkemedel. En del beskrev att de försökt ha sömnskola eller fysisk aktivitet med patienterna. *"Björn: Det här med det som brukar kalla "the medical mind" som de här patienterna ofta har, att de vill lösa alla sina problem genom att ta medicin. Intervjuperson: Ja, och där jobbar vi jättemycket med den biten. Att lära dem att se det sambandet. Och de får ett förtroende för oss för de ser att vi har rätt. [...] Och där vi följer upp detta, 'har du sett ett samband mellan att nu har du ätit dåligt och hur du liksom, att du blir mer lättirriterad och så'" (enhetschef, privat mottagning). Överlag ger enhetscheferna en bild av att mottagningarna försöker jobba med patienterna och också efterfrågar patienternas uppfattning och önskemål, något vi tas upp mer utförligt i nästa avdelning.*

Ofrivilliga utskrivningar från LARO har minskat avsevärt i Skåne de senaste åren. En halvering av andelen utskrivningar kan ses mellan 2013 och 2016, som vi beskrev i kapitel 5. Enhetscheferna uppgav i intervjuerna 2016–2017 en av att det i princip enbart är vid hot och våld som de skriver ut patienter från behandlingen, och att det varit en önskvärd förändring. *"För innan så, det tyckte jag var det värsta. Om man skulle skriva ut någon och man vet inte vad man skrev ut den till" (enhetschef, offentlig mottagning). Samtidigt tog många upp att detta inneburit att en del patienter nu går kvar på mottagningen och lämnar positiva drogtestar under långa perioder, vilket ofta leder till diskussioner om hur behandlingen ska kunna bedrivas på ett medicinskt säkert sätt. Flera enhetschefer uttryckte en frustration över att det är svårt att arbeta motiverande med den här gruppen patienter. "Patienterna vet ju om detta, att det är svårt att bli utskrivna, så de kan ju trycka på, vilket kan vara lite... Våra verktyg börjar ta slut, vad vi kan göra för att de ska hålla sig rena" (enhetschef, offentlig mottagning).*

## **Brukarperspektiv och egenmakt**

### ***Stärkt egenmakt för patienterna***

Förskjutningen av makt från mottagningar till patienter var inte något som togs upp av enhetscheferna i särskilt stor utsträckning under den första intervjuomgången, utöver konstaterandet att det är bra att patienterna kan välja mottagning. Ett par intervjupersoner lyfte dock perspektivet om egenmakt och beskrev det som positivt att patientgruppens ställning har stärkts. *"Detta är en patientgrupp som varit väldigt eftersatt, dom har fått ta vad som erbjudits" (enhetschef, privat mottagning, första omgången). "Det som jag tänker är att patienten ska få ett större egenvärde och att patienten ska kunna välja, att man har ett värde inom vården [...] ett bättre liv för patienter inom LARO" (enhetschef, privat mottagning, första omgången).*

Några enhetschefer vid äldre offentliga mottagningar tog upp att det kunde vara värdefullt att behöva se över sin verksamhet ur ett patientperspektiv. De menade att en viss konkurrens skulle kunna ha en positiv inverkan och få dem att reflektera över om det var något i verksamheten de behövde ändra på. *"Vi som är inom det offentliga måste stanna upp och tänka på vad vi är bra på, och få våra patienter att trivas där de är. [...] Vad det är som vi*

*gör som är bra, det har varit positivt att reflektera över hur vi jobbar” (enhetschef, offentlig mottagning, första omgången).*

I KEFU:s delrapport från 2015 konstaterades att kvaliteten i LARO föreföll ha förbättrats sedan vårdvalets införande med avseende på patientbemötandet och att fler kvarstannar i behandling, även patienter med komplicerad psykiatrisk samsjuklighet (KEFU Skåne 2015). Ett förslag på utvecklingsområde som nämndes i KEFU:s rapport var att fortsätta utvecklingen av patientcentrerade arbetssätt. Att en sådan utveckling påbörjats är något som framträder i den andra intervjuomgången med enhetschefer (liksom i intervjuerna med patienter och brukarföreträdare). Enhetschefernas uppfattning var att patienternas egenmakt hade stärkts de senaste åren, och att det är en positiv och önskvärd utveckling. Flera gjorde en direkt koppling till vårdvalet. Några företrädare för offentliga mottagningar menade dock att utvecklingen mot ökat patientinflytande pågått en längre tid och att förändringen skulle ha fortsatt även utan vårdvalet. *”Jag tror ändå att det är inte bara vårdvalet som gjort det här, för jag tror att det handlar om en utveckling [över tid]” (enhetschef, offentlig mottagning).*

Ett par enhetschefer menade att patienterna i och med ökat inflytande över sin behandling också tar mer ansvar och börjar känna sig mer som patienter än som ”missbrukare”. *”[Det är] vissa som börjar känna sig mer normala och kanske inte identifierar sig med den hemlöse missbrukaren, har lättare att gå till vårdcentralen och kräva sin rätt” (enhetschef, privat mottagning).* En jämförelse med att kunna välja vårdcentral och läkare gjordes av några intervjupersoner, och ett par betonade känslan av att själv kunna få välja som psykologiskt värdefull.

Enhetscheferna vid två offentliga mottagningar tog upp att det finns en potentiell baksida av att ha en alltför stark betoning på patientinflytande inom LARO. *”Jag tycker att det är naturligt att patienterna ska ha inflytande över sin vård och behandling redan innan vårdvalet. [...] Det som har hamnat lite i det är ju delar av behandlingen som jag tycker blir fel om patienten ska styra över, alltså den professionella. Medicinska bedömningar, val av preparat. Det här som är professionens del i att faktiskt göra bedömningar, där tycker jag det blir lite konstigt” (enhetschef, offentlig mottagning).*

Farhågan att patienter skulle ”pressa fram” en viss medicinsk bedömning för att påbörja eller fortsätta behandling på mottagningen uttrycktes av flera enhetschefer då vårdvalet infördes. Vid intervjuerna som gjordes 2016-2017 beskrev enhetscheferna att det förekommit en del sådana påtryckningar och att det också hände att patienter bytte mottagning för att få en annan medicinering, men detta var (med något undantag) inte vanligt. Den bild som förmedlades var att patientgruppen var relativt stabil. Hot om att byta mottagning framförs fortfarande då och då, men resulterar sällan i att patienten verkligen genomför ett byte.

### ***Brukarperspektiv efterfrågas***

Flertalet av LARO-verksamheterna verkar arbeta aktivt för att få in ett starkare brukarperspektiv på mottagningarna. Under den andra intervjuomgången berättade enhetscheferna att det på de flesta mottagningar genomförs lokala patientundersökningar för att få kunskap om vad patienterna efterfrågar. Enhetscheferna uttryckte samstämmigt att det var svårt att få till en livskraftig organisering av brukarna på mottagningarna. *”Det går sisådär. [...] De som vill pallar inte med de som sidomissbrukar och som inte riktigt har kommit så långt. Så det blir så mycket skitsnack. Och sen så är det någon som har slutat som har varit lite drivande, och någon som säger att ’nej, men jag har kommit för långt, det här drar ner mig istället’” (enhetschef, privat mottagning).*

Samtidigt som erfarenheten tyder på att det är svårt att få till stånd en brukarorganisering vittnar enhetscheferna om att de inte ger upp sina ansträngningar att stödja brukarmedverkan på olika sätt. Några offentliga mottagningar har en brukarspecialist anställd några timmar i veckan. Ett privat företag som driver tre LARO-mottagningar har en patient som brukarstöd, genom en praktikplats från Arbetsförmedlingen. Några enhetschefer uttryckte frustration över att inte ha en tydlig brukarorganisation som mer formell samverkanspartner. *”Det är så jäkla svårt att få folk att engagera sig. För det hade ju varit det bästa om man hade haft en stark brukarorganisation som också lyfter. För det är inte säkert att jag, som håller på att jobba med verksamheten, gör det bästa, det som patienterna vill ha liksom. Och det är ju bättre om man har en samarbetspartner, mycket bättre”* (enhetschef, offentlig mottagning). Intervjupersonerna uppgav att de råder patienterna att gå med i Skånes Brukarförening, men att det är få som engagerar sig där.

Vid flera mottagningar har man lyssnat på vad patienterna efterfrågat i de olika forum för brukarmedverkan som funnits. Frukostmöten med patienter och personal förekom på några mottagningar. Grupper utifrån teman som patienter önskat har startats, med varierande uppslutning. Några chefer beskrev att patienter efterfrågat mer av sociala aktiviteter som utflykter, fysisk träning eller att någon personal ska kunna följa med vid besök hos tandläkare eller gynekolog. Detta har även skett vid en del mottagningar, och kan nog betraktas som en skillnad mot hur behandlingskontakten var utformad ett antal år tillbaka i tiden.

### **Byte av LARO-mottagning**

Enhetschefernas uppfattning var att patienterna främst bytte mottagning under 2014 och 2015, då möjligheten att byta nyligen införts och flera nya mottagningar öppnats. Anledningen till byte av mottagning uppgavs av de flesta enhetscheferna vara att patienterna ville få en annan medicinsk bedömning avseende läkemedelsförskrivning, att bemötandet på den mottagning de lämnat upplevdes som bristfälligt eller att patienterna bytte till en mottagning som låg närmare deras bostad. Flera enhetschefer beskrev att de är behjälpliga vid byten och måna om att patienterna ska vara på den mottagning de önskar.

För att förhindra att patienter skulle byta mottagning för ofta, vilket skulle göra det svårt att etablera en god behandlingsallians, införde Region Skåne en regel om att byte inte får ske oftare än var sjätte månad. Vid särskilda skäl kan undantag från regeln göras. Den här regeln ses som rimlig av enhetscheferna, men i den första intervjuomgången uttryckte någon att det kunde finnas risk för en ”inlåsnings-effekt” (även vid patientintervjuerna uttrycktes förståelse för begränsningen). Inställningen till sex månaders-regeln kvarstod då enhetscheferna intervjuades igen. De intervjuade framförde då att patienterna sällan bytte ”i affekt” utan istället tänkte igenom situationen innan de genomförde ett byte. *” [Begränsningen] förhindrar det här ogenomtänkta hoppandet”* (enhetschef, privat mottagning). Farhågan om att patienter skulle byta mottagning som ”hoppjerkor” har inte besannats. Möjligtvis skulle tidsbegränsningen kunna kortas till tre månader istället för sex, vilket skulle vara i enlighet med vårdvalets syfte om stärkt brukarinflytande och även sammanfalla med den förändring i Socialstyrelsens föreskrifter som innebär att patienterna nu kan få hemdoser efter tre månader i behandling.

Patientsammansättningen på mottagningarna har enligt enhetscheferna inte förändrats särskilt mycket sedan vårdvalet infördes. Några enhetschefer på offentliga mottagningar nämnde dock vid den senare intervjun att många av de patienter som lämnat deras mottagningar haft en historia av sidomissbruk och varit missnöjda med behandlingen, och att deras sorti lett till att det blivit lugnare på mottagningen. *”Det är många som... precis när de [ny mottagning i*

*samma stad] startade så gick många, lite mer 'struliga' patienter, men många av de som inte var nöjda här gick över, rätt snabbt. Så det var rätt mycket lugnare här om man får säga så, det blev det" (enhetschef, offentlig mottagning).*

## **Bensodiazepiner och medicinsk säkerhet**

Som vi tagit upp flera gånger tidigare har Socialstyrelsens gjort en revidering av föreskrifterna som reglerar LARO under den period som vår utvärdering genomförts. Ändringen i föreskrifterna 2016 kan ses som en anpassning till en utveckling som påbörjats redan tidigare, inte minst bland LARO-mottagningar i Skåne, i form av ökad tolerans för sidomissbruk och mer restriktiv inställning till ofrivilliga utskrivningar. De flesta enhetscheferna var vid det första intervjutillfället positiva till den förändring av föreskrifterna som då var på gång, men ännu inte hade genomförts av Socialstyrelsen. En oro framfördes dock för att nya föreskrifter skulle kunna leda till att mottagningar gav avkall på den medicinska säkerheten i strävan efter att få och behålla fler patienter i behandling. Detta både avseende synen på inkluderings- och utskrivningskriterier, men främst gällande inställning till förskrivning av bensodiazepiner och andra läkemedel med beroendepotential. *"Riktlinjerna har alltid varit luddiga och nu tycker jag att de är ännu luddigare. Det beror så mycket på vilken läkare man har och hur de tolkar lagen och hur personalen trycker på läkaren"* (enhetschef, privat mottagning, första omgången).

Samtidig förskrivning av bensodiazepiner under LARO fanns det mycket åsikter om. Sådan förskrivning sågs av flera av intervjupersonerna som ett sätt att konkurrera om patienterna. *"Man slirar lite på vad som är bra för patienten på lång sikt [...] och då blir de medicinska besluten ett konkurrensmedel"* (enhetschef, offentlig mottagning, första omgången). I den andra omgången intervjuer framförde flera enhetschefer en önskan om ett förtydligande från Region Skånes sida när det gäller samtidig förskrivning av andra läkemedel med beroendepotential. *"Man tycker att man skulle ha något likvärdigt för alla LARO-mottagningar"* (enhetschef, offentlig mottagning). Region Skåne har ett pågående arbete avseende detta.

Såväl i enhetschefsintervjuerna som i förskrivningsstatistik från Region Skåne framkommer att förskrivning av bensodiazepiner sker vid de flesta mottagningar, även om det varierar avsevärt hur vanligt det är.<sup>25</sup> *"Jag kan inte säga att vi inte har någon som går på benso, för det har vi. [...] På ett ungefär, kan det vara tio? Alltså det är inte jättemånga"* (enhetschef, privat mottagning). *"Det är någon som har fått en kort period som var i en kris"* (enhetschef, privat mottagning). *"Vi skriver aldrig ut benso, aldrig någonsin"* (enhetschef, offentlig mottagning).

Diskussionen om förskrivning av bensodiazepiner har löpt som en röd tråd genom hela utvärderingsprocessen. Under den period när intervjuerna med patienter genomfördes och Lisa Andersson tillbringade mycket tid på ett antal LARO-mottagningar var bensodiazepinfrågan högaktuell både bland patienterna och personalen. Intervjuerna med enhetschefer har vid båda intervjuomgångarna berört bensodiazepinernas roll i LARO. Även nätverksmötena

---

<sup>25</sup> Information om förskrivning av bensodiazepiner har inhämtats från Region Skånes ansvariga apotekare den 27 januari 2017. Statistiken avser förskrivning (DDD) av bensodiazepiner fjärde kvartalet 2014, 2015 och 2016 (på recept och rekvisition). Informationen används inte som direkt jämförelse mellan mottagningarna, men det framgår att förskrivningen skiljer sig åt mellan dem.

anordnade av Region Skåne har i varierande utsträckning präglats av diskussioner och konflikter om bensodiazepiner.

Efter att ha följt bensodiazepin-frågans utveckling under snart tre års tid är det några saker som kan behöva förtydligas. För det första att frågan tycks ha blivit mindre laddad, möjligen som en följd av att de mottagningar som har en mycket restriktiv hållning har märkt att de fortfarande har ett stabilt patientunderlag. För det andra att det verkar finnas en relativt stor enighet om att förskrivning av bensodiazepiner under LARO i möjligaste mån bör undvikas. Dock finns det en acceptans för att ett fåtal äldre patienter med långvarigt bensodiazepinberoende skulle kunna ha en samtidig förskrivning av låg dos bensodiazepiner i kombination med LARO-medicinering. Denna inställning delades av de flesta enhetschefer, såväl från privata som offentliga mottagningar, vilket vi berört ovan under rubriken ”Differentiering utifrån förskrivning av bensodiazepiner”.

De patienter som visar positivt på droganalys för icke-förskrivna bensodiazepiner får gå dagligen till mottagningarna, en enhetlig syn verkar finnas om detta. Samsyn råder också om att det är svårt för patienter med bensodiazepinberoende att bli nedtrappade under den korta inläggande abstinensbehandling som erbjuds av Vuxenpsykiatriavdelningen för opioidberoende. Långsam nedtrappning på behandlingshem som finansieras genom socialtjänsten används i vissa fall. Det verkar dock kvarstå ett behov av nedtrappning av bensodiazepiner i öppenvård under kontrollerade former, med en tydlig planering för nedtrappningens utformning och under en rimlig och avgränsad tidsperiod.

### **Läckage och dödlighet relaterat till LARO**

Inför införandet av vårdval LARO sågs läckage av metadon och buprenorfin till den illegala marknaden och därtill kopplad dödlighet utanför behandlingen som en risk. Diskussionen om läckage och dödsfall framstod alltjämt som aktuell vid intervjuerna med enhetschefer 2016–2017. Den verkar finnas en medvetenhet om riskerna med läckage och enhetscheferna berättade att personalen kontinuerligt förde samtal med patienterna om vikten av att följa sina ordinationer. Medvetenheten verkar snarast ha ökat i samband med den konkurrens som vårdvalet medfört och de förändringar som gjorts i Socialstyrelsens föreskrifter. Den generella uppfattningen var att risken för läckage inte ökat sedan vårdvalets införande. *”Björn: [En farhåga var] att man skulle minska på kontrollerna och att man därigenom skulle få ökat läckage. Intervjuperson: Jag tycker tvärtom. [...] Nu har vi ju ett helt annat utbud av läkemedel, så här på vår mottagning har nästan 40 procent av patienterna subuxone i film” (enhetschef, privat mottagning).*

Samtidigt har det skett en ökning av symtomtoleransen på mottagningarna och det är fler patienter som har ett pågående sidomissbruk. Enligt en studie av Johnson och Richert (2015) är det den patientgruppen som i störst utsträckning delar med sig av sin medicin till personer utanför behandlingen. Vi återkommer till frågan om läckage och dödsfall i kapitel 9.

### **Synen på ersättningsystemet**

Som beskrivits i kapitel 2 så regleras LARO nationellt av Socialstyrelsen genom föreskrifter (HSLF-FS 2016:1). Verksamheter inom Region Skånes vårdval LARO ska dessutom uppfylla de ackrediteringsvillkor som Region Skåne tagit fram (Region Skåne 2016). Ackrediteringsvillkoren reglerar bland annat bemanning, journalföring, statistikrapportering och den ersättningsmodell som gäller. Ackrediteringsvillkoren och de olika registreringsformerna i ersättningsystemet har beskrivits mer utförligt i kapitel 3.



