

# MEDICINSK UTVÄRDERING VÅRDVAL LARO REGION SKÅNE.

*Lars-Håkan Nilsson, specialist allmän- och rättspsykiatri.  
Konsult medicinsk rådgivning LARO.*

## INLEDNING

Regionfullmäktige i Region Skåne beslutade 2013-06-17 om att öppna upp Läkemedelsassisterad rehabilitering av opioidberoende (LARO) för vårdval med start 2014-04-01. Syftet var att dels komma tillrätta med kösituationen, men på sikt också att minska den narkotikarelaterade dödligheten.

Vidare beslutade koncernledningen i december 2016 att den medicinske rådgivaren för Vårdval LARO skulle göra en utvärdering av vårdvalet utöver den utvärdering som görs av Malmö Högskola. Utvärderingen skulle omfatta tillgänglighet, differentiering av mottagningar och följsamhet till utvecklingen inom LARO ur ett nationellt perspektiv. Den ska även omfatta kvalitetsutveckling samt en analys eventuella luckor och utvecklingsbehov oavsett driftsform.

Sverige var det första landet i Europa som började att tillämpa LARO. Modellen kom från New York där internmedicinaren Vincent Dole tillsammans med psykiatern Marie Nyswander och forskaren Mary-Jane Creek introducerade behandling med metadon vid heroinberoende. Vincent Doles hypotes var att heroinanvändandet stöpte om hjärnans belöningssystem och skapade ett sug efter heroin som då kunde behandlas med opioidagonisten metadon. Behandlingen blev en stor framgång och Dole tilldelades också Laskerpriset som är den finaste medicinska utmärkelsen efter Nobelpriset för sina insatser. Professor Lars-Magnus Gunne tog modellen till Sverige och startade behandling i Uppsala 1966. Den mötte emellertid hårt motstånd och det var först i samband med HIV-epidemin i mitten av 1980-talet som behandlingen kunde ges utanför Uppsala och då startades ett metadonprogram även i Stockholm. Program startades därefter successivt på andra platser också främst i Skåne. År 1999 registrerades buprenorfin (Subutex) för LARO. Det fanns tidigare registrerat som smärtläkemedel och var ett ur medicinsk synpunkt säkrare preparat än metadon. Fram till 2004 fanns även i Socialstyrelsens föreskrifter ett "tak" för hur många personer som kunde få behandling, dels för varje enhet som bedrev behandlingen men också totalt i landet. I och med föreskrifterna från 2006 ändrades detta liksom att behandlingen med buprenorfin också inkluderades i föreskrifterna och det är efter detta som behandlingen ökat i Sverige. När vårdvalet påbörjades 2014 var ca 950 personer i behandling och vid genomgången på Nätverksmötet för LARO-mottagningarna i april 2017 var drygt 1400 personer i behandling. Det har alltså skett en mycket klar ökning av antalet personer i behandling. Ser man detta på en nationell bas, så skulle det innebära att med samma täckningsgrad som i Skåne, så skulle 14.000 personer vara i behandling i Sverige, men i själva verket behandlas endast 5-6.000 personer. Knappt hälften av de som är i behandling behandlas i Skåne och i Stockholm som tillsammans har högst ¼ av landets befolkning. Tillgängligheten till behandling är alltså mycket ojämn i landet.

När man från den dåvarande borgerliga regeringens sida i början av 1990-talet tittade på möjligheter till att hitta försäkringsmässiga lösningar för olika psykiatriska tillstånd, studerades behandling för depression, olika psykoterapeutiska interventioner samt missbruk/beroende. Den referensgrupp som bildades inom Läkarförbundet ansåg LARO vara den behandling inom beroendevården som var mest lämpad för en försäkringslösning. Detta för att den regleras genom forskrifter, tidigare enbart från Socialstyrelsen men nu sex myndigheter som reglerar verksamheterna inom Hälso- och sjukvård, Socialtjänst, Läkemedel och Folkhälsa. Föreskriftsregleringen minskar risken för så kallad indikationsglidning, med vilket menas att fler personer erbjuds behandlingen än vad som är medicinskt motiverat. Kostnaderna för behandling kunde också beräknas enkelt genom att såväl utredning som behandling var standardiserade. Följaktligen är därför också behandlingen lämpad att erbjuda i form av vårdval.