Åsikterna om ersättningssystemets utformning varierade under den första intervjuomgången. En invändning som togs upp av flera enhetschefer var att patienter som fungerade väl i behandlingen och hämtade sin medicin på apotek genererade en låg ersättning, eftersom de sällan besöker mottagningen. *”Nu är det ju så att de som inte fungerar bra som kommer hit idag, de får vi bra ersättning för. De patienter som går mot en normalisering och är integrerade, de får man inget betalt för”* (enhetschef, offentlig mottagning, första omgången). Andra enhetschefer tyckte dock att ersättningssystemet fungerade relativt väl redan från början, och uttryckte en förståelse för svårigheten att konstruera ett system som tilltalar alla parter. *”Jag tycker att det fungerar ganska bra. [...] I början var det lite oklart, jag tror ingen visste egentligen hur man skulle göra och vad man skulle ta betalt för, men ju längre tiden går ju mer information har vi fått. Nu vet vi vad som gäller, detta med koder och sådant”* (enhetschef, privat mottagning, första omgången). *”Jag vet att det är svårt, hur man än gör så kan det aldrig bli fullt rättvist. Man får väl göra det system som det blir minst fel i”* (enhetschef, offentlig mottagning, första omgången). motverka

Att ersättningssystemet inte ger tillräckliga incitament för att motivera LARO-mottagningarna att erbjuda patienter som är välfungerande i behandlingen att hämta medicin på apotek lyftes också fram vid det andra intervjutillfället. Några privata mottagningar menade att de medvetet avstår från att använda sig av apotekshämtning, eftersom de vill träffa patienterna ofta och se hur de mår. Några enhetschefer från de offentliga mottagningarna uppgav att de kunde se flera anledningar till att patienter mer sällan hämtar medicin på apotek. De menade att det är positivt att träffa patienterna mer regelbundet, när de hämtar medicin på mottagningen, och att det även medför en minskad kostnad för patienterna. Dessutom innebär det en intäkt för mottagningen att patienten hämtar sin medicin där och inte på apotek. *”Björn: Men de här apotekspatienterna genererar nästan inga pengar alls? Intervjuperson: De gjorde inte det nej, men det gör de ju nu när vi tagit in dem [så att de hämtar medicin på mottagningen istället]”* (enhetschef, offentlig mottagning).

Att patienter som skulle kunna hämta medicin på apotek fortsätter att gå till mottagningen för medicinhämtning kan betraktas som att normaliseringsprincipen motverkas. Dessutom leder det till ökade kostnader för Region Skåne, eftersom medicinhämtning på mottagning är ersättningsgrundande, till skillnad från hämtning på apotek.

Ersättningssystemets förtjänster och brister har diskuterats frekvent vid de nätverksmöten som anordnats av Regions Skåne. Vårdersättningens omfattning och ersättningssummor för olika typer av besök har förändrats något sedan vårdvalets införande 2014 (Region Skåne 2016). Ersättningsnivåerna för olika typer av besök har reviderats och tre nya ersättningskategorier har tillkommit: komplett neuropsykiatrisk utredning, kvalificerad telefonkontakt samt gruppbehandling.

En positiv aspekt som tagits upp av flera enhetschefer är att samordnad individuell plan, SIP, genererar en hög ersättningsnivå, vilket medför ett tydligt incitament till samverkan med socialtjänsten (samverkan berörs utförligt i kapitel 8). *”Jag tycker att det är bra att man värderar SIP-arna, att det ger bra betalt. Det är till gagn för patienterna, jag anser att det som patienterna har nytta av ska också ge betalt”* (enhetschef, offentlig mottagning, första omgången).

Den uppfattning vi fått, efter intervjuer och deltagande vid nätverksmöten, är att personalen på mottagningarna efter hand har accepterat och successivt integrerat ersättningssystemets upplägg i sitt arbetssätt och i det dagliga arbetet med patienterna. Detta gäller särskilt de offentliga mottagningarna, som inledningsvis uttryckte större missnöje än de privata med såväl vårdvalet som helhet som ersättningssystemets utformning. *”Vi har jobbat jättemycket*

*med det [ersättningssystemet] nu, 'hur ska vi jobba för att få ut så mycket pengar som möjligt?' Det är det krassa, och så göra det bästa för patienterna. Det är ju lite en balansgång där, och det är inte riktigt vad man är van vid att prata om i Regionen. Om pengar" (enhetschef, offentlig mottagning).* Kritiska synpunkter på ersättningssystemet var inte lika vanliga vid intervjuer med enhetschefer från privata mottagningar. Alla privata mottagningar utom en<sup>26</sup> har startats upp med ersättningssystemet som ekonomisk styrning redan från början, medan de offentliga mottagningarna alla blivit tvungna att anpassa sina verksamheter och inlemma ett nytt synsätt i styrning och uppföljning.

Vid det första intervju tillfället framförde flera enhetschefer från offentliga mottagningar uppfattningen att ersättningssystemet styr mottagningarnas verksamhet på ett negativt sätt. Dessa uppfattningar kvarstod delvis vid den andra intervjuomgången. Möjligheten att tolka registreringsförfarandet på olika sätt lyftes fram, liksom att patienter som är välfungerande i behandlingen alltså genererar låg ersättning (detta framhölls även av en del enhetschefer från privata mottagningar). Flera menade att ersättningssystemet borde ge mer ersättning för patienter som det går bra för och som sällan besöker mottagningen. Några ansåg att en del av ersättningen borde baseras på antalet patienter per mottagning. *"Jag har inte en jättebra lösning på det [hur ersättningssystemet ska utformas]. Men att det skulle vara mer [utifrån] vilken fas patienterna är i, vilken ersättning man skulle få"* (enhetschef, offentlig mottagning).

Synen på ersättningssystemet är den fråga där tydligast skillnad mellan enhetschefer från offentliga respektive privata mottagningar har noterats. KEFU-rapporten visade att det förelåg stor spridning mellan offentliga och privata verksamheter avseende vilka insatser som registrerades. De privata aktörerna redovisade fler besök än de offentliga, och även fler vårdande insatser, vilket innebär att privata verksamheter hade en genomsnittlig högre utbetald ersättning per patient och månad (KEFU Skåne 2015).

Sedan KEFU gjorde sin analys har de offentliga mottagningarna förändrat sitt sätt att registrera insatser. Enhetscheferna påtalade att ersättningssystemets incitament delvis haft en positiv effekt på deras verksamheter, då det lett till att de reflekterat över sitt arbetssätt och börjat arbeta mer i team (vilket premieras ersättningsmässigt) än med enskilda patientkontakter. *"Vi jobbar mer i team för att team genererar ju mer"* (enhetschef, offentlig mottagning). En skepsis mot att ersättningssystemet styr den dagliga behandlingsverksamheten har dock varit påtaglig från de offentliga mottagningarna genom hela utvärderingsprocessen. Att mycket arbete behöver läggas på registrering och ekonomisk planering har varit en återkommande kritik som framförts. Frekvent ofta

Skillnaderna mellan att driva en LARO-mottagning som en del av Region Skånes egen verksamhet och att driva en privat LARO-mottagning har tagits upp av många enhetschefer, vid intervjuer och vid samtal i andra sammanhang. Särskilt i början av vårdvalet var detta något som många fokuserade på, i samband med tankar om vad konkurrensen skulle kunna innebära. Det framfördes konkurrensmässiga fördelar både med att driva mottagningar offentligt och privat. Fördelar för privata verksamheter ansågs vara att de enklare och snabbare kan förändra och anpassa verksamheten utifrån den ekonomiska situationen, samt att de inte är bundna av Region Skåne avseende hyresavtal och gemensamma administrationskostnader (OH-kostnader). De offentliga mottagningarna ansågs ha konkurrensmässiga fördelar genom att kunna dela läkare och annan personal med psykiatriens

---

<sup>26</sup> Den mottagning som avses är LARO INM, som tidigare bedrev verksamhet enligt LOU-uppdrag från Region Skåne. Verksamheterna Ramlösa Social Utveckling och BeFeM fanns också innan vårdval LARO infördes, men bedrev då LARO i form av familjevård respektive öppenvård utifrån bistånd från socialtjänsten, som nämnts tidigare.

övriga verksamheter samt att kunna samarbeta mellan mottagningar och med annan psykiatri, bland annat när det gäller medicinutdelning på helger.

### **Hur ska LARO bedrivas i Skåne i framtiden?**

I slutet av de intervjuer som gjordes 2016–2017 tillfrågades enhetscheferna om hur de såg på vårdvalets framtid. Som väntat skiljde sig åsikterna åt, framför allt beroende på om intervjupersonen representerade en offentlig eller privat mottagning. Flertalet enhetschefer från de offentliga mottagningarna ansåg att vårdvalet inte bör fortsätta. De menade att LARO i huvudsak bör drivas i offentlig regi, eventuellt med några kompletterande privata verksamheter som upphandlas genom LOU. Vårt intryck är att en del av den kritik enhetschefer vid offentliga mottagningar riktat mot ersättningsystemet bottnar i ett generellt ifrågasättande av vårdval och konkurrens som driftsmetod för LARO. Flera av enhetscheferna vid offentliga mottagningar menade att de positiva effekter som vårdvalet för med sig skulle ha kunnat uppnås genom att utöka regionens egna LARO-verksamheter, utan att blanda in privata aktörer.<sup>27</sup>

De mål om ökad egenmakt och tillgänglighet som varit viktiga från politiskt håll ansåg flera av enhetscheferna vid offentliga mottagningar vara uppnådda, och de menade i det sammanhanget att det varken är nödvändigt eller önskvärt att fortsätta att driva LARO som vårdval. *”I stora drag är jag positivare [till vårdvalet] än vad jag var vid förra intervjun, men jag kan fortfarande tycka att det behövdes nog inte ett vårdval. Vi var rätt så nära, 2014 i april när vi startade vårdvalet hade vi inte alls så långa väntetider. Jag menar att det kom fem år för sent”* (enhetschef, offentlig mottagning). *”Lisa: Det här med egenmakten [...], att [personer med beroendeproblem] har farit rätt illa ibland i den här verksamheten och i missbruksvården generellt? Intervjuperson: Och det tror jag nog är det bästa med vårdvalet, att det har kommit fram. Men nu har det kommit fram [...] och nu vet vi det. Ungefär som när något parti tar fram miljön, ja nu vet vi det, nu vet alla det, liksom”* (enhetschef, offentlig mottagning).

Enhetscheferna vid privata mottagningar var däremot eniga om att LARO i Skåne även fortsättningsvis bör bedrivas i form av vårdval. De hänvisade framför allt till den positiva utveckling de tyckt sig märka när det gäller patientinflytande och tillgänglighet. *”Jag tror att valfriheten och delaktigheten i vården är positiv”* (enhetschef, privat mottagning). *”Lisa: Ska det [vårdvalet] fortsätta? Intervjuperson: Ja, sett ur patientsynvinkel. [...] Köerna har försvunnit, det har gett patienterna valfrihet, om inte annat så rent geografiskt, vilket de inte hade tidigare. [...] Jag tror att det är bra med privata aktörer, faktiskt. [De bidrar med] ett annat sätt att se på saker och ting”* (enhetschef, privat mottagning).

En av intervjupersonerna tog upp att det finns en säkerhet och en form av inbyggd kontroll i det faktum att Region Skåne följt vårdvalet noggrant, genom den ansvariga hälso- och sjukvårdsstrategen. *”Regionen styr ju oss så det känns lite som en liten franchise, när man är ett företag. För vi är väldigt beroende av regionens regler och rutiner, men de är också*

---

<sup>27</sup> Vid den andra intervjuomgången har vi tillfrågat intervjupersonerna om deras verksamheter går med vinst eller inte. Svaren tyder på att flertalet av de offentliga mottagningarna vid tidpunkten för intervjun gick ”plus minus noll”, ett par gick med vinst. Tidigare såg det annorlunda ut, då gick flera av de offentliga mottagningarna med underskott. Av de privata mottagningarna gick flera med vinst, medan ett par enhetschefer uppgav att de haft negativt resultat det senaste bokslutet. Eventuell vinst uppgavs företrädesvis gå tillbaka in i verksamheten, antingen direkt till mottagningen i form av lokalmässigt underhåll eller kompetensutveckling för personal eller, om det handlade om en större koncern, så gick vinsten till företaget som helhet. Flera av enhetscheferna på de privata mottagningarna betonade att de inte att de inte primärt motiveras av att göra vinst.

*väldigt duktiga på att informera i god tid och så där. Att det sitter en bra person där [som hälso- och sjukvårdsstrateg] är jätteviktigt, annars skulle det inte fungera” (enhetschef, privat mottagning). En annan enhetschef trodde inte att det skulle ha blivit samma positiva utfall, med ökad egenmakt för patienterna, om utbyggnaden hade skett genom fler regionala mottagningar istället för genom ett vårdval. ”Lisa: Om du tittar tillbaka på vårdvalet, ska det fortsätta? Intervjuperson: Det tycker jag. Jag vet inte hur man skulle reda ut det annars, för det är först nu tycker jag som regionen har vaknat till liv, eller de regionala mottagningarna, och insett att man kan ju inte jobba som man gjort tidigare. Att man har patienter nio till elva och ett till tre eller vad det är. [...] Och att man ska vänta två månader på ett läkarbesök” (enhetschef, privat mottagning).*

## 8 Samverkanspartners perspektiv

De mest centrala intressenterna i vår utvärdering är de patienter som erhåller LARO och de mottagningar som erbjuder sådan vård. Det finns emellertid även andra viktiga intressenter, i form av de samverkanspartner som på olika sätt samarbetar med LARO-mottagningarna och/eller arbetar med samma målgrupper. I utvärderingen har vi fokuserat på tre sådana samverkanspartner: socialtjänstens individ- och familjeomsorg, frivården och sprutbytesverksamheterna.

Socialtjänsten är otvivelaktigt den viktigaste samverkanspartnern för när det gäller LARO. Frivården och sprutbytesprogrammen är inte lika betydelsefulla, men även dessa aktörer kan spela viktiga roller – frivården för patienter som har en pågående frivårdspåföljd och för personer som söker LARO i samband med frigivning från anstalt, sprutbytesverksamheterna framför allt som en arena för att slussa över opioidberoende patienter till LARO. Vi hade även kunnat studera andra samverkanspartner, exempelvis psykiatrin eller Försäkringskassan, men av resursskäl har vi begränsat oss till de tre verksamheter som ingick i utvärderingsuppdraget.

Som vi nämnde i kapitel 4 bygger samverkansdelen av utvärderingen på fyra delstudier. Tre av dem har genomförts av studenter på socionomprogrammet i Malmö, som under vår handledning belyst olika samverkanspartners perspektiv på vårdvalet. Kvalitativa intervjuer med företrädare för samverkanspartner genomfördes under hösten 2016 och delstudierna avrapporterades i januari 2017 i form av tre kandidatuppsatser (Bingefors 2017, Liahaugen Flensburg 2017, Lindstén & Johnsson 2017). Den fjärde delstudien genomförs av en student vid masterprogrammet i socialt arbete i Lund, men är i skrivande stund inte färdigställd. Delstudierna beskrivs översiktligt i tabellen nedan.

Tabell 8.1 Delstudier om samverkan mellan LARO och olika samverkanspartner

Delstudie	Författare	Metod	Empirisk avgränsning
Samverkan med socialtjänsten	Ida Lindstén och Caroline Johnsson	Kvalitativa intervjuer med tre sektionschefer och fem socialsekreterare med erfarenhet av att samverka med LARO	Individ- och familjeomsorgens vuxenenheter i tre stadsområden i Malmö
Samverkan med socialtjänsten (ännu inte slutförd delstudie)	Karin Lundin	Kvalitativa intervjuer med två enhetschefer och fyra socialsekreterare med erfarenhet av att samverka med LARO	Individ- och familjeomsorgens vuxenenheter i Helsingborg och Lund
Samverkan med frivården	Sara Bingefors	Kvalitativa intervjuer med sex frivårdsinspektörer med erfarenhet av att samverka med LARO	Frivårdskontoren i Helsingborg respektive Malmö
Samverkan med sprutbytesverksamheterna	Olivia Liahaugen Flensburg	Kvalitativa intervjuer och en gruppintervju med totalt åtta anställda från olika yrkesgrupper	Sprutbytesprogrammen i Helsingborg, Lund och Malmö

Det övergripande syftet med samtliga delstudier var att undersöka (1) vilka uppfattningar som finns om vårdval LARO bland samverkansparterna, (2) hur parternas samverkan med LARO-verksamheterna sker samt (3) om (och i så fall hur) denna samverkan har påverkats av vårdvalet.

Förutom de tre färdiga kandidatuppsatserna har vi haft tillgång till en preliminär sammanställning och analys av materialet från Lundins delstudie. Dessutom har vi haft tillgång till utskrifter av samtliga intervjuer (25 enskilda intervjuer och en gruppintervju). Redogörelsen i de följande avsnitten bygger på referat av de ovan nämnda delstudierna, ibland med illustrerande citat från intervjuerna.

### **Samverkanspartners generella uppfattningar om vårdval LARO**

När det gäller de mer generella uppfattningarna om vårdvalet och dess betydelse är det en tämligen samstämmig bild som framträder i de fyra delstudierna. Tre tydliga teman återkommer och känns igen från de tidigare kapitlen där patienternas och LARO-mottagningarnas perspektiv analyserades: förbättrad tillgänglighet, ökad symtomtolerans samt betänkligheter om vissa mottagningars förskrivning av bensodiazepiner. Ett fjärde tema som också känns igen är förbättrat bemötande, men det är inte fullt lika framträdande i materialet.

#### ***Tillgängligheten till LARO har förbättrats***

När det gäller tillgängligheten till LARO är samverkansparterna överens om att denna har förbättrats rejält de senaste åren. De långa köer som kunde förekomma tidigare är borta och de som söker LARO kan normalt påbörja behandlingen så snart utredning och eventuell avgiftning har genomförts. Några intervjupersoner från socialtjänsten menar att detta inneburit att personer som tidigare varit ambivalenta i valet mellan LARO och medicinfri behandling idag i högre grad väljer LARO, eftersom de då kan påbörja behandlingen så gott som omedelbart.<sup>28</sup> Den ökade tillgängligheten gäller både vid förstagsångsinskrivningar och vid återinträde i LARO. Flera intervjupersoner tar även upp att den geografiska tillgängligheten ökat och att många patienter har fått närmare till sina mottagningar, i och med att nya mottagningar startats på orter där LARO inte tidigare funnits.