De ekonomiska aspekterna ska inte tas upp i denna utvärdering, men det samhällsekonomiska perspektivet är inte helt ointressant. Kriminalvården startade 2007 ett projekt tillsammans med Stockholms läns landsting, ITOK = Integrerat team för omhändertagande av opioiodberoende personer inom Kriminalvården, vilket utvärderades av nationalekonomen Ingvar Nilsson (1+1=3, Kriminalvårdens förlag, beställningsnummer 4989).. Han beräknade de årliga samhällskostnaderna för en person med heroinberoende till drygt 2 miljoner kronor för en manlig patient och något lägre för en kvinnlig. Liknande siffror har tidigare tagits fram för annat beroende och gemensamt för beräkningarna är att merparten av kostnaderna genereras av rättsapparaten genom den kriminalitet som heroinanvändarna för sig skyldig till. Även kommunerna har betydande kostnader genom vistelser på behandlingshem, försörjningsstöd och bostadsbidrag. Det som var unikt med Ingvar Nilssons studie var att han kunde visa att även landstingens kostnader var höga genom framför allt många besök inom akutsjukvården och kroppssjukvården två år innan en person påbörjade LARO. Kostnaderna var så påtagliga att projektet ITOK övergick till att bli ett permanent samarbete bland annat för att behandlingen kunde anses som kostnadseffektiv.

Ett kvalitetsarbete inom sjukvården kan mätas på olika sätt. Det vanligaste är att man mäter effekten av vårdinsatserna och då kan resultaten uttryckas som exempelvis andel av alla behandlade som överlever i 3-5 år, vilket är vanligt för cancerbehandling. Det kan också anges som andel som tillfrisknar efter användandet av vissa antibiotika vid infektionssjukdomar eller personer som återfår sin funktion efter ortopediska ingrepp. När det gäller så kallade folksjukdomar är det svårare att mäta kvalitet på det sättet. Hälsoforskaren Donabedian lanserade en modell där man definierar struktur- respektive processvariabler. Strukturvariabler är exempelvis personalbemanning, lokaler och tillgång till viss utrustning, medan processvariabler är de vårdprocesser som en patient går igenom vid en behandling. Föreliggande utvärdering bygger på värderingar av olika struktur- och processvariabler. Grunden för utvärderingen är dels en sammanställning av svaren på den enkät som regionen skickat ut till varje mottagning. Därtill har varje mottagning besökts vid minst 2 tillfällen och även deltagit i uppföljningsmöten på koncernkontoer för Region Skåne. Den kommer inte att jämföra de olika mottagningarna/enheterna med varandra utan istället försöka att beskriva vad vårdvalet inneburit för patienterna ur ett kvalitets- och patientsäkerhetsperspektiv.

## **PATIENTSÄKERHET OCH PATIENTSÄKERHETSKULTUR**

### **Avvikelsehantering**

Alla enheter hade ett avvikelsehanteringssystem, men antalet rapporterade avvikelser skiljde sig mellan enheterna liksom vad som rapporteras som avvikelse. Det fanns rutiner för hur en

avvikelse åiterrapporteras till medarbetarna. Vanligen skedde detta på APM (arbetsplatsmöten) men några enheter hade även kvalitetsronder eller så kallade operativa möten med fokus på patientsäkerheten. De mottagningar som bedrevs av Region Skåne repellerade vanligen på regionens avvikelshanteringssystem och hade inget system mer anpassat till just LARO-verksamheten. De mest utvecklade systemen fanns hos de privata mottagningarna som hade en större organisation bakom sig. En av dessa hade ett ISO-baserat avvikelshanteringssystem som tagits fram inför en eventuell offentlig upphandling.

Flera mottagningar hade patientsäkerhetsombud, patientsäkerhetssamordnare eller kvalitetsansvarig som tillsammans med enhetscheferna återkopplade händelser till övriga medarbetare. Inom Region Skåne användes Gröna korset som gicks igenom regelbundet på återkommande möten dagligen, veckovis eller varje månad.

De mindre privata mottagningarna hade varierande system och några valde också att använda Region Skånes Gröna korset. Under arbetet med Vårdvalet hade patientsäkerhetskulturen förstärkts och attityden till patientsäkerhetsarbetet var betydligt mer seriöst vid uppföljningarna 2016/17 jämfört med uppstartsmötena under 2014.