Merparten av intervjupersonerna uppfattar den ökade tillgängligheten som tydligt kopplad till vårdvalet, även om flera samtidigt påpekar att köer och väntetider hade börjat minska redan innan vårdvalet trädde i kraft. I delstudierna finns vissa geografiska variationer som är värda att lyfta fram – intervjupersoner som arbetar i Helsingborg beskriver ofta den ökade tillgängligheten som en omedelbar effekt av vårdvalet, medan intervjupersoner som arbetar i Malmö uttrycker en större osäkerhet och påpekar att tillgängligheten har förbättrats successivt och att förändringarna påbörjades redan innan vårdvalet. Starten av två nya LARO-mottagningar i Malmö, INM (2010) och MATRIS (2011), beskrivs av dessa intervjupersoner som något som bidrog till att minska köerna i staden.

Enligt flera intervjupersoner har den ökade tillgängligheten haft särskilt stor betydelse för dem som tidigare haft problem med att komma in i LARO eller problem med att hålla sig kvar i behandlingen. Att patienter som uppfattats som ”svårbehandlade” eller ”omöjliga” gynnats mest nämns framför allt av intervjupersoner från frivården och sprutbytesverksamheterna, vilket är verksamheter som ofta möter personer med komplex problematik (beroende, kriminalitet och samsjuklighet) och upprepade återfall.

---

<sup>28</sup> Ett undantag nämns i vissa intervjuer, en mottagning som upplevs ha kapacitetsproblem, vilket gett upphov till köer och periodvisa intagningsstopp. Vi har tagit upp detta tidigare i rapporten.

### ***Symtomtoleransen har ökat***

Samverkanspartnerna är också överens om att symtomtoleransen har ökat inom de skånska LARO-verksamheterna. Personer med avancerat blandberoende som söker LARO får behandling i högre grad än tidigare och risken för ofrivillig utskrivning har minskat för patienter med omfattande återfallsproblematik. Intervjupersonerna uppfattar att denna utveckling är generell och gäller för alla mottagningar de samverkar med.

Det stora flertalet är positiva till den ökade symtomtoleransen, åtminstone i huvudsak. LARO-systemet har ”öppnats upp” och blivit mer humant, som ett par intervjupersoner från ett sprutbytesprogram uttryckte det (Liahaugen Flensburg 2017:27). En annan intervjuperson, en frivårdsinspektör, påpekade att ofrivillig utskrivning är förenat med stora risker och att utskrivningar därför i möjligaste mån bör undvikas: *”En utskrivning hade varit väldigt riskhöjande för återfall, både i missbruk och i kriminalitet. Att vara kvar och försöka göra upp en gemensam plan kring ’Vad behöver du nu?’ är i sig riskreducerande. [...] Klienten har en möjlighet att stanna kvar. Så man kan jobba vidare”* (Bingefors 2017:29f).

Alla är dock inte entydigt positiva. Vissa intervjupersoner, framför allt socialsekreterare och enhetschefer inom socialtjänsten, beskrev utvecklingen i mindre positiva ordalag, som en form av kravlöshet. *”Jag tycker nog att det skulle vara lite mer åt som det var förr. Att det ska vara svårare att få och sköter man inte det så åker man ut ur programmet”*, sa till exempel en enhetschef (Lindstén & Johnsson 2017:26).

Många intervjupersoner menar att den ökade symtomtoleransen till stor del är ett resultat av vårdvalet. Utvecklingen kopplas till den förbättrade tillgängligheten och till en starkare brukarorientering. Vissa beskriver det som att mottagningarna har blivit mer uthålliga, att de arbetar mer med patienterna och försöker samverka med socialtjänsten i de fall det behövs. Konkurrens om patienterna lyfts dock också fram som en bidragande orsak. Några intervjupersoner menar att mottagningarna har sänkt kraven och ambitionsnivån av ekonomiska skäl, för att öka intäkterna. En enhetschef inom socialtjänsten uttryckte det på följande sätt: *”De [mottagningarna] har ju betalt per besök, och då... håller man ju kvar folk, fast man kanske skulle skriva ut dem tidigare ibland. Att de [patienterna] inte är där att de vill sluta missbruka och alltså... utan man fortsätter att missbruka, i behandling”* (Lundin, intervjuutdrag).

Även om den ökade symtomtoleransen ofta kopplas till vårdvalet menar flera intervjupersoner att det också handlar om en mer långsiktig förändringsprocess, där svenska LARO-mottagningar inriktat sig mer på skadebegränsning (harm reduction), efter mönster från andra västeuropeiska länder (Lindstén & Johnsson 2017:25). Det har under många år förts en debatt i Sverige om riskerna med ofrivilliga utskrivningar och det har gjorts förändringar i Socialstyrelsens föreskrifter som pekat i samma riktning, som vi tidigare nämnt. Flera intervjupersoner nämnde denna utveckling som något positivt – framför allt frivårdsinspektörer och sprutbytespersonal, vars klienter och patienter tidigare ofta blev föremål för ofrivilliga utskrivningar (Bingefors 2017:33, Liahaugen Flensburg 2017:35).

### ***Betänkligheter om vissa mottagningars förskrivning av bensodiazepiner***

Ett ämne som knyter an till den ökade symtomtoleransen är patienternas bruk av bensodiazepiner och andra lugnande preparat under pågående LARO. Som vi konstaterat tidigare har detta ämne – i synnerhet vissa mottagningars förskrivningar av sådana preparat – varit centralt i diskussionerna om vårdvalet. Detta återkommer även i intervjuerna med samverkanspartnerna, framför allt med socialtjänsten och frivården. I flera av dessa intervjuer lyfts förskrivning av bensodiazepiner fram som något problematiskt, som gör det svårt att upprätthålla strukturen i behandlingen. *”En klient som jag har [och som har fått stora mängder bensodiazepiner utskrivna] sitter ju på mina möten och somnar”*, berättade en

frivårdsinspektör (Bingefors 2017:24). En annan intervjuperson, en socialsekreterare, beskrev sådan förskrivning som en ”legalisering av sidomissbruk” (Lindstén & Johnsson 2017:23).

Intervjupersonerna är överens om att synen på bensodiazepiner skiljer sig åt mellan olika mottagningar. De flesta mottagningarna uppfattas som restriktiva eller till och med mycket restriktiva, men några mottagningar beskrivs som mer liberala, vilket ses som ett problem ur såväl socialtjänstens som frivårdens perspektiv. En frivårdsinspektör beskrev sina intryck på följande sätt: *”Det är väldigt olika på de här LARO-mottagningarna. [...] En del är extremt frikostiga med bensodiazepiner, vilket jag tycker verkar... Jag är ju inte medicinskt kunnig så jag ska ju inte uttala mig om det, men jag ser inte riktigt poängen i att skriva ut mängder av bensodiazepiner till någon som redan har en beroendesjukdom”* (Bingefors 2017:30f).

Skillnader mellan mottagningarna när det gäller synen på bensodiazepiner och andra narkotikaklassade läkemedel uppfattas som en viktig faktor när det gäller patienternas val och byten mellan mottagningar. Flera intervjupersoner från socialtjänsten och frivården menar att frikostiga receptförskrivningar är ett sätt för några mottagningar att försöka locka till sig fler patienter, en sorts illegitim konkurrens som leder till ryktesspridning och oro bland patienterna. I synnerhet två mottagningar nämns ofta i detta sammanhang, en i Helsingborg och en i Malmö.

Flera intervjupersoner tar upp att det skulle behövas en tydligare policy från regionens sida när det gäller förskrivningar av bensodiazepiner och annan narkotika. I delstudien om frivården uttrycktes missnöje och oro över situationen, så som den uppfattades hösten 2016, och samtliga frivårdsinspektörer efterlyste en reglering av under vilka förutsättningar sådan förskrivning bör ske i samband med LARO (Bingefors 2017:32). I det sammanhanget bör nämnas att regionen arbetar med att ta fram riktlinjer för sådan förskrivning, i samråd med de olika mottagningarna.

### ***Bemötandet har förbättrats***

Ytterligare ett gemensamt tema är att samverkanspartnerna upplever att patienterna numera får ett bättre bemötande av personalen på LARO-mottagningarna. Det är framför allt i intervjuerna med socialsekreterare och frivårdsinspektörer som det förbättrade bemötandet nämns. Några intervjupersoner tog upp att trycket på LARO-mottagningarna minskat när köerna försvunnit, och att detta bidragit till en mer tillmötesgående, avslappad attityd (Bingefors 2017:24).

Andra hänvisade till förändrade maktrelationer som en alternativ (eller kompletterande) förklaring. Tidigare behövde inte de offentliga mottagningarna anstränga sig när det gällde bemötandet, eftersom patienterna inte hade några alternativ (Lundin, sammanfattning). Vårdvalet innebär att patienterna kan välja bort vårdgivare som inte uppfattas erbjuda en god vård eller ett gott bemötande; mottagningarna måste därför vara mer kundorienterade och ”sälja in sig” till patienterna (Lindstén & Johnsson 2017:22). En av de intervjuade från en sprutbytesmottagning beskrev det på följande sätt: *”Innan kunde det vara mycket gnäll på någon mottagning till exempel, men det har slutat, de [patienterna] har slutat gnälla nu när de kan välja”* (Liahaugen Flensburg 2017:30).

Som vi kunde se i kapitlet om patienternas perspektiv stämmer intrycket om bättre bemötande väl överens med patienternas egna upplevelser, vilka förstås är de viktigaste i sammanhanget. Några frivårdsinspektörer tog dock upp att de även för egen del upplevde ett förbättrat bemötande från LARO-mottagningarna sida. Dessa frivårdsinspektörer berättade om tidigare negativa erfarenheter av att bli ifrågasatta i samverkanssituationer, när de velat medverka vid behandlingsplanering. Efter vårdvalets införande upplevdes detta inte längre som ett problem.



## Samverkan med socialtjänsten

Kommunernas socialtjänst är den viktigaste samverkanspartnern för LARO-mottagningarna, som vi nämnt innan. Socialtjänsten har huvudansvaret för de vård- och behandlingsinsatser som inte är medicinska. LARO-mottagningarna erbjuder visserligen en del av de insatser som socialtjänsten normalt ansvarar för, exempelvis vissa former av psykosocialt stöd och samtalsbehandling. När det handlar om mer omfattande psykosociala behandlingsinsatser eller om institutionsvård (behandlingshem) är dock mottagningarna beroende av samverkan med socialtjänsten.

Delstudierna om socialtjänsten handlar om samarbetet mellan LARO-mottagningarna och vuxenheterna vid socialtjänstens individ- och familjeomsorg i Lund, Helsingborg och Malmö. Fokus har legat på samverkan vad gäller psykosocialt stöd, behandlingsinsatser (öppenvård och institutionsvård), boendestöd samt LVM. Andra insatser som socialtjänsten också ansvarar för, som försörjningsstöd och stöd till familjer, har vi däremot inte tagit upp.

Samverkan mellan LARO och socialtjänsten sker frekvent i enskilda patientärenden, i form av möten och telefonkontakter. Gemensam medverkan vid SIP-möten är en vanlig form för samverkan. Ibland sker samverkan även på mer övergripande nivå, till exempel genom studiebesök och planerings- och strategimöten. I Helsingborg sker återkommande nätverksmöten på chefsnivå mellan LARO-mottagningarna och socialtjänsten.

Enligt intervjupersonerna rör samverkan i enskilda ärenden huvudsakligen patienter som har ett stort behov av psykosocialt stöd av olika slag, och som inte får det tillgodosett av LARO-mottagningarna. De patienter socialtjänsten kommer i kontakt med är därför sällan dem det går bra för, utan oftast personer som har omfattande problem med sidomissbruk, mår dåligt på olika sätt och/eller har en svår social situation som de behöver hjälp med. *”Det finns många klienter som får det att fungera bra som inte vi ser, det finns också ett gäng klienter som fungerar ganska dåligt i LARO-mottagningarna och där man då vill ha våra insatser. Då pratar vi inte om boende, då pratar vi om våra behandlingsinsatser – psykosociala behandlingsinsatser”* (socialsekreterare, Malmö – Lindstén & Johnsson 2017:28).

De socialsekreterare och enhetschefer som intervjuats är överens om att samverkan har ökat i omfattning under vårdvalet, dels på grund av att tillgängligheten och antalet patienter har ökat kraftigt, dels till följd av den ökade symtomtoleransen inom LARO. Sammantaget betyder detta att behovet av kompletterande insatser från socialtjänstens sida har ökat rejält.

Samverkan i enskilda ärenden fungerar allmänt sett ganska väl, menar intervjupersonerna. Samverkan har utvecklats och förändrats över tid, men vilken roll vårdvalet haft för detta är inte helt tydligt, förutom att det blivit fler mottagningar att samverka med (detta gäller i synnerhet för socialtjänsten i Helsingborg, där många nya LARO-mottagningar har etablerats). Förr skedde samverkan ofta på en övergripande nivå, men idag är samverkan i enskilda patientärenden starkt dominerande. *”Jag upplever att det är mer samverkan kring klienterna nu än vad det var innan. Då fanns LARO på sin kant och vi på vår kant /.../. Nu är det mer, kanske för att jag har jobbat längre och känner de som jobbar på LARO-mottagningarna, men det är mer flytande dialog”* (socialsekreterare, Malmö – Lindstén & Johnsson 2017:32).

Som antyds av citatet är samverkan delvis personberoende; flera intervjupersoner nämner att personliga kontakter och tidigare erfarenheter av samverkan kan påverka hur smidigt samarbete fungerar. Läkarnas inställning till att samverka med socialtjänsten är betydelsefull, menar intervjupersonerna. Flera nämner också att de upplevt ett förbättrat bemötande från de offentliga LARO-mottagningarna de senaste åren, både gentemot patienterna och gentemot socialtjänstens företrädare.

Kraven på samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten har skärpts under senare år, bland annat genom att samordnad individuell plan har införts som ett lagstadgat krav i de fall insatser behöver samordnas. Om en av aktörerna kallar till SIP är den andra skyldig att medverka.<sup>29</sup> En SIP får dock endast upprättas med den berörda patientens samtycke. Intervjupersonerna menar att SIP är ett viktigt verktyg som bidrar till att skapa en ökad tydlighet kring arbets- och ansvarsfördelningen. De berättar också att SIP har börjat användas alltmer de senaste åren, vilket upplevs som positivt.

Ett problem som lyfts fram av många intervjupersoner är att socialtjänsten ofta kopplas in sent i problematiska ärenden. Delvis kan detta bero på att vissa patienter motsätter sig samverkan med socialtjänsten, men intervjupersonerna menar att LARO-mottagningarna i sådana fall borde ställa större krav på patienterna att gå med på att upprätta en SIP. Några intervjupersoner uttrycker att de skulle önska att LARO-mottagningarna tog ett större helhetsansvar för patienterna. Insatser som återfallsprevention, psykolog-/kuratorssamtal och utredningar, som erbjuds av mottagningarna, borde vara obligatoriska om patienterna har behov av dem.

Socialtjänstens representanter upplever det ibland som att LARO-mottagningarna vänder sig till dem först när behandlingen har misslyckats, och då förväntar sig att socialtjänsten ska ställa upp med kostsamma behandlingshemsplaceringar. Flera intervjupersoner från olika städer beskriver det oberoende av varandra som ett ”beställningsjobb”, där LARO-mottagningarna ”hotar” med att skriva ut patienten eller skicka en LVM-anmälan om inte socialtjänsten fattar ett positivt biståndsbeslut. *”Det är rätt vanligt nu att vi sitter, där LARO-mottagningen tycker att vi ska skicka iväg klienten på behandling, där vi tycker att ’nej, men personen är i behandling, vi har stödboende och boendestöd och den här delen, behandlingen är ert uppdrag’. Och det är då de avslutar och skickar en LVM-anmälan istället för att vi ska skicka iväg... så att det blir jättekonstigt”* (enhetschef, Helsingborg – intervjuutdrag, Lundin).

När det gäller LVM-ärenden går uppfattningarna isär mellan intervjupersonerna. I Malmö menar de flesta att det inte skett några större förändringar sedan vårdvalet inleddes. I Lund och Helsingborg menar däremot flera intervjupersoner att det kommer in betydligt fler LVM-anmälningar än tidigare som gäller LARO-patienter. Oftast är det mottagningarna som anmäler. *”När det gäller LARO så är de i uselt skick när det är LVM-anmälan på gång. Då är de nedkörda i botten och... alltså både fysiskt och psykiskt, rätt ofta. [...] Hade de varit ute på gatan i ett tungt injektionsmissbruk så hade jag inte varit förvånad, men de kommer ifrån behandling och är i ett sådant uselt skick att vi överväger LVM”* (enhetschef, Helsingborg – intervjuutdrag, Lundin).

LVM-anmälningar av det slag som tas upp i citatet väcker ofta irritation från socialtjänstens sida, eftersom man hade velat kopplas in tidigare. I så fall hade kanske patienten kunnat motiveras till frivilliga insatser och ett dyrbart LVM därmed kunnat förebyggas.

Sammanfattningsvis är de flesta intervjupersonerna från socialtjänsten positivt inställda, både till vårdvalet och till samverkan med LARO-mottagningarna. Samverkan har ökat i omfattning, men det har inte skett några större förändringar när det gäller formerna och innehållet. Den kritik som lyfts fram handlar om att mottagningarna kan låta det gå för långt innan man kopplar in socialtjänsten och att mottagningarna ibland upplevs vilja tvinga fram insatser från socialtjänstens sida.

---

<sup>29</sup> Lagregeln om samordnad individuell plan finns i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (SFS 2001:453) respektive i 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).

## Samverkan med frivården

Frivårdens bedriver övervakning av personer som blivit dömda till skyddstillsyn eller som är villkorligt frigivna från anstalt. Övervakningen pågår vanligen under ett år. Även personer som dömts till fotboja eller kontraktsvård övervakas av frivården. Kontakterna med frivården styrs bland annat av innehållet i domen – för en person med beroendeproblem kan medverkan i behandling ingå i föreskrifterna. När det gäller LARO är det den strukturen och kontrollerna i behandlingen som kan vara föreskriven, den medicinska delen är alltid frivillig. Frivården kan alltså aldrig tvinga en person som står under övervakning att delta i LARO.

Eftersom målen för verksamheterna skiljer sig åt – frivårdens uppdrag är att motverka att deras klienter återfaller i brott medan LARO syftar till att förbättra patienternas hälsa och sociala situation – är frivården inte en lika naturlig samverkanspartner som socialtjänsten. Det finns inga formella krav på att LARO-mottagningarna ska samverka med frivården, varken i lagstiftning, föreskrifter eller regionens ackrediteringsvillkor. Samverkan är således frivillig.