Tre av mottagningarna blev under perioden anmälda till Inspektionen för vård och omsorg vilket resulterade i inspektioner och i samtliga fall kritik. Kritiken mot en mottagning var särskilt allvarlig. Denna mottagning hade även uppmärksammats av Region Skåne och blivit föremål för besök och kontroll av koncernkontoret. Bristande hörsamhet för kritiken ledde även till en medicinsk revision och utifrån denna ställdes ytterligare krav på åtgärder. Detta ledde till att mottagningen ifråga bestämde sig för att avveckla sig alternativt att överlåta verksamheten till annan vårdgivare.

## **Egenkontroll**

Alla mottagningar hade rutiner för egenkontroll vad gällde brand och säkerhet men få hade checklistor anpassade för den egna verksamheten. Rutiner för hur läkemedel räknades, kasserades och iordningställdes fanns, men skilde sig avsevärt mellan mottagningarna. Regelbunden kontroll av följsamhet till föreskrifter för hygien gjordes inte utan man hänvisade till de hygienronder som Region Skåne genomförde. Flera mottagningar gick ut med regelbundna patientenkäter och enkäter till medarbetarna som jämfördes med tidigare enkäter för att få en bild av eventuella förändringar. Flera mottagningar genomförde egenkontroll av journalföringen men hade inte skrivna rutiner för hur detta skulle göras, med vilka intervall granskningen skulle ske eller hur stor andel journaler som skulle kontrolleras.

## **Risikanalyser**

När det gällde vad man såg som patientsäkerhetsrisker var vanligen fokus på det direkta patientarbetet och behandling av enskilda patienter. Endast ett fåtal mottagningar hade en mer systematisk överblick och definierade patientsäkerhetsrisker i ett vidare perspektiv, exempelvis utifrån patientjournalssystem eller hantering av laboratoriesvar. Den vanligaste patientsäkerhetsrisken angav flera enheter som hur man hanterade påverkade patienter och hur man skulle bedöma graden av påverkan i förhållande till läkemedelsdosen. Med tanke på den patientgrupp som man behandlade torde detta vara ett vanligt problem som bäst hanteras genom tydliga rutiner och inte från fall till fall. Flera privata mottagningar såg journalssystemet som en patientsäkerhetsrisk då man tidvis inte hade tillgång till detta och på så sätt inte kunde kontrollera vilken behandling patienterna skulle ha. Endast en av mottagningarna kunde lämna in en skriftlig riskanalys även händelse/avvikelse.

## **PATIENTARBETET**

### **Tillgänglighet**

Tillgängligheten till behandling har ökat i och med Vårdvalet. Tiden från det att en person kontaktade mottagningen tills att behandlingen kunde påbörjas rörde sig vanligen om 1-3 veckor. Endast en mottagning angav längre väntetid. Den begränsande faktorn var vanligen att få tid till läkare för bedömning samt att beställa in handlingar som dokumenterade beroendet. Samtliga mottagningar hade rationaliserat denna process så att tid mellan första till behandlingsstart i merparten av fallen var under 2 veckor. Detta är en avsevärd skillnad gentemot övriga landet.

Vid uppstarten hade flera av de nya privata mottagningarna en högre läkartillgång. Genom att ersättningsnivåerna var satta så att läkarbesök prioriterades jämnade detta ut sig under vårdvalsprocessen och vid uppföljningarna var vanligen bemanningen 80-100% läkare för 100 patienter. Man angav även en hög tillgänglighet till läkare och om det fanns behov kunde man erbjuda läkartid redan samma vecka och i angelägna fall även samma dag. Fanns inte möjlighet till att träffa en läkare fanns alltid läkare tillgänglig på telefon. Arbetet med vårdvalet har inneburit att fokus förskjutits från att enbart dela ut läkemedel till att se mer till hela patientens situation.

På många orter i landet där beroendevården och då även LARO är en del av den allmänna psykiatrin synes läkarbemanningen vara lägre. En konsekvens av detta blir att det finns brist på läkare utbildade inom beroendemedicin och även om sådana finns har en begränsad del av dem erfarenhet av LARO.

Av de blivande psykiatrerna som utbildas i Region Skåne har flertalet endast några få månaders tjänstgöring inom beroendevården och enstaka kommer i kontakt med LARO. Antalet personer som får LARO i Region Skåne är omkring 1.5 promille av befolkningen och räknar man med att lika många löper risk eller har ett problematiskt användande av opioider så är problemet inte helt negligerbart och borde sätta större avtryck i hur blivande specialister utbildas.