Samverkan består vanligen av kontinuerliga kontakter och informationsutbyte mellan frivården och LARO-mottagningen. Samverkansmöten kan också ske, och frivården kan medverka vid vårdplanering och SIP-möten. Syftet med samverkan är vanligen att de inblandade aktörerna ska få en överblick över vilka insatser patienten har samt gemensamt planera vilka övriga insatser som kan tänkas behövas. Förutom samtalskontakt med frivårdsinspektör erbjuder frivården olika program för att förebygga återfall i brottlighet. Insatserna sker enskilt eller i grupp. Frivården erbjuder även behandling för beroendeproblem, men dessa insatser är sällan aktuella för LARO-patienter, eftersom de redan får behandling via beroendevården och ibland även socialtjänsten.

Frivårdens opioidberoende klienter återfaller ofta i narkotika- eller egendomsbrottslighet under övervakningstiden, men risken för återfall minskar enligt frivårdsinspektörerna avsevärt om klienterna kan erbjudas LARO. Medicineringen leder till att suget efter opioider upphör eller minskar, vilket både innebär minskad drivkraft att begå brott och att personerna bättre kan ta till sig frivårdens insatser. *”Det är milsvid skillnad. För någon som är inne i LARO-behandling kan ju vara hur väl fungerande som helst, alltså fungera bättre än de flesta klienter vi har”* (frivårdsinspektör – Bingefors 2017:27).

Den största förändringen sedan vårdvalet inleddes är att omfattningen av samverkan mellan frivården och LARO-verksamheterna har ökat, i takt med att kötider har minskat och fler patienter har kommit in i behandling. Frivårdsinspektörerna är mycket positiva till denna utveckling. *”I och med att det är fler klienter som får möjligheten att tidigare påbörja sin behandling eller utredning, så har det så klart påverkat vårt arbete i positiv riktning. [...] Det är väldigt svårt att sätta in insatser hos [klienten] under den här vänteperioden. För de är ju ofta så oerhört inställda på att få sin medicinering. Så på så vis skulle jag vilja säga att det har en oerhörd positiv inverkan på vårt arbete med klienterna”* (frivårdsinspektör – Bingefors 2017:26).

Den ökade tillgängligheten har varit extra påtagligt för frivården eftersom den grupp de ofta möter – patienter som har en komplex problematik med beroende, kriminalitet och psykisk samsjuklighet – hör till dem som tidigare ofta hade svårt att komma in och hålla sig kvar i LARO. Enligt frivårdsinspektörerna är det den mest problematiska gruppen klienter som har gynnats mest av vårdvalet, den ökade tillgängligheten och de sänkta trösklarna. *”För att uttrycka mig jätteklympt: jamen, de ’omöjliga’ klienterna. Alltså de som återföll hela tiden, de som dömdes hela tiden... Varannan klient som kom ut på min lista var liksom samma klient. Därför att han använde droger och det var så svårt att komma in [i LARO]. De har fått mer hjälp”* (frivårdsinspektör – Bingefors 2017:29).

När det gäller formerna för samverkan har inga större förändringar skett under vårdvalet, men frivårdsinspektörerna beskriver det som att samverkan blivit lättare och smidigare, mer etablerad. Även om det kan förekomma skillnader i hur samverkan sker med olika LARO-mottagningar är likheterna övervägande. Samarbetet med mottagningarna fungerar generellt sett bra och frekvensen i kontakterna har ökat – intervjupersonerna upplever det som att frivården blivit en mer naturlig och självklar samverkanspartner än tidigare. Hur mycket av detta som kan förklaras av vårdvalet och hur mycket som hänger samman med förändrade föreskrifter och mer långsiktiga trender inom det skånska LARO-systemet är svårt att säga.

Som nämndes tidigare i kapitlet är frivårdsinspektörerna positiva till att symtomtoleransen har ökat i de skånska LARO-verksamheterna. De är också positiva till att Socialstyrelsen avskaffade spärrtiden i den senaste uppdateringen av sina föreskrifter för LARO. Dessa förändringar utgör tillsammans en stor förbättring ur frivårdens perspektiv, eftersom de personer de samverkar om tidigare ofta blev föremål för utskrivningar.

Negativa aspekter av vårdvalet är sällsynta i intervjuerna med frivårdsinspektörerna, förutom kritiken mot de mottagningar som uppfattas ha en alltför frikostig förskrivning av bensodiazepiner. Någon intervjuperson upplevde att det kunde vara svårare att få privata vårdgivare att genomföra utredningar av psykisk samsjuklighet, jämfört med hur det är inom den offentliga LARO-vården (där kompetensen för att genomföra sådana utredningar inte behöver köpas in utan finns i den egna organisationen).

De intervjuade frivårdsinspektörerna är alltså över lag positiva till vårdvalet. De uppfattar att de förändringar som skett har verkat till patienterna fördel och dessutom underlättat frivårdens brottsförebyggande arbete. Att vara i LARO ger patienterna avsevärt bättre förutsättningar på de flesta livsområden – hälsa, sociala relationer, sysselsättning och att hålla sig ifrån kriminalitet.

### **Samverkan med sprutbytesverksamheterna**

De tre sprutbytesverksamheter som ingått i utvärderingen skiljer sig åt. Malmös sprutbytesprogram är en välutvecklad, separat del av infektionskliniken, med egen personal och ett väletablerat samarbete med olika aktörer inom beroendevården, socialtjänsten och den privata behandlingssektorn. I Lund är sprutbytesprogrammet en integrerad i infektionskliniken, med skiftande personal och mindre täta kontakter till andra aktörer, förutom Rådgivningsbyrån i narkotikafrågor som man ofta samverkar med.

Sprutbytesprogrammet i Helsingborg är också en separat verksamhet, men med mindre personal än Malmö. Besöksantalet varierar: under 2015 hade Lund omkring 1 000 besök, Helsingborg 2 800 besök och Malmö 7 000 besök.

Som vi nämnde tidigare finns inga formella krav på samverkan mellan sprutbytesprogrammen och LARO-mottagningarna – den samverkan som sker bygger inte på någon rättslig reglering. För alla tre sprutbytesprogrammen i studien sker samverkan genom informella kontakter och kommunikation med LARO-verksamheterna i de aktuella städerna, exempelvis genom studiebesök och nätverksträffar. En mycket viktig del i samverkan handlar om att sprutbytespersonalen försöker motivera patienterna till behandling och slussa över de som vill ha LARO till någon av mottagningarna inom vårdvalet.

Samverkan mellan sprutbytesprogrammen och LARO-mottagningarna är personberoende och bygger på engagemang och personliga kontakter mellan personalen på de respektive verksamheterna. I vissa fall är kontakterna sporadiska, medan de i andra fall är aktiva och kontinuerliga. När det gäller motivationsarbete och överföring av patienter till LARO finns mer eller mindre utarbetade rutiner i alla de tre städerna. Mest utvecklat är det i Malmö, där

det finns ett väl fungerande samarbete mellan sprutbytesprogrammet och MATRIS-mottagningen, som etablerades 2011 med uttalat syfte att rekrytera patienter via sprutbytet.

När det gäller formerna för samverkan är sprutbytesverksamheterna eniga om att det inte skett några större förändringar sedan vårdvalet infördes. Motivationsarbetet sker på ungefär samma sätt som tidigare, men den ökade tillgängligheten har medfört att arbetet kan bedrivas mer effektivt. Den hopplöshet många patienter upplevde tidigare har försvunnit, berättade ett par intervjupersoner. *”Det har blivit en stor förändring för sprutbytet i det att vi överhuvudtaget kan länka till behandling på ett annat sätt [...] Vårdvalet och det här med LARO MATRIS gjorde ju för första gången att vi praktiskt faktiskt kunde länka rakt in [i LARO]”* (Malmö – Liahaugen Flensburg 2017:34).

Sprutbytesprogrammen är öppna för personer som injicerar narkotika. Två huvudsakliga grupper kan urskiljas, de som har amfetamin som huvuddrog och de som främst använder heroin/opioider. Sett i ett längre tidsperspektiv har den senare gruppen ökat i andel, liksom andelen med ett avancerat blandberoende. Vid alla programmen finns personal som menar att gruppen med heroin/opioider som huvuddrog har minskat efter att vårdvalet infördes, i takt med att patienter från denna grupp gått in i LARO.<sup>30</sup> *[De som injicerar amfetamin] är den största gruppen ja, och sen är det heroin men [de är] inte så många. Jag tror att de sugits upp av LARO-mottagningarna, opiatmissbruket, så där har dom [LARO-mottagningarna] gjort ett jättebra arbete”* (Helsingborg – Liahaugen Flensburg 2017:31).

Ett tydligt mönster i intervjuerna är att sprutbytespersonalen upplever att LARO-mottagningarna numera har lägre tröskel och ställer mindre strikta krav på patienterna. Några intervjupersoner uttryckte det som att LARO-mottagningarna blivit bättre på att se till patienternas behov. Konsekvenserna vid återfall/sidomissbruk är inte lika allvarliga som tidigare, då det var relativt vanligt att patienter återvände till sprutbytena efter att ha blivit ofrivilligt utskrivna. Det förekommer att LARO-patienter fortsätter att byta sprutor, trots att de är i behandling. I sådana ärenden är sekretessen ofta ett hinder för samverkan, eftersom informationsutbyte i enskilda ärenden endast får ske om det finns ett uttalat samtycke från patientens sida.<sup>31</sup>

På ett övergripande plan är sprutbytespersonalen genomgående positiva till vårdvalet. Enligt intervjupersonerna har vårdvalet inneburit en klar förbättring för de sprutbytare som har heroin som huvuddrog. Sprutbytesprogrammets motivationsarbete har förenklats och de sprutbytare som vill kan få börja i LARO med kort varsel. Personalen upplever även att LARO-mottagningarna blivit bättre på att se till patienternas behov.

---

<sup>30</sup> I Malmö blev denna tendens tydlig redan före vårdvalet, när LARO MATRIS startade sin verksamhet. Tendensen är dokumenterad i mottagningens verksamhetsberättelser, där andelen med heroin som huvuddrog minskade från 50 procent 2013 till 33 procent 2015. Någon liknande uppdaterad statistik finns inte för de övriga sprutbytesmottagningarna.

<sup>31</sup> Undantaget är att sprutbytespersonalen har anmälningsplikt gentemot socialtjänsten om de befarar att barn är i fara.

## 9 Opioidrelaterade dödsfall i Skåne

Den narkotikarelaterade dödligheten har ökat de senaste tiotal åren, såväl i Sverige som i andra europeiska länder och USA (Socialstyrelsen 2016a; EMCDDA 2017; Leifman 2016). Opioider är den preparatgrupp som orsakar flest dödsfall. Heroin har under många år varit det preparat som lett till flest dödsfall i Sverige, men minskar nu i andel medan syntetiska opioider som metadon, buprenorfin och fentanyl ökar (Socialstyrelsen 2016a).

Under regionens utredningsarbete inför vårdval LARO belystes denna utveckling, som skett parallellt med utvecklingen av antalet platser i LARO i Sverige. Som vi nämnde i kapitel 3 var en farhåga som restes att vårdvalet skulle bidra till en ökning av antalet metadon- och buprenorfinrelaterade dödsfall i Skåne, som en följd av en förväntad kraftig utbyggnad av antalet personer i LARO (Närsjukvårdsberedningen 2014; Koncernkontoret 2013). I vårt utvärderingsuppdrag ingick att undersöka de eventuella effekter vårdval LARO haft gällande utvecklingen av opioidrelaterad dödlighet i Skåne, med särskilt fokus på preparaten metadon, buprenorfin och heroin.

### **Statistik om narkotikarelaterade dödsfall i Sverige**

Den officiella statistik om narkotikarelaterad dödlighet som Sverige rapporterar sammanställs av Socialstyrelsen och grundas på inrapporterade dödsorsaker i dödsorsaksregistret. De årliga rapporterna har visat att antalet narkotikarelaterade dödsfall mer än fördubblats det senaste decenniet. Jämfört med andra europeiska länders officiella statistik har Sverige en mycket hög narkotikarelaterad dödlighet (Socialstyrelsen 2016b). Tillförlitligheten i Socialstyrelsens dödsorsaksregister har dock ifrågasatts, och frågan har väckts om det verkligen skett en så kraftig ökning av de narkotikarelaterade dödsfallen som statistiken indikerat. Håkan Leifman (2016) har analyserat statistiken om den narkotikarelaterade dödligheten i Sverige och undersökt vilka faktorer som kan ha bidragit till att eventuellt ge en missvisande eller överdriven bild av utvecklingen. I rapporten sägs att både statistiken över narkotikarelaterade dödsfall och medierapporteringen om denna har varit "förvirrande" (Leifman 2016:7). En orsak till detta är metodförändringar i den rättskemiska analysen, en annan är delvis förändrade kategoriseringar och indikatorer för vad som räknas som narkotikarelaterade dödsfall.

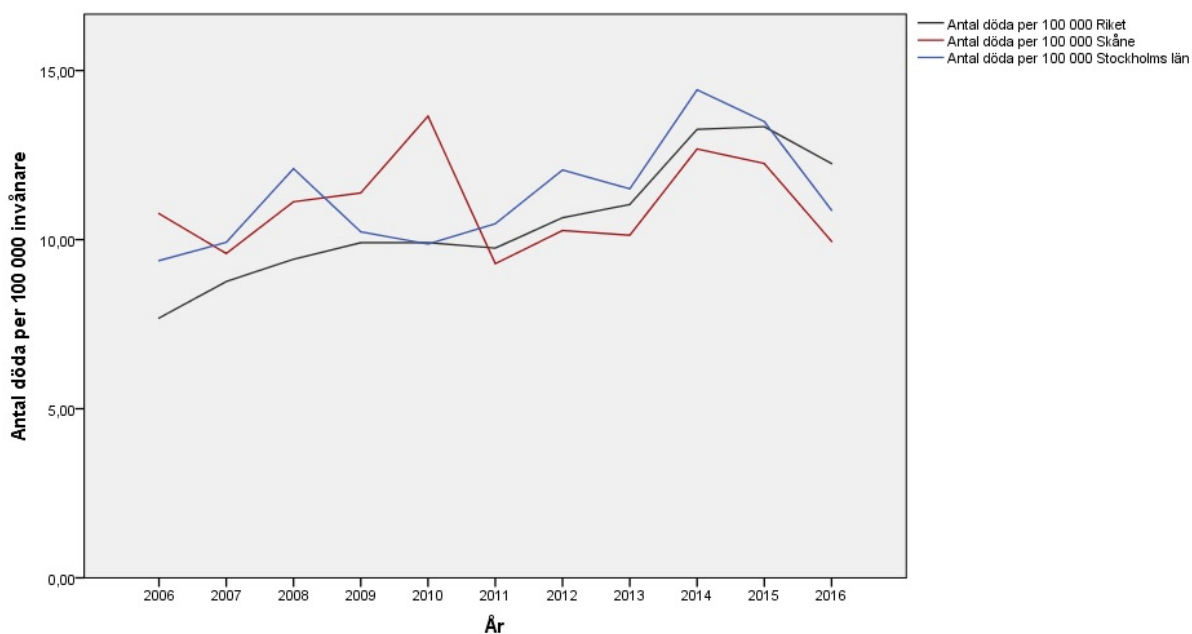
Socialstyrelsens dödsorsaksregister utgår från dödsorsakskoder på det dödsorsaksintyg som utfärdas då en person avlider. Dödsorsakerna kodas utifrån en internationell sjukdoms- och dödsorsaksklassifikation (ICD 10). Som dödsorsak avses i dödsorsaksregistret alla de sjukdomar, sjukliga tillstånd eller skador som medförde eller bidrog till dödsfallet. Man skiljer i det sammanhanget på underliggande respektive bidragande dödsorsak. Underliggande dödsorsak är den sjukdom eller skadeorsak som inledde den kedja av sjukdomshändelser som direkt ledde till döden, eller de omständigheter vid en olycka eller våldshandling som framkallade den dödliga skadan. Med bidragande dödsorsak avses dödsorsaker som har bidragit till dödsfallet, men inte bedömts som underliggande (Socialstyrelsen 2016b).

Enligt Socialstyrelsens definition innebär narkotikarelaterade dödsfall alla dödsfall där narkotiska preparat varit av betydelse. Detta avgörs av vilken dödsorsakskod som angivits som underliggande eller bidragande till dödsfallet. I Socialstyrelsens registrering ingår alltså såväl akuta förgiftningar som missbruksrelaterade diagnoser, där den underliggande

dödsorsaken kan vara till exempel ett sjukdomstillstånd men där narkotikaberoende har bidragit till dödsfallet (Socialstyrelsen 2016b).

I diagrammet nedan visas utvecklingen avseende förgiftningar med läkemedel och narkotika mellan åren 2006 och 2016, baserat på statistik från dödsorsaksregistret. Utvecklingen visas för riket, Skåne och Stockholms län (som tagits med som jämförelse då det länge varit det län som påminner mest om Skåne när det gäller förekomsten av heroinmissbruk). Av graferna framgår att det i riket skett en successiv ökning av dödsfall från 2006 och att utvecklingen för riket, Stockholms län och Skåne län följs åt från år 2011. Notera att Skåne län ligger något lägre än såväl riket som Stockholms län från 2011. Sett till hela tioårsperioden har antalet dödsfall ökat i riket som helhet, medan utvecklingen i Skåne och Stockholm ger ett mer skiftande intryck över tid. Den högsta nivån i Skåne var år 2010, då det inträffade 13,65 förgiftningsdödsfall per 100 000 invånare.

Diagram 9.1 Förgiftningar med läkemedel och narkotika 2006–2016 i åldersgruppen 15-64 år. Antal döda/100 000 invånare i riket, Skåne och Stockholms län.