### **Habilitering/rehabilitering**

I den första metadonstudien som gjordes i Sverige på 1980-talet kunde nästan samtliga personer som ingick i studien sysselsättas i antingen studier eller arbete. Genom att tillgången till behandling under flera år var så dålig förblev många av de personer som nu får behandling i aktivt missbruk. Alternativt blev de föremål för vårdinsatser förknippade med tvång under längre tider, där fokus inte var rehabilitering till sysselsättning. Det finns få större studier i Sverige som beskriver sysselsättningsgraden, men i en större enkätundersökning som presenterades 2013 var den genomsnittliga sysselsättningsgraden strax över 25%.

De offentliga mottagningarna i Malmö, Lund och Helsingborg hade bedrivit verksamhet under lång tid och hade därmed många patienter som fångats upp tidigt och kommit långt i sin rehabilitering. Sysselsättningsgraden låg på dessa mottagningar mellan 33-40%. Detsamma gällde för den privata mottagningen i Lund som egentligen var en avknoppning av den offentliga i Lund.

De offentliga mottagningarna i Kristianstad och Trelleborg som öppnade senare (2008 respektive 2010) låg lite högre (40 respektive 46%). Samma höga nivå hade den nyöppnade privata i Landskrona och en liknande trend fanns för den nyöppnade privata i Ängelholm. Skillnaderna är troligen inte signifikanta, men ändå så intressanta att de förtjänar ett försök till analys. En tänkbar orsak kan vara att när det öppnar en mottagning på en mindre ort, så rekryteras många patienter från just orten, som inte sökt behandling på de större mottagningarna i Lund, Malmö eller Helsingborg. Anledningen till det kan vara lång kötid, pendlingsproblem men även att man kunnat hantera sitt beroende på ett rimligt sätt och därmed inte varit tvungen att påbörja en behandling. De tidigare föreskrifterna var tämligen ingripande i en persons livsföring genom att man var tvungen att inta behandlingen övervakat dagligen under 6 månaders tid. Om man exempelvis bor i Trelleborg är det svårt att förena ett arbete med att dagligen pendla till Malmö. Man vet också från intervjuer med de som besökt sprututbytet i Malmö att drygt 80% av de personer som köpte LARO-läkemedel ”svart” använde dem antingen för egen ”avgiftning” eller som underhållsbehandling. När då behandling blir tillgänglig på hemorten blir det enklare att förena behandlingen med arbete/studier.

Den mottagning med lägst antal patienter i sysselsättning var den nyöppnade privata i Kristianstad. Många av dessa hade inte tidigare varit i behandling eller hade varit i behandling för längre tid tillbaka. Troligen rörde det sig om ett svårare patientklientel än de som gick på behandling på den offentliga och som inte klarade av den behandlingsstrukturen och kanske även sidoanvände andra substanser.

Det är uppenbart att för vissa patienter finns det lägre faktiska rehabiliteringsmål och för dessa är det mer relevant att tala om habilitering. I denna grupp finns även många med psykiatrisk samsjuklighet (se nedan). Många mottagningar hade ändrat arbetssätt under vårdvalsperioden just i syfte att differentiera mellan vilka som var rehabiliteringspatienter och vilka patienter där målet huvudsakligen var kontroll av substansintaget och att få struktur i vardagen. Som en mottagning uttryckte det så ”försöker vi nu sätta patienten i fokus och hur vi ska hjälpa honom/henne till ett bättre liv”.

I den enkät som låg till grund för denna utvärdering efterfrågades även vårdplan för varje patient och för hur många man gjort samordnad individuell planering (SIP). Det är en lagstadgad planering som görs för att samordna insatser från olika vårdgivare/myndigheter. Vårdplaner fanns för 90-100% av alla patienter. Det var bara två mottagningar som rapporterade 30% respektive 75%, anmärkningsvärt nog fanns båda på samma ort. Andelen patienter med SIP varierade emellertid mellan 20-90%. Anledningen till detta är dels naturligtvis hur stor andel som var i rehabiliteringsfas eller till och med kunde sägas vara i full rehabilitering. Har man arbete, bostad, familj och en stabil livsföring sedan år tillbaka behövs ingen SIP, medan sådan är väsentlig för de patienter som har en mer instabil livssituation och är i behov av insatser från både sjukvård och socialtjänst.