Ett annat sätt att registrera och rapportera om utvecklingen av narkotikarelaterade dödsfall är att utgå från förekomsten av olika droger och läkemedel vid Rättsmedicinalverkets rättskemiska analyser. Detta görs i Folkhälsomyndighetens forskningsregister Toxreg, som baseras på alla dödsfall där man vid rättsmedicinsk obduktion påträffat illegala droger samt läkemedlen metadon, buprenorfin eller fentanyl. Preparaten presenteras enligt en så kallad dominansordning: heroin/morfin, metadon, buprenorfin, fentanyl, amfetamin, kokain, övriga droger samt cannabis (THC).<sup>32</sup> Dödsfall med förekomst av morfin delas upp i de med eller utan förekomst av heroinmetaboliten 6-acetylmorfin. Endast ett preparat per dödsfall anges utifrån ovan nämnda dominansordning. Bensodiazepiner och flera andra preparat som brukar ingå i överdoser redovisas inte i Toxreg, men för att få en bild av den opioidrelaterade dödligheten över tid kan registret ändå ge en ganska god indikation. Toxreg-data finns tillgängligt till och med 2014, och följer den bild som ges i dödsorsaksregistret om ökad

<sup>32</sup> Denna dominansordning har ingen rationell förklaring utan är en mer eller mindre godtycklig rangordning av några vanliga droger, dock med utgångspunkt att opioider har en mer dominerande roll för dödsfallet än preparat som amfetamin, kokain och THC (Fugelstad 2012).

förekomst av såväl heroin (6-acetylmorfin) som andra opioider bland rättsmedicinskt undersökta dödsfall de senaste åren (Folkhälsomyndigheten 2015).

Tabell 9.1 Förekomst av några preparat vid rättskemisk analys i Toxreg 2006–2014 samt total förekomst (inklusive andra droger). Antal fall i Sverige.

År	Morfin (6-MAM)	Metadon	Buprenorfin	Fentanyl	Totalt (alla preparat)
2006	110 (33)	22	15	5	299
2007	142 (65)	48	22	12	395
2008	144 (46)	74	52	11	478
2009	135 (52)	76	37	15	420
2010	120 (34)	94	59	17	451
2011	143 (39)	86	66	32	478
2012	154 (41)	120	70	44	523
2013	167 (53)	113	88	44	590
2014	199 (84)	115	114	66	686

I tabell 9.1 framgår att det vid rättsmedicinskt undersökta dödsfall har skett en särskilt stor ökning av dödsfallen med metadon, buprenorfin och fentanyl mellan 2006 och 2014 i relation till ökningen av det totala antalet fall. Även förekomst av 6-acetylmorfin har ökat sedan 2006, men där noteras en större fluktuation år från år.

### Läckage av metadon och buprenorfin

Under utredningsförfarandet som föregick vårdval LARO betraktades läckage av metadon och buprenorfin till den illegala drogmarknaden som ”kanske den allvarligaste risken med LARO” (Koncernkontoret 2013:16). Björn Johnson ledde under 2012–2015 ett forskningsprojekt om läckage från LARO-mottagningar i fem städer i södra Sverige. I projektet intervjuades drygt 400 LARO-patienter, bland annat om sin syn på läckage och om de själva sålt eller delat med sig av sin medicin till någon annan.

En slutsats som kunde dras utifrån projektet var att de flesta av de intervjuade patienterna hade delat med sig av sin medicin vid något tillfälle under behandlingen. De hade främst sålt eller gett medicinen till personer som blivit utskrivna från och/eller önskade få påbörja LARO, och som själva hade ett opioidberoende. Läckage var betydligt vanligare bland patienter som hade ett aktivt sidomissbruk av illegala droger och bland patienter som mestadels umgicks med aktiva droganvändare. Patienter med buprenorfin-preparat var mer benägna att sälja eller dela med sig än patienter med metadon (Johnson & Richert 2015). En viktig anledning till läckaget ansågs vara bristfällig tillgång till LARO i Sverige, vilket lett till hög efterfrågan utanför LARO-verksamheterna (Richert & Johnson 2015). Insatser för att minska läckage från LARO bör därför inriktas både på att minska utbudet av (genom kontroll- och stödinsatser för patienter med hög risk för läckage) och på att minska den illegala efterfrågan (genom att öka tillgängligheten till LARO för rätt målgrupp för behandlingen) (Johnson & Richert 2015).

Som vi konstaterat har LARO byggts ut i Skåne de senaste åren, särskilt markant sedan vårdval LARO infördes, och det finns inte längre några köer till behandling. Att tillgängligheten har förbättrats skulle kunna indikera att efterfrågan på metadon och buprenorfin på den illegala marknaden minskat. Samtidigt har förhållningssättet till



sidomissbruk förändrats i Skåne de senaste åren och Socialstyrelsens reviderade föreskrifter från 2016 är i linje med denna utveckling mot ökad symtomtolerans. Patienter kan vara kvar i LARO även om de fortsätter att använda illegala preparat, vilket som vi nämnde ovan är en riskfaktor för läckage (Johnson & Richert 2015). Sammantaget finns det alltså såväl faktorer som talar för som faktorer som talar mot att läckage och illegal användning skulle ha kunnat öka sedan vårdvalet infördes.

### **Dödsfall relaterade till metadon och buprenorfin i Skåne 2012–2016**

Som nämndes i kapitel 5 handlade en frågeställning i den enkät som vi skickade ut till LARO-mottagningarna i Skåne om förekomsten av dödsfall under pågående behandling det senaste året. Utifrån de självrapporterade enkätsvaren har det rört sig om totalt 15 personer 2015 och 14 personer 2016, motsvarande ungefär en procent per år av det totala patientantalet. I totalt 17 av de 29 rapporterade fallen utgjordes dödsorsaken av intoxication/läkemedelspåverkan eller var oklar. Det får ses som en relativt låg siffra, då antalet patienter i behandling uppgick till 1237 vid mättillfället i november 2015 och 1453 november 2016. I Socialstyrelsens enkät från 2013 fanns ingen fråga om dödsfall under pågående behandling, så vi har inga uppgifter att jämföra med från det enkättillfället.

För att kunna få en bild av utvecklingen av opioidrelaterade dödsfall har vi manuellt gått igenom sammanfattningar av samtliga obduktionsrapporter avseende dödsfall där personerna varit folkbokförda och avlidit i Skåne och där rättsmedicinsk obduktion genomförts under en period två år innan vårdvalet infördes och en period två år efter (totalt knappt 4000 fall). Under genomgången har vi samlat in information om de dödsfall där minst en av opioiderna heroin (morfin), metadon, buprenorfin, oxikodon eller fentanyl påträffats i kroppen vid rättskemisk analys. Den första perioden avsåg 1 januari 2012–31 december 2013, den andra 1 juli 2014–30 juni 2016. En övre åldersgräns sattes vid 65 år. Ingen av de avlidna var yngre än 18 år. Det totala antalet dödsfall där någon av opioiderna nämnda ovan förekom var 113 vid den första insamlingsperioden och 134 vid den andra. I materialet ingår även ett antal dödsfall där morfin förekommit vid rättskemisk analys, men som vid senare genomgång inte ansetts vara heroinrelaterade.

I den här rapporten är det främst dödsfall relaterade till metadon, buprenorfin och heroin som är av intresse, varför det är förekomst av de preparaten vi fortsättningsvis fokuserar på. Utan att gå in alltför mycket i detalj på preparatens kemiska egenskaper och nedbrytningsmönster vill vi klargöra att dödsfall till följd av heroin kan vara svåra att verifiera. Heroin (diacetylmorfin) bryts på några minuter ner till 6-acetylmorfin, som i sin tur bryts ner till morfin och kodein inom några timmar. Förekomst av morfin och kodein behöver dock inte innebära att det rör sig om nedbrytningsprodukter av heroin, utan kan också betyda att personen använt exempelvis något morfinpreparat. Förekomst av heroin vid dödsfall kan alltså endast med säkerhet konstateras då nedbrytningsprodukten 6-acetylmorfin påvisats i kroppsvätska (Dolinak et al. 2005). Buprenorfin och metadon och deras nedbrytningsprodukter går dock tydligare att verifiera vid rättskemisk analys. Detta medför att vi kan uttala oss säkrare om de dödsfall där metadon eller buprenorfin förekommit, oavsett dödsorsak, medan det är svårare avseende de heroinrelaterade dödsfallen.

Under den första insamlingsperioden påträffades, oavsett dödsorsak, heroin (6-acetylmorfin) vid rättskemisk undersökning i 16 fall.<sup>33</sup> Metadon påträffades vid 51 fall och buprenorfin vid

---

<sup>33</sup> Antalet dödsfall kopplade till heroinöverdos är något högre än den här siffran, här redogörs endast för förekomst av 6-acetylmorfin.

28 fall. Under den andra insamlingsperioden, efter vårdvalets införande, påträffades heroin (6-acetylmorfin) vid 19 fall, metadon vid 57 fall och buprenorfin vid 31 fall. Flera av de avlidna personerna hade fler än ett av preparaten i kroppen. Antalet dödsfall där minst en av de tre ovan nämnda opioiderna påträffades var 82 under den första perioden och 94 under den andra. Majoriteten av de avlidna hade även bensodiazepiner i kroppen vid dödstillfället, oavsett vilken opioid de använt. Vi kan alltså se en liten ökning i förekomst av såväl heroin (6-acetylmorfin) som metadon och buprenorfin vid dödsfall som inträffat under den andra insamlingsperioden.

Att fler personer har metadon och buprenorfin i kroppen vid dödstillfället behöver inte ha en direkt koppling till att fler personer avlider *till följd av* intag av preparaten. Det skulle även kunna vara en naturlig utveckling av att fler personer har en pågående medicinering med metadon eller buprenorfin, men har avlidit av andra orsaker (Socialstyrelsen 2015c).<sup>34</sup> För att kunna säga något om detta har vi undersökt dödsorsaker kopplade till påverkan av heroin, metadon och buprenorfin. Vi har utgått från dödsorsaker registrerade på dödsorsaksintygen för de avlidna personerna. Syftet har varit att fastställa i vilken utsträckning intag av heroin, metadon eller buprenorfin varit direkt avgörande för eller bidragande till dödsfallet. I de fall vi varit tveksamma vid tolkning av uppgiven dödsorsak har vi rådgjort med rättsläkare och docent Peter Krantz vid Rättsmedicinalverket i Lund. Utgångspunkten för att ett dödsfall ska ingå i den här klassificeringen är att ett av preparaten heroin, metadon eller buprenorfin utgjort ensam dödsorsak, eller att något av preparaten varit väsentligt för dödsfallet men inte nödvändigtvis ensamt avgörande. Omvänt uttryckt, att personen sannolikt inte skulle ha avlidit om denne inte intagit heroin, metadon eller buprenorfin i anslutning till dödstillfället. Att personer avlidit ”till följd av” heroin/metadon/buprenorfin ska alltså fortsättningsvis förstås som intoxicationer där något av dessa preparat utgjort den dominerande opioiden som varit avgörande för dödsfallet. Det bör dock betonas att det stora flertalet av dödsfallen är blandintoxicationer med flera droger och läkemedel.

I materialet som omfattar den första insamlingsperioden avled 19 personer utifrån ovanstående klassificering till följd av heroin, 40 personer avled till följd av metadon och 14 till följd av buprenorfin. I två fall var dödsorsaken oklar. Under den andra perioden avled 21 personer av heroin, 42 av metadon och 18 av buprenorfin. I två fall var dödsorsaken avhängig intag av både metadon och buprenorfin, och i ett fall var dödsorsaken oklar. De oklara fallen tas inte med i den följande redovisningen. Dödsfall som skett till följd av metadon och buprenorfin har alltså ökat från 54 fall under de två år som utgör den första insamlingsperioden, till 62 fall den andra perioden.

I de flesta fall har de avlidna personerna också haft bensodiazepiner i kroppen vid dödsfallet. Tabellerna på nästa sida visar förekomst av bensodiazepiner i de ovan beskrivna dödsfallen. Notera att tabellerna inte säger något om den eventuella betydelse bensodiazepinerna haft för dödsorsaken.

---

<sup>34</sup> Både metadon och buprenorfin förskrivs även på smärtindikation.

Tabell 9.2 Förekomst av bensodiazepiner i relation till dödsorsak, första insamlingsperioden. Antal fall.

<b>Period 1</b>	<b>Förekomst av bensodiazepiner</b>		
<b>Dödsorsak</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Totalt</b>
Heroin	12	7	19
Metadon	34	6	40
Buprenorfin	11	3	14
<b>Totalt</b>	<b>57</b>	<b>16</b>	<b>73</b>

Tabell 9.3 Förekomst av bensodiazepiner i relation till dödsorsak, andra insamlingsperioden. Antal fall.

<b>Period 2</b>	<b>Förekomst av bensodiazepiner</b>		
<b>Dödsorsak</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Totalt</b>
Heroin	15	6	21
Metadon	25	17	42
Buprenorfin	16	2	18
Metadon och buprenorfin	2	0	2
<b>Totalt</b>	<b>58</b>	<b>25</b>	<b>83</b>

I vårt material har vi också granskat de avlidna personernas journaler i Region Skånes journalsystem, för att få kunskap om i vilken utsträckning personerna haft pågående LARO vid tidpunkt för dödsfallet eller om LARO avslutats under året innan dödstillfället. I materialet som omfattar samtliga opioidrelaterade<sup>35</sup> dödsfall under de två insamlingsperioderna kan vi se en förändring avseende förekomst av LARO. Under den första insamlingsperioden hade 20 personer varit i LARO året innan dödsfallet, varav 9 personer hade pågående LARO vid tidpunkt för dödsfallet. Under den andra insamlingsperioden hade 33 personer varit i LARO året som föregick dödsfallet och 28 av dem hade pågående behandling vid tidpunkt för dödsfallet.<sup>36</sup> I tabell 9.4 ges en jämförande bild av LARO-förekomst vid tidpunkt för dödsfall mellan de båda undersökta tidsperioderna.

Tabell 9.4. Antal avlidna som haft LARO året före samt vid tidpunkt för dödsfallet, uppdelat på insamlingsperiod.

<sup>35</sup> Här avses dödsfall där någon eller flera av opioiderna heroin (morfin), metadon, buprenorfin, oxikodon eller fentanyl påträffats i kroppen vid rättskemisk analys i samband med rättsmedicinsk obduktion, oavsett dödsorsak.

<sup>36</sup> Den sista siffran stämmer väl med den självrapporterade informationen från LARO-mottagningarna om att totalt 29 personer avlidit under pågående behandling 2015 och 2016, även om inte tidsperioderna är helt överensstämmande.

Datainsamlingsperiod	Totalt antal avlidna personer	Varav LARO senaste året innan dödsfallet	Varav LARO pågående vid dödsfallet	Antal personer som inte haft LARO året innan dödsfallet
1 ( januari2012-december2013)	113	20	9	93
2 (juli 2014-juni 2016)	134	33	28	101

Fler av de avlidna vid den andra insamlingsperioden hade alltså LARO då de avled, eller hade haft det under det gångna året innan dödsfallet, jämfört med den första insamlingsperioden. Detta kan ses som förväntat, eftersom antalet platser i LARO ökat mycket kraftigt mellan de båda mätperioderna, parallellt med att en förändring skett avseende intagning och utskrivning från programmen (ökad symtomtolerans). Att patienter i LARO ibland avlider är förstås inte oväntat, med tanke på att det är en patientgrupp som dels har en svår beroendeproblematik och dels har hög förekomst av andra psykiatriska, somatiska och sociala problem, oavsett om de har ett pågående missbruk eller inte.

Vi har även tittat på hur många av de avlidna som varit i LARO vid tidpunkten för dödsfallet eller året som föregick detta och där dödsorsaken varit avhängig metadon och/eller buprenorfin. Det framgår att under den första perioden avled 12 av de 20 personer som varit i LARO vid dödstillfället eller under det gångna året till följd av (bland)intoxikation med de preparaten, medan nio personer avled av andra orsaker. För den andra insamlingsperioden var motsvarande siffror 21 personer som avled av intoxikationer, 12 avled av andra orsaker. Även här kan en ökning noteras mellan tidsperioderna, sannolikt som en följd av att tillgången till LARO ökat och att LARO-mottagningarna skrev ut patienter i lägre utsträckning vid den senare insamlingsperioden.

Personer med opioidberoende avlider i allt högre utsträckning under pågående behandling, 20 av 28 personer som hade LARO vid dödstillfället avled till följd av intoxikationer under den andra insamlingsperioden, jämfört med 6 av 9 vid den första perioden. Detta kan sättas i relation till den förändring som skett inom LARO (i Skåne) de senaste åren när det gäller ökad symtomtolerans. När patienter tillåts stanna kvar i LARO trots att de kan ha ett potentiellt livshotande sidomissbruk kan det ses som en naturlig följd att fler patienter avlider under pågående LARO vid det senare insamlingstillfället. Även den stora ökningen av antal platser i LARO har sannolikt spelat in när det gäller den här utvecklingen. Något som bör uppmärksammas i det här sammanhanget är att LARO-mottagningarnas möjlighet att nå de här patienterna kan vara större nu än tidigare, till följd av att fler personer kvarstannar i behandlingen med ett allvarligt sidomissbruk.

Vårt material har också möjliggjort att vi har kunnat utläsa i vilken skånsk kommun personerna vistats vid dödstillfället. I tabell 9.5 visas antal dödsfall under de båda insamlingsperioderna uppdelat utifrån en geografisk indelning av kommuner.<sup>37</sup>

*Tabell 9.5: Opioidrelaterade dödsfall i Skåne utifrån geografisk inledning. Antal fall första och andra insamlingsperioden.*

<sup>37</sup> Kommunindelningen i geografiska områden har gjorts enligt följande:

Södra Skåne: Simrishamn, Sjöbo, Tomelilla, Ystad, Trelleborg, Vellinge, Skurup, Svedala

Nordöstra Skåne: Kristianstad, Osby, Hässleholm, Bromölla, Östra Göinge, Hörby

Centrala Skåne: Lund, Eslöv, Lomma, Burlöv, Staffanstorps, Höör, Kävlinge

Nordvästra Skåne: Helsingborg, Båstad, Ängelholm, Höganäs, Örkelljunga, Åstorp, Klippan, Perstorp, Bjuv, Svalöv, Landskrona

Geografiskt område	Första insamlingsperioden	Andra insamlingsperioden
Södra Skåne (8 kommuner)	13	18
Nordöstra Skåne (6 kommuner)	12	17
Centrala Skåne (7 kommuner)	18	26
Nordvästra Skåne (11 kommuner)	32	37
Malmö	38	36
<b>Totalt (33 kommuner)</b>	<b>113</b>	<b>134</b>

Den geografiska indelningen av kommuner har vi gjort i syfte att få en bild av utvecklingen av opioidrelaterade dödsfall över länet som helhet. Malmö redovisas enskilt. Helsingborg och Lund ingår i området nordvästra respektive centrala Skåne. Av tabellen framgår att antalet dödsfall i Malmö minskat något mellan de båda mätperioderna. I de två andra större kommuner där det finns en omfattande LARO-verksamhet, Helsingborg och Lund, noterades en mindre uppgång av antal dödsfall i Lund (tre stycken) och ingen ökning i Helsingborg. Den största ökningen av opioidrelaterade dödsfall återfinns alltså i mindre kommuner runt om i Skåne, och är ganska jämnt fördelad över länet.