När all behandling i Sverige skedde i Uppsala lades alla personer som blev antagna till behandlingen in på akademiska sjukhuset i ca 6 veckor under viken tid medicineringsplaneringen påbörjades och dosen titrerades fram och finjusterades. Därefter fick patienten hämta läkemedlen (på den tiden enbart metadon) på ett apotek på hemorten. Apotekshämtning var med andra ord en regel i behandlingen. När mottagningar öppnade i Stockholm, Lund, Malmö och Helsingborg genomfördes behandlingen polikliniskt med genom att patienten besökte mottagningarna. Patienter från andra platser i landet lades fortfarande in i Uppsala och

fullföljde behandlingen på apotek. Det var först i och med de nya föreskrifterna 2006 som detta ändrades så att all behandling skulle påbörjas med dagliga besök på en mottagning under 6 månader. Fortfarande bör dock målet vara att så många patienter som möjligt ska hämta på apotek. Det ses också som en strävan efter ”normalisering”, att man är som vilken patient som helst som har en vanlig sjukdom. Andelen patienter som hämtar på apotek skiljde sig avsevärt åt mellan mottagningarna. De mottagningar som hade varit igång längst hade högre andel apotekspatienter och de som varit i verksamhet kortare tid ar lägst andel. Det finns emellertid två faktorer som komplicerar denna bild.

Den ena är att patienterna slapp att betala läkemedlen när de hämtade på en mottagning. För de med snäva ekonomiska marginaler utgjorde egenavgiften för läkemedel ett ekonomiskt avbräck. I de fallen borde man dock kunna nå en överenskommelse med kommunernas socialtjänst så att patienten inte onödigtvis binds till mottagningen om det inte finns medicinska skäl. I några fall finns ytterligare kontraproduktiva faktorer som att Region Skåne ersätter resa från hemorten till den ort där man har behandling. I de fall det är komplicerad resväg utgår även bilersättning (även om patienten saknar körkort).

Den andra faktorn är att ersättningsystemet inte gynnar mottagningar med apotekspatienter. Det innebär att många kommer till en mottagning var annan till var fjärde vecka för att hämta läkemedel vilket genererar viss ersättning. Här kan man säga att ersättningsystemet verkar kontraproduktivt gentemot patienternas ”normalisering”.

## Retention

Retention betyder hur stor andel av de patienter som påbörjat behandling och som fortfarande är kvar i behandlingen. Det har under alla år som LARO pågått varit det huvudsakliga kvalitetsmålet vid jämförelser mellan olika mottagningar. En retention på >70% har varit en indikator för god kvalitet. Som tumregel kan sägas att drygt 1/3 av de patienter som påbörjar en behandling fungerar invändningsfritt, knappt 1/3 slutar eller blir uteslutna och 1/3 får man arbeta med både avseende sidoanvändande av andra substanser samt följsamhet och motivation. Har man enbart fokus på själva läkemedelshanteringen och för lite på rehabilitering ökar andelen som slutar och retentionen minskar. Det är naturligtvis även avhängigt hur patientpopulationen ser ut, men siffrorna stämde i stort vid en större svensk studie (Kakko med flera; Am J Psychiatry 2007; 164:797–803)

Retentionen har ökat under hela vårdvalsprocessen och vid avstämningen anger vissa mottagningar närmre 100% retention. Lägsta retentionsgrad är 80% men detta är osäkra siffror för det innefattar patienter som bytt mottagning och som alltså inte avslutas ur behandling. Många mottagningar rapporterar inga ofrivilligt avslutade. Detta beror dels på att föreskrifterna för behandlingen ändrats med färre tvingande krav på avslutning, men framför allt på att man idag arbetar mer med patienternas sidoanvändande av andra substanser. Toleransen för sidoanvändande skiljer sig mycket åt i landet där både behandlingskultur och läkarens bedömningar skiljer sig åt. Detta härstammar troligen i sin tur på hur man ser på beroendesjuka över lag. På senare tid har flera behandlare blivit mer kritiska till denna mer repressiva syn. En patient som sidoanvänder andra substanser har inte sällan en annan psykisk sjuklighet, där intag av dessa substanser leder till symtomreduktion. Patientens situation förbättras då naturligtvis inte av att han blir avstängd från en framgångsrik behandling av opioidberoendet. Dödligheten var tidigare också mycket hög bland de som uteslöts från behandling, 10% avled inom ½-år och rädsla för att bli utesluten rapporterades av en stor andel patienter i tidigare patientenkäter. Den främsta anledningen till att man idag blir utesluten är hot och våldsincidenter. Detta försöker man lösa genom att dessa patient får byta

mottagning. Även detta är en bra lösning, då en del av våldsproblematiken inte sällan kan hänföras till annan psykiatrisk sjuklighet.