## 10 Sammanfattning

I denna rapport har vi redovisat en utvärdering av hur införandet av ett vårdval för LARO i Skåne upplevs ha påverkat intressenterna för reformen. Vårdval LARO innebär att LARO i Region Skåne bedrivs enligt lagen om valfrihetssystem (LOV). Grunden i att bedriva vård enligt LOV är att det öppnar upp för konkurrens mellan vårdgivare, när uppdragsavtal kontinuerligt sluts med alla leverantörer som uppfyller på förhand uppsatta ackrediteringsvillkor. Inom ett LOV-system förekommer ingen priskonkurrens utan leverantörerna, i det här fallet LARO-mottagningarna, konkurrerar i teorin med kvalitet.

Utvärderingen har genomförts som en kombinerad intressent- och måluppfyllelseutvärdering, med syftet att undersöka de centrala intressenternas (patienter, företrädare för LARO-mottagningar och samverkanspartner) syn på reformen och dess målsättningar. De huvudsakliga målsättningarna med vårdval LARO var *ökad tillgänglighet till LARO, stärkt egenmakt/patientinflytande* för patienter i behandlingen samt *ökad differentiering* eller specialisering av LARO-mottagningar. Utöver måluppfyllelse har vi även belyst intressenternas farhågor och förväntningar gällande vårdval LARO. Reformens eventuella inverkan på opioidrelaterade dödsfall i Skåne har också undersökts. Måluppfyllelsen har främst undersökts genom kvalitativa intervjuer med intressenter, kombinerat med analys av empiriska data avseende patientantal, patientflöden mellan mottagningar samt opioidrelaterade dödsfall i Skåne.

Semistrukturerade intervjuer har skett med 33 patienter vid sex LARO-mottagningar i två städer. LARO-mottagningarnas enhetschefer har intervjuats vid två tillfällen. Representanter för samverkansparterna socialtjänst, frivård och sprutbytesverksamhet har också intervjuats, liksom ordföranden för Skånes Brukarförening. Totalt har 82 enskilda intervjuer, två parintervjuer och en gruppintervju genomförts.

När det gäller samhällsvetenskapliga undersökningar är det ofta problematiskt att härleda ett uppmätt resultat till en undersökt insats. I det här fallet komplicerats situationen ytterligare av att en annan stor förändring inom LARO har skett under utvärderingsprocessen. Socialstyrelsen reviderade år 2016 de föreskrifter som styr LARO, i riktning mot ökad symtomtolerans. Med ökad symtomtolerans avses att patienter som uppvisar olika typer av symtom på sina beroendeproblem, exempelvis alkohol- eller narkotikamissbruk, inte längre får konsekvenser eller drabbas av ofrivilliga utskrivningar i den omfattning som skedde tidigare, samt att personer med avancerat blandberoende släpps in i behandlingen i högre utsträckning än vad som var fallet tidigare. Denna förändring, som var en anpassning till en klinisk förändringsprocess som pågått under flera år, ligger i linje med en del av målsättningarna med vårdval LARO. Detta innebär att det är problematiskt att avgöra om vissa tendenser som framträtt i materialet uppstått som en följd av vårdvalet, av de kliniska förändringarna eller av de förändrade föreskrifterna.

### **Målet om ökad tillgänglighet till LARO**

Antalet LARO-mottagningar har sedan vårdvalets införande mer än fördubblats. Vid tidpunkten då vårdvalet infördes i april 2014 fanns det sju offentligt drivna mottagningar och en privat mottagning med LOU-avtal. Sedan dess har det startats ytterligare tio privata mottagningar. I juni 2017 finns det alltså totalt arton LARO-mottagningar i Skåne, sju offentliga och elva privata. De flesta av de nya mottagningarna har etablerat sig på orter där

det redan fanns LARO-verksamhet, men det har även startats LARO-mottagningar på tre nya orter: Landskrona, Ystad och Ängelholm. Trots att det nu finns många LARO-mottagningar var uppfattningen från de intervjuade intressenterna att den geografiska närheten till LARO för många patienter fortfarande inte är tillfredsställande. Flera påtalade att det inte finns tillgång till någon LARO-mottagning i mellersta Skåne.

För att få en bild av hur patientunderlaget sett ut på de olika LARO-mottagningarna och hur det förändrats över tid har vi genomfört en enkätundersökning till alla LARO-mottagningar vid två tillfällen. Undersökningen bygger på självrapporterade data från mottagningarna och är insamlade en enskild månad, november, 2015 och 2016. Vi har även fått tillgång till enkätuppgifter gällande de skånska LARO-mottagningarna från en liknande enkät som Socialstyrelsen genomförde i november 2013, vilket innebär att vi har haft tre mätpunkter, en före vårdvalets införande och två efter. Enkätresultaten visar att det har skett en kraftig ökning av antalet patienter i LARO sedan vårdvalet infördes. Köer och väntetider för att bedömas och få inleda behandling har halverats sedan 2013. Retentionsgraden har ökat, det vill säga fler patienter stannar kvar i behandlingen, och andelen utskrivningar (såväl ofrivilliga som frivilliga) har minskat sedan 2013.

Jämfört med Socialstyrelsens mätning 2013 hade antalet patienter i Skåne 2016 ökat med 46 procent mellan november 2013 och november 2016. Ökningen är störst i Helsingborg, där det nästan skett en fördubbling av antalet patienter i LARO på tre år, och i Malmö, där patientantalet ökat med 33 procent. Det är vid de nystartade privata mottagningarna som expansionen har skett. De offentliga verksamheterna har tillsammans förlorat patienter. Det är särskilt ett par av de största offentliga mottagningarna som stått för förlusterna. I materialet framgick att byten främst skett från offentliga till privata mottagningar. Antalet byten mellan mottagningar minskade mellan 2015 och 2016, vilket talar för att de flesta av de patienter som velat byta mottagning gjorde det under vårdvalets första två år. Denna tendens bekräftas i intervjuer med enhetschefer, där den allmänna uppfattningen var att patienterna bytte mottagning i mindre utsträckning 2016–2017 än tidigare.

I patientintervjuerna var de intervjuade överens om att tillgängligheten till LARO har ökat, och det sågs som mycket positivt. Patienterna var främst positiva till att antalet platser ökat så att de som är i behov av LARO nu snabbt kan påbörja behandling. De såg även förändringen i synsätt på och regelverk kring utskrivning som något positivt, det vill säga att fler patienter stannar kvar i LARO vid återfall. Mottagningarnas öppettider har blivit mer generösa, vilket också var något som patienterna uppskattade. Även enhetschefer och samverkanspartner framhöll att tillgängligheten till LARO i Skåne nu generellt är god. Intervjupersoner bland samverkanspartner i Helsingborg beskrev i högre utsträckning än de i Malmö den ökade tillgängligheten som en effekt av vårdvalet. Flera av de intervjuade företrädarna för samverkanspartner menar att den ökade tillgängligheten varit särskilt betydelsefull för de patienter som tidigare haft svårt att komma in i LARO, eller att hålla sig kvar i behandlingen.

De intervjuade intressenterna var även överens om att symtomtoleransen ökat inom de skånska LARO-verksamheterna under de senaste åren. Risken för ofrivilliga utskrivningar har minskat och personer med avancerat blandberoende påbörjar och kvarstannar i LARO i högre utsträckning än tidigare. Åsikten om denna förändring var i stort att den är positiv och efterfrågad. En del av de intervjuade, i alla intressentgrupper, uttryckte dock oro för hur personalen på LARO-mottagningarna ska arbeta med patienterna om behandlingen bedrivs allt för kravlöst, och att det kan medföra svårigheter att motivera patienter att hålla sig drogfria.

## Målet om stärkt egenmakt och ökat patientinflytande

Utöver geografisk tillgänglighet är det upplevd kvalitet i behandlingen som LARO-mottagningarna konkurrerar med. Majoriteten av patienterna var vid intervjutillfället nöjda med sin behandlingssituation och flera gav uttryck för att en positiv förändring har skett de senaste åren, särskilt avseende bemötandet på mottagningarna. Intervjupersonerna menade att en effekt av vårdvalet varit möjligheten att *välja bort* mottagningar där de upplevt dåligt bemötande. Patienterna betonade också att bara själva vetskapen om att de *kan* byta mottagning är något värdefullt. De främsta anledningarna till byten mellan mottagningar var tillgänglighet till behandling i form av snabbt tillträde och geografisk närhet, bemötande och relationer till personalen samt mottagningarnas inställning till och eventuella förskrivning av bensodiazepiner.

Något som togs upp i intervjuerna med patienter var synen på kontroll och stöd i behandlingen. De flesta hade förståelse för att regler och kontroller är nödvändiga inom LARO. Flera patienter ifrågasatte dock övervakade urinprover som den dominerande metoden för droganalys, och menade att analyserna borde kunna ske med andra, mindre integritetskränkande metoder. Några patienter undrade hur behandlingen skulle fungera på sikt, om de kontrollerande inslagen tonades ner allt för mycket i samband med ökad symtomtolerans. Avseende behandlingens stödjande inslag, den psykosociala behandlingen, framgick att de intervjuade patienterna i stort var nöjda med utbudet av behandlingsinsatser, såväl individuellt som i grupp. Detta kan kanske till viss del härledas till urvalseffekter vid rekrytering av intervjupersoner samt att det endast är sex mottagningar som är representerade i intervjuerna med patienter.

Även i intervjuerna med enhetschefer var uppfattningen att patienterna bör ha inflytande över sin behandling och att det funnits skäl att se över hur patientbemötandet skett och behandlingen bedrivits tidigare. De flesta enhetscheferna menade att patientperspektivet successivt blivit allt starkare vid deras mottagningar. Några var av uppfattningen att de alltid haft patienten i fokus och inte ändrat sitt arbetssätt nämnvärt. Flera enhetschefer på mottagningar som bedrivit LARO under många år före vårdvalet har dock sett det som positivt att få en anledning att fundera över sitt sätt att arbeta på, och det har framkommit att förändringar i arbetssätt gjorts i flera fall.

Också i intervjuer med samverkanspartnerna nämndes en starkare brukarorientering och ett förbättrat patientbemötande från LARO-mottagningarnas sida sedan vårdvalet infördes. Några intervjupersoner härledde detta till att köerna till LARO minskat, och därmed också trycket på mottagningarna, vilket bidragit till en mer tillmötesgående inställning till patienterna. Andra menade att förändringen (delvis) kan bero på konkurrensen, att de offentliga mottagningarna tidigare inte behövde anstränga sig avseende bemötandet, eftersom patienternas då inte hade några alternativa vårdgivare. En generell uppfattning från samverkanspartnerna var också att samverkan med LARO-mottagningarna i enskilda patientärenden generellt sett fungerar väl. Denna uppfattning delades av enhetscheferna. Samverkan uppfattas ha ökat i omfattning, vilket är naturligt med tanke på att antalet LARO-patienter har ökat kraftigt. Samordnad individuell plan, SIP, är ett uppskattat verktyg för samverkan som de intervjuade menar bidrar till ett tydliggörande av ansvarsfördelning i ärendena.

Patienterna återkom i intervjuerna till den positiva inverkan LARO haft för dem, och för att de överhuvud taget är vid liv, samtidigt som de resonerade kring vad det innebär att vara uppbundna av medicinen och mottagningen i det dagliga livet. Detta kan kopplas till resonemang om egenmakt och betydelsen av stödjande och professionellt bemötande från personal på mottagningarna, och känslan av att bli accepterad som individ och människa på



sin mottagning. Med tanke på att de flesta patienterna sannolikt kommer att ha kontakt med en LARO-mottagning under en stor del av sitt liv är detta värt att betona.

### **Målet om ökad differentiering och specialisering av mottagningar**

Ökad differentiering mellan LARO-mottagningarna var något som Region Skåne eftersträvade vid införandet av vårdval LARO. Knappt tre år efter införandet kan vi dock, utifrån intervjuer med de tre intressentgrupperna, konstatera att differentiering inte skett i någon större utsträckning. Den enda påtagliga och uttalade differentiering som förekommer avser inställningen till förskrivning av bensodiazepiner (mer om det senare). En privat mottagning har en uttalad inriktning med långsam nedtrappning av bensodiazepiner och en annan mottagning (också den privat) har utmärkt sig genom att förskriva bensodiazepiner såväl i nedtrappningssyfte som för långtidsbehandling. I övrigt har mottagningarna något varierande utbud, till exempel avseende insatser som gruppverksamhet, men några tydliga skillnader kan egentligen inte utskiljas, vilket också har påtalats av intervjupersonerna.

I patienternas resonemang kring frågan om differentiering av LARO-mottagningar framkom att det inte var något de hade tänkt så mycket på, och den enda tydliga skillnad mellan mottagningar som de tog upp avsåg förskrivningen av bensodiazepiner. Enhetscheferna hade funderat mer på frågan om differentiering eller profilering av sina respektive mottagningar, särskilt vid den första intervjuomgången. Vid det andra intervjutillfället var den generella uppfattningen att det är svårt att skapa en specifik profil för mottagningarna, eftersom det inte premieras i ersättningssystemet.

En central skillnad mellan LARO-mottagningarna är den mellan att driva en mottagning som en del av den offentliga vården inom Region Skåne och att driva en privat verksamhet. Denna skillnad har genomgående tagits upp av enhetscheferna och var särskilt i början av vårdvalet något som många fokuserade på, i samband med tankar på vad konkurrensen inom området skulle kunna innebära. Det framfördes tankar om konkurrensmässiga för- och nackdelar både med att driva mottagningar offentligt och privat. Det fokus på konkurrens mellan mottagningarna som var påtagligt i reformens inledning hade vid den andra intervjuomgången med enhetschefer mattats av, möjligen som en följd av att det ökade patientantalet medfört att alla mottagningar har tillräckligt patientunderlag för att kunna bedriva sin verksamhet.

De offentligt drivna mottagningarnas positiva inställning till delar av vårdvalet har företrädesvis handlat om att fler personer har fått tillgång till behandling, att mottagningarna sett över sitt arbetssätt och att patienterna upplevs vara mer delaktiga i behandlingen. Uppfattningen bland de offentliga enhetscheferna är dock att detta skulle ha kunnat uppnås genom en annan driftsform än vårdval.

### **Farhågor**

De farhågor som rests i samband med införandet av vårdval LARO handlade främst om att mottagningar skulle försöka ”locka till sig” patienter genom att tolka inkluderingskriterierna generöst eller förskriva bensodiazepiner på tvivelaktiga grunder, att mottagningar skulle registrera ersättningsgrundande besök på olika sätt samt oro för att oseriösa eller giriga aktörer skulle starta LARO-verksamhet.

När det gäller mottagningarnas tolkning av inkluderingskriterierna för LARO så kan vi konstatera att den kraftiga expansionen inte nämnvärt tycks ha påverkat åldersfördelningen bland LARO-patienterna. Flera patienter och några enhetschefer lyfte i intervjuerna en oro för att unga personer skulle påbörja LARO i högre utsträckning efter att vårdvalet infördes. Av

enkätsvaren från mottagningarna framgick dock att 15 procent av patienterna 2016 var under 30 år, en marginell ökning jämfört med 2013 och 2015 (då andelen var 12 procent).

Intervjupersonerna uttalade även oro för att personer som inte utvecklat ett högradigt opioidberoende skulle inleda LARO. Baserat på antal avslagna ansökningar om LARO kan vi inte se något som direkt tyder på det. Antalet avslag på ansökningar har fördubblats mellan 2013 och 2016, samtidigt som antalet personer som inlett LARO har ökat med knappt 50 procent under samma period. Här bör påpekas att inkluderingskriterierna ändrades vid Socialstyrelsens revision av föreskrifterna för LARO i februari 2016. Trots denna förändring, som innebär en sänkning av kraven för att få inleda LARO, byggde 71 av 103 avslag under 2016 på att de sökande inte bedömts uppfylla inkluderingskraven. Det har inte framträtt några tydliga skillnader gällande avslag på ansökan om behandling mellan offentliga och privata mottagningar, vilket talar för att bedömningarna görs på ett relativt likartat sätt.

Farhågan som avser att oseriösa eller giriga aktörer skulle starta LARO-verksamhet är avhängig av vad som avses med detta. Två av mottagningarna, de som utmärkt sig genom förskrivning av bensodiazepiner, har granskats av såväl Inspektionen för vård och omsorg som Region Skåne. Den första granskningen resulterade i vissa åtgärdskrav, som genomfördes av mottagningen i fråga. Granskningen av den andra mottagningen är i skrivande stund pågående. Vår uppfattning är att Region Skånes ackrediteringsvillkor för att bedriva LARO-verksamhet är väl utformade avseende de krav och villkor som ska uppfyllas för att ackrediteras som vårdgivare. Detta – tillsammans med noggranna uppföljningar av LARO-mottagningarna från Region Skånes sida och den generella styrning som sker via Socialstyrelsens föreskrifter – innebär att det knappast kan hävdas att någon oseriös aktör tillåtits starta eller bedriva LARO-verksamhet.

Diskussionen om samtidig förskrivning av bensodiazepiner vid LARO har varit framträdande under de tre år som vi följt utvecklingen av vårdval LARO, men har blivit mindre laddad över tid. Vid intervjuer med såväl patienter, enhetschefer som företrädare för samverkanspartner framkom en enighet om att synen på bensodiazepiner skiljer sig åt mellan olika mottagningar. De flesta uppfattas som (mycket) restriktiva, men ett par mottagningar ses som mer liberala. De senare mottagningarna har uppfattats som ett problem av flera enhetschefer och företrädare för socialtjänst och frivård. De menade att frikostig förskrivning av bensodiazepiner eller andra läkemedel kan vara ett sätt för en del mottagningar att locka till sig patienter, vilket leder till ryktesspridning och oro bland patienterna och ses som konkurrens på tvivelaktiga villkor.