Sammantaget har retentionen ökat kraftigt vilket synes vara en vårdvalseffekt.

## LÄKEMEDELSBEHANDLING

### Nationella riktlinjer för behandling av missbruk/beroende

Socialstyrelsen gav 2015 ut Nationella riktlinjer för vård och stöd vid av missbruk/beroende. Riktlinjerna är ett stöd för styrning och ledning av vården och riktade till såväl sjukvård som socialtjänst. I riktlinjerna finns rekommendationer om vilka preparat som ska användas, vilka psykosociala behandlingsmetoder som det finns evidens för samt även om hur man ska se på psykiatrisk och kroppslig samsjuklighet. I ackrediteringsvillkoren för LARO-mottagningarna i Vårdvalet anges att dessa nationella riktlinjer ska följas.

### Preparatval

De Nationella riktlinjerna rekommenderar att behandlingen inleds med buprenorfin som kombinationspreparat med naloxon. Detta preparat har namnet Suboxone och registrerades i Sverige 2004. Anledningen till kombinationsbehandlingen är att naloxon är en antagonist till opioider och alltså blockerar opioideffekten. Naloxon är emellertid känsligt för syran i saliv och magsaft och tas därför inte upp i kroppen när man tillför preparatet genom munslemhinnan. Om man däremot löser upp preparatet i vätska och injicerar det fungerar den blockerande aktiviteten. Tanken är att man på så sätt ska undvika att patienterna löser upp kapslarna och injicerar substansen. Buprenorfin är ett säkrare läkemedel än metadon med betydligt lägre risk för dödlighet vid överdosering (det fanns mycket få dödsfall rapporterade med enbart buprenorfin, i de fall buprenorfin var inblandat i ett dödsfall fanns vanligen antingen alkohol eller bensodiazepiner också).

Metadon kan ges till de patienter som inte får full behandlingseffekt av buprenorfin + naloxon.

Däremot har så kallat monobuprenorfin (som tidigare salufördes under det nu klassiska namnet Subutex) en betydligt lägre rekommendation.

Följsamheten till dessa rekommendationer varierar kraftigt mellan mottagningarna och påstås ibland vara skäl till att patienter byter mottagning.

I genomsnitt har 50-75% av patienterna behandling med metadon och 25-50% behandling med något buprenorfinpreparat.

De mottagningar som har varit verksamma längst har en högre andel av patienter som får metadon eftersom buprenorfin registrerades först 1999. Buprenorfin omfattades före 2006 inte heller av samma föreskrift som metadon, vilket innebar att en hel del patienter under denna tid fick behandling utanför den gängse LARO-verksamheten.

Eftersom rekommendationen är att behandlingen ska inledas med buprenorfin + naloxon har de nystartade mottagningarna en högre andel av dessa patienter, men det finns även andra

skäl. Ett skäl var att några mottagningar, varav en kopplad till sprututbytesverksamhet, erbjöd patienter som stod på väntelista för utredning behandling med buprenorfin + naloxon i väntan på en fullständig utredning (Håkansson med flera; Addiction 2016)

Det går alltså inte att dra några säkra slutsatser av fördelningen av patienter som får metadon respektive buprenorfin. Däremot bör merparten av de patienter som får behandling med buprenorfin behandlas med buprenorfin i kombination med naloxon. Det finns mottagningar som anklagas för att rekrytera patienter genom att erbjuda behandling med monobuprenorfin och som förvisso har en hög andel patienter i sådan behandling, men det är mycket svårt att leda i bevis att denna förskrivning inte sker av medicinska skäl. Dels åberopas biverkningar, att naloxon är mindre lämpligt vid graviditet och att många patienter som varit i behandling med monobuprenorfin sedan den tid enbart detta fanns vill inte byta. I de enkätsvar som lämnas inför utvärderingen framkommer att alla mottagningarna har patienter som behandlas med monobuprenorfin, men de journalförda medicinska motiveringarna till detta kan vara mer eller mindre utförliga.

## Kontroll annan förskrivning

Några mottagningar har som rutin att begära patientens samtycke så att man kan gå in och kontrollera i Apotekets läkemedelsförteckning. Samtliga kontrollerar vad som finns angivet i det vanliga journalsystemet men i detta syns inte eventuell förskrivning från primärvården. Det finns inga tydliga skillnader mellan offentliga och privata mottagningar, Det är möjligt att man bör skriva in det som en rekommendation att få patientens tillåtelse att stämma av mot läkemedelsförteckningen, men samtidigt är det tveksamt om man kan vägra en patient behandling om denne nekar tillåtelse.

## Skånelistan

De flesta mottagningarna säger sig känna till Skånelistan. Några mottagningar rapporterar en hög följsamhet, medan andra mellan raderna antyder det finns fall där man att man måste ta individuella hänsyn i en svår patientgrupp. När det gäller Skånelistan i stort finns inga större skillnader mellan privata och offentliga mottagningar men där skillnader kan finnas är vid val av metadonberedning.

Det metadonpreparat Region Skåne upphandlat är metadon från företaget Nordic Drugs. Trots detta har några mottagningar en större andel patienter som behandlas med Metadon DnE. Detta påstås vara mer attraktivt bland patienterna genom att det skulle vara lättare att injicera. Dock är sockerhalten högre i Metadon ND (vilket gör det svårt att injicera) men påverkar även smak. Metadon DnE har emellertid varit längst på marknaden vilket innebär att många patienter som varit i behandling lång tid vant sig vid preparatet.

Det torde vara närmast omöjligt att i varje enskilt fall avgöra om en förskrivning som avviker från rekommendationerna i de Nationella riktlinjerna eller från vad Region Skåne har upphandlat är medicinskt motiverad eller ej. Region Skåne betalar de läkemedel som ingår i LARO och de tas hem till mottagningarna genom rekvisition från apotek. Vill man åstadkomma en större följsamhet till rekommenderade och upphandlade preparat kan en möjlighet vara att Regionen enbart bestrider kostnaderna för dessa preparat. I så fall får kostnaderna för övriga preparat bekostas av respektive mottagning.



# SAMSIJKLIGHET

## Psykiatrisk

På frågan om hur man diagnosticerar psykiatrisk samsjuklighet svarar samtliga mottagningar att man har tillgång till specialistkompetent psykiater som bedömer detta via samtal med patienten. Några mottagningar har knutit en neuropsykolog till sig för att göra utredning av exempelvis ADHD. Andra mottagningar använder dessutom psykolog till diagnostiska intervjuer av standardiserad typ. Det kan emellertid konstateras att någon systematisk screening för andra psykiska störningar än opioidberoende inte genomförs och inte heller används mer systematiskt screeninginstrument för ADHD och/eller autism (vilket är de vanligaste störningar bland det som kallas neuropsykiatriska funktionsnedsättningar).

Den rapporterade förekomsten av samsjuklighet på mottagningarna varierar alltifrån 10% av patienterna i LARO till 75-80%. De mottagningar som rapporterar lägst antal patienter är de äldsta mottagningarna. Det kan bero på att de som är kvar i behandling under så lång tid är de med minst problem av samsjuklighet. I uppdraget när LARO startade i Region Skåne ingick huvudsakligen enbart själva LARO. Annan psykiatrisk problematik letade man inte efter utan hanterade när symtom dök upp. Samtliga mottagningar angav att patienternas vanligaste problem var ångest, depression och sömnstörningar. En del patienter med ångest fick utskrivet bensodiazepiner, vilket tidigare inte gick att förena mer kontinuerlig med LARO. Det kan också vara därför som högre förekomst av samsjuklighet rapporteras från de nystartade mottagningarna som har en högre tolerans för sådan behandling.

Utifrån detta kan man dra slutsatsen att vårdvalet inneburit större möjligheter för personer med samsjuklighet att söka LARO. Att färre patienter utesluts ofrivilligt, vilket till viss del beror på mer liberala föreskrifter, innebär att de patienter som i perioder sidoanvänder olika substanser kan fortsätta behandlingen.

Forskaren Anders Ledberg på SORAD som på Socialstyrelsens uppdrag utredde den ökade narkotikarelaterade dödligheten konstaterade att många av de som avled var inte i LARO, men hade vårdats i slutenvård för beroendediagnos. En del av de patienter som nu får LARO har troligen rekryterats från denna grupp vilket måste anses som positivt.