Vid patientintervjuerna framkom att inställningen till förskrivning av bensodiazepiner i samband med LARO var ganska likartad bland de intervjuade, oberoende av mottagning och om de själva stod på sådan medicinering. De ansåg att det i vissa fall kan finnas behov av medicinering med bensodiazepiner (eller andra läkemedel), och då ska det vara möjligt att få det. En liknande inställning framträdde vid den andra intervjuomgången med enhetschefer, dock med betoning av att de avsåg ett fåtal patienter som på grund av sina sjukdomstillstånd kunde vara i behov av långvarig förskrivning av bensodiazepiner. Några patienter, som själva inte hade och inte ville ha sådan medicinering, betonade att de var angelägna om att det fanns en restriktiv hållning gentemot bensodiazepiner på den mottagning där de hade sin behandling, eftersom de själva hade kämpat med ett beroende av sådana preparat.

Både från enhetschefshåll och från samverkanspartner uttrycktes en önskan om ett förtydligande eller en policy från Region Skåne när det gäller förskrivning av bensodiazepiner och andra läkemedel med beroendepotential. Ett arbete med att ta fram en sådan policy är pågående från regionens sida.

Hur ersättningssystemet för LARO-verksamheter är och bör vara utformat har varit ett återkommande diskussionsområde sedan vårdvalet infördes. Efter en del mindre revideringar anser de flesta enhetscheferna att ersättningssystemet fungerar relativt väl och att det är möjligt att bedriva LARO-verksamhet utifrån det befintliga systemet. Några enhetschefer berättade i den andra intervjuomgången att de förändrat sitt arbetssätt, så att de arbetar i team i ökad utsträckning, vilket också medfört att de förändrat sitt sätt att registrera i ersättningssystemet. En del röster, främst från enhetschefer vid offentligt drivna mottagningar, har höjts om att ersättningssystemet missgynnar verksamheter som har många patienter som det går bra för i behandlingen. Det har också framförts kritik mot att det inte finns några egentliga incitament i ersättningssystemet som stimulerar till differentiering.

I den här utvärderingen har vi inte tagit någon hänsyn till den kostnadsutveckling som skett till följd av införandet av ett vårdvalssystem för LARO, eftersom en ekonomisk utvärdering inte ingick i vårt uppdrag. Det bör dock framhållas att den tillgängliga forskningen tyder på att LARO är en samhällsekonomiskt mycket lönsam verksamhet som leder till minskade kostnader för flera olika samhällssektorer, även för sjukvården.

### **Opioidrelaterade dödsfall**

Såväl i Sverige som i andra västländer har det rapporterats om en ökning av den narkotikarelaterade dödligheten under senare år, där syntetiska opioider som metadon, buprenorfin och fentanyl ökar i andel av de opioidrelaterade dödsfallen. Den officiella statistiken i Sverige har visat på en betydande ökning av de narkotikarelaterade dödsfallen under det senaste decenniet. En risk som togs upp inför vårdval LARO var att läckaget av metadon och buprenorfin till den illegala drogmarknaden kunde öka som en följd av att fler personer skulle förskrivas preparaten, vilket skulle kunna ha negativ inverkan på dödligheten bland personer utanför behandling. Ett svenskt forskningsprojekt har visat att bristande tillgång till LARO kunde leda till hög efterfrågan på illegala LARO-mediciner, och att läckage var vanligare bland patienter som hade ett aktivt sidomissbruk av illegala droger. Det förekommer inte längre köer till LARO i Skåne, samtidigt som det skett en förändring i förhållningssättet till sidomissbruk under pågående LARO. Det finns således faktorer som både talar för och mot att läckage av metadon och buprenorfin kan ha kunnat öka sedan vårdvalet infördes 2014.

I svaren på enkäten ställd till LARO-mottagningar 2015 och 2016 framgick att cirka en procent av det totala patientantalet avled årligen, ungefär 15 patienter per år. Detta är en relativt låg siffra, med tanke på att patientgruppen består av personer som utöver en beroendeproblematik även i hög utsträckning har andra psykiatriska, somatiska och sociala problem.

För att få en nyanserad bild av utvecklingen av narkotikarelaterade dödsfall i Skåne har vi har gått igenom obduktionsrapporter på Rättsmedicinska avdelningen i Lund för en period på två år mellan 1 januari 2012 och 31 december 2013, och en tvåårsperiod efter vårdvalets införande mellan 1 juli 2014 och 30 juni 2016. Vi har samlat in information om de dödsfall där opioider påträffats i kroppen vid rättskemisk analys för dessa båda perioder. Sammantaget kan en viss ökning ses avseende dödsfall relaterade till metadon och buprenorfin. Något fler avled med metadon och buprenorfin i kroppen, oavsett dödsorsak, vid den andra insamlingsperioden jämfört med den första. I materialet har vi också kunnat titta på dödsorsaker, framför allt dödliga förgiftningar, som kan härledas till intag av heroin, metadon och/eller buprenorfin. Fler av de avlidna personerna hade dött till följd av intag av heroin, metadon och/eller buprenorfin vid den andra insamlingsperioden, totalt 83 personer, än vid

den första, då 73 personer avled. Vid en stor majoritet av dödsfallen påträffades också andra droger, framför allt bensodiazepiner.

En allt större andel av de som avled hade LARO vid tidpunkt för dödsfallet eller under året dessförinnan, oavsett dödsorsak. Vid den första insamlingsperioden var det 9 personer som hade pågående LARO vid tidpunkt för dödsfallet, jämfört med 28 personer vid den andra insamlingsperioden. Det ökade antalet dödsfall i LARO bör sättas i relation till att patientantalet i LARO expanderat kraftigt mellan 2012 och 2016, sannolikt med mer än 50 procent. Även betydelsen av den ökade symtomtoleransen bör beaktas, att patienter fortsätter i LARO trots att de kan ha ett potentiellt livshotande sidomissbruk kan medföra att allt fler patienter avlider under pågående LARO.

Vi kan alltså se en viss ökning av antalet dödsfall relaterade till såväl heroin som metadon och buprenorfin mellan insamlingsperioderna, oavsett om dödsorsak beaktas eller inte. Det är svårt att säga något om vårdvalets eventuella betydelse för den här utvecklingen. Dels utifrån statistiken på nationell nivå avseende ökad narkotikarelaterad dödlighet, som främst beror på opioider, dels med tanke på den utveckling av LARO som skett i riktning mot ökad symtomtolerans där personer i högre utsträckning går kvar i behandlingen trots sidomissbruk.

Det kan inte uteslutas att den omfattande ökningen i antal platser i LARO och den ökade förskrivning av metadon och buprenorfin det medfört kan ha påverkat antalet dödsfall relaterade till preparaten, men det kan heller inte bekräftas. Baserat på uppgifter från dödsorsaksregistret har den narkotikarelaterade dödligheten i Skåne de senaste tio åren varierat år från år, och har vid något tillfälle tidigare varit på samma nivå som 2015. Det är enligt vårt material åtta personer fler som avlidit till följd av intoxication av metadon och/eller buprenorfin i Skåne under den andra insamlingsperioden, jämfört med den första (62 respektive 54 personer), vilket är en för låg siffra för att kunna dra några slutsatser av utvecklingen.

## 11 Utvecklingsmöjligheter och framgångsfaktorer

Avslutningsvis vill vi lyfta några områden som framträtt som viktiga under utvärderingsprocessen. Det handlar om områden inom vårdval LARO som vi identifierat som framgångsfaktorer för reformens utfall, samt ett antal områden där vi ser att det finns utvecklingsmöjligheter relaterade till LARO, men som dock inte nödvändigtvis är kopplade till vårdvalet.

Inför fortsatt läsning påminner vi en sista gång om att följderna av införandet av vårdval LARO är svåra att särskilja från de följder som uppstått inför och till följd av förändringen av Socialstyrelsens föreskrifter 2016.

### Framgångsfaktorer

- En gemensam positiv grundsyn på målen med reformen avseende ökad tillgänglighet till behandling och stärkt egenmakt/patientinflytande över behandlingssituationen märktes från alla intressentgrupper, och kan ha haft betydelse för utfallet.
- Den samtidiga successiva förändring i riktning mot ökad symtomtolerans som 2016 fastställdes i och med den senaste revideringen av Socialstyrelsens föreskrifter för LARO. Särskilt borttagandet av kraven på utskrivning och spärrtid har sannolikt bidragit till att patienter i större utsträckning kan vara ärliga och öppna i behandlingskontakten, vilket i sin tur möjliggör en bättre behandlingsallians och att patienter upplever sig mer delaktiga i behandlingen.
- Ackrediteringsvillkoren för vårdval LARO är noggrant utformade och har, som vi uppfattar det, hållit borta oseriösa aktörer. Villkoren diskuterades med forskare och experter inför utformandet, bland annat med utgångspunkten att undvika negativa effekter av ersättningssystemet. Att det även finns en stark nationell reglering och granskning på området har möjligtvis bidragit till struktur och att oseriösa aktörer hållits borta. Ersättningssystemet har gynnat arbete med svåra patienter och stimulerat till retention (KEFU Skåne 2015).
- Nätverksmötena i Region Skånes regi kan tänkas vara en framgångsfaktor. De har av enhetscheferna ansetts viktiga för informationsförmedling och för att främja samverkan mellan mottagningar. Här kan även framhållas betydelsen av en hälso- och sjukvårdsstrateg som en tydlig sammanhållande länk i förhållande till möten, information och även det kontrollorgan som Region Skåne utgör. Att vårdgivarna (LARO-mottagningarna) utgjorts av ett begränsat antal aktörer, som möjliggjort överblick för en person, kan också ha haft betydelse.
- Gemensamma träffar eller projekt mellan några mottagningar, som de gemensamma möten mellan LARO-mottagningar och socialtjänstens vuxen- och boendeenhet i Helsingborg som initierats. Sådana mötesytor underlättar att ventilera och kommunicera problem samt bidrar till att skapa en gemensam grund, vilket kan leda till ytterligare samverkansprojekt. Detta gäller även nätverksmötena som nämnts ovan.

## Utvecklingsmöjligheter

- Fortsätta med nätverksmötena i Region Skånes regi. Eventuellt skulle dessa kunna utvecklas mot att till exempel erbjuda gemensamma utbildningsinsatser, något som tagits upp som önskvärt av en del enhetschefer.
- I utvärderingen har det framförts en efterfrågan av ett gemensamt underlag avseende förhållningssätt till förskrivning av bensodiazepiner och andra preparat vid samtidig medicinering med metadon eller buprenorfin. Ett sådant arbete är pågående i Region Skåne. Det har också framstått som önskvärt att Region Skåne tydliggör rutiner för tillvägagångssätt vid byte av mottagning, så att risken att patienter kan gå på två mottagningar samtidigt minskar.
- Ett av målen med vårdvalet var att det skulle skapas mer differentierade LARO-mottagningar. Detta har inte skett i den utsträckning som uppfattades som önskvärt vid vårdvalets införande. Det har inte framstått som uppenbart utifrån de intervjuer vi genomfört att differentiering behövs eller eftersträvas inom LARO. För att kunna uppnå tydligare differentiering vid vårdval som driftsform kan mottagningar behöva en ”morot”, sannolikt i form av förändrat ersättningsmönster, då det kan medföra att prioritera patienter som inte genererar en hög grad av ersättning enligt det system som råder.
- Under tiden utvärderingen har genomförts har indikationer framkommit om att trycket ökat på Vuxenpsykiatriavdelning för opioidberoende (den avdelning för ineliggande abstinensbehandling vid opioidberoende på SUS Malmö som har hela Skåne som upptagningsområde), och även på andra slutenvårdsenheter inom beroendområdet. Detta har dock inte undersökts närmare i utvärderingen. Den stora ökningen i antalet patienter i LARO i samband med att fler patienter som har ett allvarligt sidomissbruk går kvar i behandlingen har uppenbarligen lett till ökad efterfrågan av ineliggande abstinensbehandling och övrig beroendevård. Både från enhetschefshåll och i intervjuer med representanter från socialtjänsten omtalas att det kan vara kö till avdelningen och att patienter skrivs ut efter en kort tids ineliggande vård. Även patientintervjuerna berörde den korta vårdtiden. Det är viktigt att det finns tillräckliga möjligheter till abstinensbehandling i Skåne för att motsvara de behov som finns, annars blir det svårt att upprätthålla en kontinuerlig vårdkedja. Denna punkt lyfts även i Socialstyrelsens åtgärdsplan för att motverka narkotikarelaterad dödlighet (Socialstyrelsen 2017).
- Fortsätta arbeta för aktiv brukarmedverkan på mottagningarna. Möjligtvis kan det bli lättare att få igång aktiv brukarmedverkan när patienter inte längre behöver vara oroliga för att bli utskrivna vid sidomissbruk. En ökad öppenhet mellan patient och behandlingspersonal skulle på sikt kunna leda till att brukarmedverkan ökar.
- Eventuellt skulle man kunna ändra tidsperioden innan patienter får byta mottagning från var sjätte månad till var tredje månad, i enlighet med regionens mål om att öka patienternas egenmakt och brukarinflytande. Antalet byten mellan mottagningar har minskat och det handlar idag om ganska få byten under ett år.
- LARO-mottagningarna bör uppmuntras att utveckla användningen av salivtest som provtagningsmetod vid droganalys, då det är mindre integritetskränkande än urinprov.

En annan tänkbar utvecklingsmöjlighet är att testa andra alternativa provtagningsmetoder, exempelvis utandningsprov, samt att utveckla nya och mer slumpmässiga provtagningsplaner för patienter som lämnar prover sällan.

- Ett arbete med en transparent läkemedelslista där patient och vårdgivare ska få tillgång till register för att se total förskrivning av läkemedel är pågående på nationell nivå, och framhålls också i Socialstyrelsens åtgärdsplan för att motverka narkotikarelaterad dödlighet (Socialstyrelsen 2017). En sådan transparens skulle motverka risken att en patient kan få medicinering vid fler än en mottagning, samt förenklar möjligheten att se samtidig förskrivning av läkemedel vid andra vårdinrättningar.
- Slutligen vill vi uppmärksamma behovet av en fördjupad analys av kostnadseffektiviteten av vårdval LARO. Enligt rådande kunskapsläge är LARO en samhällsekonomiskt lönsam vårdform då utgifter för många andra samhällsinstanter minskar vid framgångsrik LARO (Nilsson & Wadeskog 2008, Nilsson Lundmark & Nilsson 2008). Samtidigt har studier som undersökt LOV som driftsform inte gett någon entydig bild av kostnadsutvecklingen i relation till andra driftsformer (RiR 2014:22; Kastberg 2014). De eventuella motsättningar som kan finnas inbyggda i att bedriva LARO i form av LOV bör särskilt beaktas i en sådan samhällsekonomisk analys.

## Referenser

- Abrahamsson T, Berge J, Öjehagen A & Håkansson A (2017) Benzodiazepine, z-drug and pregabalin prescriptions and mortality among patients in opioid maintenance treatment: A nation-wide register-based open cohort study. *Drug and Alcohol Dependence* 174: 58–64.
- Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S (2011). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011:10.
- Anell A (2013). *Vårdval i specialistvården. Utveckling och utmaningar*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Askheim O.P, Starrin B. & Winqvist T (2007). *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerup.
- Bakker A & Streef E (2017) Benzodiazepine maintenance in opiate substitution treatment: Good or bad? A retrospective primary care case-note review. *Journal of Psychopharmacology* 31(1): 62–66.
- Bourgeois P (2000) Disciplining addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry* 24(2): 165-95.
- Brands B, Blake J, Marsh DC, Sproule B, Jeyapalan R & Li S (2008) The impact of benzodiazepine use on methadone maintenance treatment outcomes. *Journal of addictive diseases* 27(3): 37–48.
- Bukten A, Skurtveit S, Gossop M, Waal H, Stangeland P, Havnes I & Clausen T (2012) Engagement with opioid maintenance treatment and reductions in crime: A longitudinal national cohort study. *Addiction* 107(2): 393-9.
- Conrad P & Schneider JW (1992) *Deviance and medicalization*. Philadelphia: Temple University Press.
- Dahl HV (2008) Metadonkontrol: Hvorfor, hvordan og hvorledes. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 25(5): 377-96.
- Dahlman D. et al. (2016). Egen primärvård för patienter med substitutionsbehandling- Vårdcentral och LARO-mottagningar i Malmö driver pilotprojekt. *Läkartidningen*, 113(42).
- Dolinak D, Matshes E.W. & Lew E.O (2005). *Forensic pathology : principles and practice*. Amsterdam: Elsevier Academic.
- Ekendahl M & Karlsson P (2015) *Omtanke eller misstanke? En studie av hur ombud för Svenska Brukarföreningen beskriver substitutionsbehandling*. Stockholm: Stockholms universitet.
- EMCDDA (2015) Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union.



- EMCDDA (2016) *Best practice portal: Treatment options for opioid users*. Hämtad från <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment/opioid-users> (2017-03-08).
- EMCDDA (2017). *Europeisk narkotikarapport- trender och utveckling 2017*
- Farrell M & Hall W (2003) Methadone and opioid-related deaths: Changing prevalence over time. I Tober G & Strang J (red.). *Methadone Matters*. London: Martin Dunitz.
- Folkhälsomyndigheten (2015). *Sammanfattning av Toxreg (1994-2014)*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten
- Fraser S & Valentine K (2008) *Substance and substitution*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Friedman J & Alicea M (2001) *Surviving heroin*. Gainesville: University Press of Florida.
- Fugelstad A (2012). *Utvecklingen av akuta narkotikarelaterade dödsfall 1994-2011. Rapport 3*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Fugelstad A, Stenbacka M, Leifman A, Nylander M & Thiblin I (2007) Methadone maintenance treatment: The balance between life-saving treatment and fatal poisonings. *Addiction* 102(3): 406-12.
- Fugestad A, Johansson LA & Thiblin I (2010) Allt fler dör av metadon: "Läckage" från dagens mer liberala behandlingsprogram kan vara en orsak. *Läkartidningen* 107(18): 1225-8.
- Gold MLJ, Sorensen L, McCanlies N, Trier M & Dlugosch G (1988) Tapering from methadone maintenance: Attitudes of clients and staff. *Journal of Substance Abuse Treatment* 5(1): 37-44.
- Gourlay J, Ricciardelli L & Ridge D (2005) Users' experiences of heroin and methadone treatment. *Substance Use & Misuse* 40(12): 1875-82.
- Grönbladh L (2004) *A national Swedish methadone program 1966-1989*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Grönbladh L, Öhlund LS & Gunne LM (1990) Mortality in heroin addiction: Impact of methadone treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 82(3): 223-7.
- Heilig M (2011) *Beroendetillstånd*. Lund: Studentlitteratur.
- HSLF-FS 2016:1, *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Jacobsen D.I (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring : introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.  
Available at: <http://www.studentlitteratur.se/omslagsbild/artnr/32502-01/height/320/width/320/bild.jpg>.
- Johnson B & Richert T (2015a). Diversion of methadone and buprenorphine by patients in opioid substitution treatment in Sweden: Prevalence estimates and risk factors. *International Journal of Drug Policy* 26(2):183-90.

- Johnson B & Richert T (2015b). Diversion of methadone and buprenorphine from opioid substitution treatment: Patients who regularly sell or share their medication. *Journal of Addictive Diseases* 34(1): 1-17.
- Johnson B (2005) *Metadon på liv och död*. Lund: Studentlitteratur.
- Johnson B (2007) After the storm: Developments in maintenance treatment policy and practice in Sweden 1987-2006. I Edman J & Stenius K (red.). *On the margins*. Helsingfors: NAD.
- Johnson B (2010) Risker och sidoeffekter i läkemedelsassisterad rehabilitering av opioidberoende: En forskningsöversikt. *Socialvetenskaplig tidskrift* 2010(1): 46-66.
- Johnson B (2011). *Beroendesjukvård och socialtjänst i samverkan : utvärdering av samverkan kring läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende i Jönköping*. Malmö: Malmö högskola.
- Johnson B (2013) Vetenskap och beprövad erfarenhet eller ett blött finger i luften? I Johnson B & Lalander P (red.). *Med narkotikan som följeslagare*. Malmö. Malmö högskola.
- Johnson B, Richert T & Svensson B (2017). *Alkohol-och narkotikaproblem*. Lund: Studentlitteratur.
- Kakko J (2011) *Heroinberoende*. Stockholm: Liber.
- Karlsson O (1999). *Utvärdering - mer än metod : tankar och synsätt i utvärderingsforskning : en översikt*. Stockholm: Svenska kommunförbundet.
- Kastberg G (2014). *Valfrihet i vård, skola och omsorg. En uppdatering av kunskapsläget*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- KEFU Skåne (2015). *Delrapport 3 : Vårdvalets och ersättningsmodellens effekter för Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende ( LARO )*.
- Koncernkontoret (2017). *Utredning och analys av alternativ för kostnadsreducerande åtgärder för vårdval enligt LOV*. Region Skåne. Available at: <http://www.skane.se/Public/Protokoll/Hälso- och sjukvårdsnämnden/2017-04-21/Kostnadskontroll för verksamhet som upphandlas enligt LOV/Utredning och analys av alternativ för kostnadskontroll vårdval.pdf>.
- Koncernkontoret (2013). *Utredning om vårdval. Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO)*. Region Skåne.
- Konkurrensverket (2014). *Lagen om Valfrihetssystem (LOV). Vägledning för utförare*. Stockholm: Konkurrensverket.
- Lalander P (2001). *Hela världen är din : en bok om unga heroinister*. Lund: Studentlitteratur.
- Lalander P (2016) *Människor behöver människor: Att lyssna till de misstänkliggjorda*. Stockholm: Liber.
- Laqueille X, Launay C, Dervaux A & Kanit M (2009) Abuse of alcohol and benzodiazepine during substitution therapy in heroin addicts: A review of the literature. *L'Encephale* 35(3): 220-25.

- Ledberg A (2015). *Dödsfall relaterade till metadon, buprenorfin och andra opioider*. Stockholm: SoRAD.
- Leifman H (2016). *Drug-related deaths in Sweden : estimations of trends, effects of changes in recording practices and studies of drug patterns*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Lilly R, Quirk A, Rhodes T & Stimson GV (1999) Juggling multiple roles: Staff and client perceptions of keyworker roles and the constraints on delivering counselling and support services in methadone treatment. *Addiction Research* 7(4): 267-89.
- Lilly R et al. (2000). Sociality in methadone treatment: understanding methadone treatment and service delivery as a social process. *Drugs: education, prevention and policy*, 7(2), pp.163–178.
- Lindgren L (2014). *Nya utvärderingsmonstret : om kvalitetsmätning i den offentliga sektorn*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindgren L (2012). *Terminologihandbok för utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, Degenhardt L & Hickman M (2012) Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012(345): e5945.
- Magura S & Rosenblum A (2001) Leaving methadone treatment: Lessons learned, lessons forgotten, lessons ignored. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 68(1): 62-74.
- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009:3.
- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014:2.
- Murphy S & Irwin J (1992) Living with the dirty secret. *Journal of Psychoactive Drugs* 24(3): 257-64.
- Nilsson I & Wadeskog A (2008) *Varje drogfri dag en framgång. SocioEkonomiskt Bokslut för Metadonprogrammet i Stockholm*. Stockholm: SEE.
- Nilsson Lundmark E & Nilsson E (2008) *1+1=3. Utvärdering av ITOK-projektet ur ett SocioEkonomiskt perspektiv och ur ett samverkansperspektiv*. Stockholm: OFUS.
- Närskvårdsberedningen (2014). *Beslutsförslag*, Region Skåne. Dnr 1400914.
- Närskvårdsberedningen (2013). *Beslutsförslag*. Region Skåne. Dnr 1200026.
- Olsson B, Wahren C.A & Byqvist S (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Petersson F (2013). *Kontroll av beroende : substitutionsbehandlingens logik, praktik och semantik*. Malmö: Égalité.

Region Skåne, 2016. *Förutsättningar för ackreditering och avtal för LARO-mottagning i Vårdval Skåne gällande år 2016. Beslutade av Hälso- och sjukvårdsnämnden 2015-12-02.* Region Skåne. Available at: [http://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/lov-lol-lof/ackreditering---fillistning/ackrediteringsvillkor-laro-2017\\_2017-04-11.pdf](http://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/lov-lol-lof/ackreditering---fillistning/ackrediteringsvillkor-laro-2017_2017-04-11.pdf).

Rennstam J & Wästerfors D (2015). *Från stoff till studie : om analysarbete i kvalitativ forskning.* Lund: Studentlitteratur.

Repstad P & Nilsson B (2007). *Närhet och distans : kvalitativa metoder i samhällsvetenskap.* Lund: Studentlitteratur.

Richert T & Johnson B (2014). *Brukares erfarenheter av och syn på sin behandling: en intervjustudie med 411 LARO-patienter i fem städer.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Richert T & Johnson B (2015a) Long term self-treatment with methadone or buprenorphine as a response to barriers to opioid substitutions treatment: The case of Sweden. *Harm Reduction Journal* 12:12.

Richert T & Johnson B (2015b) *Brukares erfarenheter av och syn på sin behandling: En intervjustudie med 411 LARO-patienter i fem städer.* Malmö: Malmö högskola.

RiR 2014:22 (2014). *Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan?* Stockholm: Riksrevisionen.

Rosenbaum M (1995) The demedicalization of methadone maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs* 27(2):145-9.

Rosenblum A, Magura S & Joseph H (1991) Ambivalence toward methadone treatment among intravenous drug users. *Journal of Psychoactive Drugs* 23(1): 21-7.

Sjölander J & Johnson B (2006) *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling av opiatberoende ett år efter den nationella sjukvårdsgarantins införande: En lägesbeskrivning.* Malmö: Malmö högskola.

Sjölander J & Johnson B (2006) *Tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling i Sverige: En uppföljning.* Malmö: Malmö högskola.

Socialstyrelsen (2001) *Långtidsuppföljning av patienter i metadonbehandling.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015a) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015b). *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Slutsatser och förslag.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015c). *Förskrivning av buprenorfin och metadon vid beroendetillstånd.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2016a). *Dödsorsaksstatistik om läkemedels- och narkotikaförgiftningar.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2016b). *Narkotikarelaterade dödsfall- En analys av 2014 års dödsfall och utveckling av den officiella statistiken.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017). *Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Available at: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20607/2017-4-26.pdf> [Accessed April 27, 2017].

SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Slutbetänkande av Missbruksutredningen*. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.

Statskontoret (2012). *Lagen om valfrihetsystem. Hur påverkar den kostnader och effektivitet i kommunerna?* Dnr 2011/151-5. Stockholm: Stadskontoret

Stoller KB & Bigelow GE (1999) Regulatory, cost, and policy issues. I Strain EC & Stitzer ML (red.). *Methadone treatment for opioid dependence*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Svenska Brukarföreningen (2012) 357 brukare om substitutionsbehandling. Stockholm: Svenska Brukarföreningen.

Svensson B & Andersson M (2012) Involuntary discharge from medication-assisted treatment for people with heroin addiction-patients' experiences and interpretations. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 29(2): 173-93.

Vamstad J & Stenius K (2015). *Valfri välfärd : ett medborgarperspektiv på den svenska välfärdsstaten*, Lund: Arkiv.

Vedung E (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.

Vedung E (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Available at: [http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494\\_forskningsetiska\\_principer\\_2002.pdf](http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf).

Wampold B.E (2013). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Routledge.

WHO (2004) *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: WHO/UNODC/UNAIDS position paper*. Hämtad från [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/PositionPaper\\_English.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf?ua=1) (2017-03-08).

Öhlin L, Fridell M & Nyhlén A (2015). Buprenorphine maintenance program with contracted work/education and low tolerance for non-prescribed drug use: A cohort study of outcome for men and women after seven years. *BMC Psychiatry* 15:56.

# Bilagor

## Bilaga 1

### Intervjuguide för patientintervjuer- utvärdering LARO

#### Temaområden för intervjun

- A. Lite om personlig bakgrund missbrukshistoria- *tid i LARO, tid i (heroin)missbruk dessförinnan*
- B. Tidigare behandlingserfarenheter (medicinska och psykosociala)
- C. Syn på vårdvalet för LARO utifrån syftet att öka tillgänglighet till behandling och öka patienternas möjlighet att påverka sin behandling- *egenmakt, profilering*
- D. Syn på intagningsprocessen till LARO-behandling
- E. Tankar om motiv för att välja mottagning- om personen har valt/bytt mottagning, vilka motiv uppges
- F. Erfarenhet av och syn på nuvarande behandlingssituation (*medicin, dos- jfr tidigare*)- hämtningsrutiner, öppettider, närhet, storlek på mottagning, psykosocial behandling, annan medicinsk behandling
- G. Syn på kontroll och stöd i vårdsituationen- bemötande, kontinuitet, har förändringar skett, önskemål om förändringar- *urinprov*
- H. Relationen till vårdpersonal - har förändringar skett
- I. Syn på kriterierna för utskrivning från LARO-behandling
- J. Situationer då byte av mottagning kan komma att användas på felaktigt sätt?
- K. Tankar om alternativ till LARO, generellt och för egen del
- L. Tankar och syn på läckage och dödsfall (ansvar)
- M. Förhoppningar inför framtiden
- N. Vad skulle kunna få dig att (överväga att) byta mottagning idag?

## *Bilaga 2*

### **Intervjuguide enhetschefer LARO-mottagningar hösten 2014-våren 2015**

**Bakgrund** till det fria vårdvalet för LARO? Vad har **föregått** beslutet? Hur har stödet sett ut?

På vilket sätt har verksamheten förberett sig, hur har personalgruppen tänkt kring införandet av vårdvalet och vad det innebär för verksamheten? Lätt-svårt?

(På vilket sätt har ni fått **kompromissa** kring beslutet och genomförandet? Vad har varit **svårast** att driva igenom?)

**Förhoppningar, förväntningar** på utfallet av vårdvalet? Vilka är de främsta **målen** (=bedömningsgrunder)? (ökad **tillgänglighet** av antal platser och geografisk spridning, ökad **egenmakt/individ Anpassning** av behandlingen, **differentiering**, bättre vård: ökad retention, tillgång till psykosocial behandling, minskad dödlighet)

**Farhågor** kring **införandet** och **effekter** som kan följa? Risker, negativa effekter.

Vilka patienter kan tänkas utnyttja valfriheten minst? Vilka kommer välja mer aktivt? Vilka kommer inte in?

Kan önskade incitament tänkas ligga bakom byte av vårdgivare? Hur?

Kostnadseffektivitet? **Ersättningsystemet**, risker?

Samverkan?

Kritik mot LARO: fokus på kontroll istället för stöd? Syn på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för LARO?

## Uppföljningsintervju enhetschefer LARO-mottagningar vintern 2016-2017

Har ni tagit emot alla som sökt vård hos er? (Varför inte?) Samsyn avseende bedömning om en person kan påbörja LARO eller inte? Någon grupp som inte kommer in i behandling?

Förändring i antal patienter sedan vårdvalet/mottagningen startades? Förändring i patientgruppens sammansättning? Ny grupp som kommit in (frånsett opioid)? Öppettider ändrats?

Vad erbjuder er mottagning? Vad utmärker/särskiljer er mottagning (jämfört med andra)? (Grupper?)

Hur påverkas (den förändring som skett i om) vårdvalet av de nya (feb 2016) föreskrifterna för LARO?

Följsamhet till Socialstyrelsens reviderade riktlinjer för missbruks- och beroendevården? Gällande KBT som insats vid LARO samt val av preparat? Har sökandet och intaget förändrats till följd av riktlinjerna?

Bensodiazepiner. Vilken information följer mottagningen i beslutet att förskriva/inte förskriva bensodiazepiner? Hur ser ni på alternativet? Har det förändrats under åren hur ni ser på förskrivning av bensodiazepiner/andra mottagningar med annan syn? Hur jobbar ni med patienter som efterfrågar/är positiva på bensodiazepiner?

Hur ser ni på frågan om läckage och dödlighet kopplat till metadon, buprenorfin och bensodiazepiner?

Målet om patienters egenmakt. Hur ser det ut med byte av mottagningar nu? Vilka anledningar uppges? Förekommer "hot"? Upplevs patienterna mer delaktiga i sin behandlingsplanering nu än tidigare? Finns någon brukargrupp på mottagningen? Om ja, hur fungerar den?

Uppfattning om regeln om begränsning av byte av mottagning under 6 månader.

Vad gör mottagningen vid situationer där utskrivning börjar övervägas? Vilka möjligheter finns det? Vid vilka situationer skriver ni ut patienter nu? (Frivilligt och ofrivilligt.)

Hur fungerar samverkan med socialtjänst, frivård, sprutbyte? Avdelningen för opioidavgiftning i Malmö för avgiftning? (Psykosocial behandling, ökat eller minskat i socialtjänstens regi?) Övriga samverkanspartner?

Samverkan mellan LARO-mottagningar. Formellt (nätverksmöten, överflyttningar), informellt?

Har mottagningen ändrat sitt sätt att registrera olika slags besök sedan vårdvalets införande (anpassat sig)? Hur ser ni på förutsättningarna att bedriva verksamhet utifrån de ekonomiska förutsättningarna? Går ni med vinst? Om ja, hur hanteras vinsten?

Vilka hinder ser du i nuläget för att kunna bedriva en så bra verksamhet som möjligt?

Nu när vårdvalet har pågått i två och ett halvt år, hur ser du på framtiden? Ska det fortsätta? Om ja, i den här formen eller vad skulle kunna förändras/förbättras? (Skulle man kunna gjort på annat sätt för att uppnå målet om ökad tillgänglighet som hade varit att föredra?)



## Bilaga 3

### Frågor inför intervjuer samverkanspartner (sammanfattning)

- Hur ser enligt din/er uppfattning kösituationen ut för att påbörja LARO? Förändringar i kösituationen sedan innan vårdvalet?
- Vad är din/er uppfattning om hur lång tid det tar från ansökan till att LARO inleds?
- Om vårdvalet: i vilken omfattning byter klienter LARO-mottagning?
- Vad får eventuella byten av mottagning för konsekvenser för er?
- Uppfattning om vad som ligger bakom klientens val att byta mottagning (eller inte byta)?
- Har förändringar skett i antal beviljade behandlingar (ej LARO) för opioidberoende klienter? (*socialtjänst*)
- Har förändringar skett i antal LVM-anmälningar? Om ja, på vilket sätt: fler från LARO-mottagningar, från övrig beroendevård, är personerna i bättre/sämre skick än då anmälningar brukat göras? (*socialtjänst*)
- Möjlighet till annan behandling än LARO för opioidberoende personer? Förändring?
- Angående samverkan med LARO-mottagningar: hur fungerar denna? Med de olika mottagningarna? Har antalet SIP förändrats? Hur viktig(/oviktig) är SIP, vilket funktion fyller den? (*socialtjänst och frivård*)
- I vilken utsträckning har klienterna insatser från socialtjänsten (utöver ekonomi och boende) samtidigt som de går i LARO? Dvs att det ”psykosociala stödet” sker företrädesvis från socialtjänsten. Avtalas detta i SIP? (*socialtjänst*)
- Som ovan fast frivården: I vilken utsträckning har klienterna insatser från frivården samtidigt som de går i LARO? Avtalas detta i SIP? (*frivård*)
- Hur (/om) ses deltagande i LARO som en förutsättning för att klienten sköter sin verkställighetsplan? Vad händer om klienten inte sköter sin LARO-behandling? (*frivården*)
- Förändring i patientsammansättningen sedan vårdvalets införande? (*sprutbyte*)
- Uppfattning om varför heroinberoende patienter, tidigare i sprutbytet, väljer att gå in i LARO? (*sprutbyte*)
- Uppfattning om av vilka anledningar de som (fortfarande) inte väljer att gå in i LARO gör sitt val? Samt de som återkommer till sprutbytet efter en tid i LARO? (*sprutbyte*)
- Förändring i om/vilka LARO-mottagningar som aktivt besöker sprutbytet i informerande syfte? (*sprutbyte*)
- Uppfattning om hur de olika LARO-mottagningarna särskiljer/profilerar sig? Effekter?
- Hur mår klienterna som har LARO? Är det någon särskild klientgrupp som fått mer eller mindre hjälp sedan vårdvalet infördes? Relaterat till målet om ökad egenmakt i behandlingen
- Angående utskrivning från LARO: Har förändringar skett? Syn på om/när utskrivning från LARO ska kunna ske?
- Egna positiva tankar om vårdvalet och dess effekter?
- Egna negativa tankar om vårdvalet och dess effekter?
- Vad saknar du/ni kring LARO-behandling som skulle kunna förbättras, både för klienterna och för ert arbete?

Övergripande punkter är:

- Syn på samverkan mellan er verksamhet och LARO-mottagningar innan och efter vårdvalets införande, hur sker samverkan med LARO-mottagningarna?
- Vilka konsekvenser har vårdvalet inneburit för er verksamhet?