## Kroppslig

Samtliga mottagningar uppger att de behandlar enklare kroppsliga tillstånd själva, men remitterar i de fall där det krävs specialistkunskaper eller där det är mer komplicerade allmänmedicinska tillstånd. I diskussionerna med mottagningarna framkom det att man upplevde kontakterna med Primärvården som komplicerade. Det var svårt för mottagningarna att boka tid för patienterna, man upplevde en ovilja att ta emot dem och många patienter klagade över bemötandet. Detta är beklagligt eftersom gruppen beroendesjuka har en ofta gravt åsidosatt kroppslig hälsa och en större obenägenhet att söka kroppsjukvård vid nydebuterade symtom. Detta är en av förklaringarna till varför vården är ojämnt fördelad i Sverige. Bäst hantering av den kroppsliga samsjukligheten hade den mottagning som hade en intresserad allmänläkare knuten till sig via en vårdcentral, som accepterade att hon cyklade iväg till LARO-mottagningen och såg patienter där istället. Att få tillgång till sådana lösningar efterfrågades av de flesta mottagningar. Några mottagningar hade även barnmorska knutna till sig vilket var mycket uppskattat av de kvinnliga patienterna som upplevde problem att söka för gynekologiska problem. En av de nystartade mottagningarna hade en god kontakt med en privat vårdcentral som också kom till LARO-mottagningen för att de kunde då fakturera för hembesök.

Tandvård räknas vanligen inte in i vad som benämns kroppslig hälsa, men behovet av tandvård är stort för patienterna i LARO. Dåligt tandstatus är ofta hinder för en fullvärdig rehabilitering. Flera mottagningar efterlyste tillgång till tandläkare med intresse för patientgruppen. Genom den regelbundna och täta kontakt som patienterna har med sina mottagningar finns goda möjligheter i första hand för preventiva insatser, men också att fånga upp de patienter vars tänder kan räddas utan alltför omfattande rekonstruktiva ingrepp.

## **Smittskydd**

Många mottagningar erbjöd alla som skrevs in provtagning för blodsmitta, men några rapporterade mycket låga siffror (10% av de som gick i behandling). Överlag var screeningen för blodsmitta bättre genomförd på de offentliga än på de privata. Bidragande till detta kan vara att det i Region Skåne funnits en otydlighet beträffande vem som står för kostnaderna för sådan provtagning. Upp till 80% av de som deltagit i LARO beräknas vara smittade med Hepatit C. Utrotning av denna smitta har satts som mål av både WHO och av många enskilda länder, medan Sverige har som mål att minska smittan. En förutsättning för detta är att alla som kommer i kontakt med en LARO-mottagning screenas för HIV och Hepatit. För de patienter som har skruplever av viss grad ska behandling erbjudas och då krävs ytterligare provtagning. Det är av vikt att det tydliggörs hur kostnaderna för sådan provtagning ska bestridas. Genom att större andel av personer med opioidberoende är i behandling finns unika möjligheter att nå fler av de som är smittade med hepatit C för behandling.

## **Kontakt andra vårdgivare**

Alla mottagningar hade kontakter med kommunerna i Skåne, men erfarenheterna var olika. Överlag verkade det fungera bra med kontakterna med de större kommunerna medan problemen fanns i samverkan med några av de mindre liksom i vissa stadsdelar i de större. SIKTA (Skånes implementering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården) var ett fungerande forum i vissa kommuner, medan erfarenheterna var sämre i andra. Den kritik som fanns mot kommunerna var främst att man upplevde att det psykosociala stödet till patienterna i LARO brast. Man hade fått uppfattningen att dessa kommuner ansåg att om en person deltog i LARO hade man i och med detta avsagt sig stöd från kommunen.

Ett speciellt problem var hanteringen av LVM (Lagen om vård av missbrukare i vissa fall). Många patienter hade ett sidoanvändande av andra narkotikaklassade substanser som man försökte hantera i öppenvård men när sidoanvändandet hotade att gå över styr och bli medicinskt riskfyllt valde en del mottagningar att göra LVM-anmälan. Från kommunernas sida såg man det som att man blev tagen på sängen och efterlyste flitigare orosanmälningar.

## **DIFFERENTIERING MELLAN ENHETERNA**

### **Patientpopulationer**

När vårdvalsprocessen påbörjades hade många patienter varit i behandling i många år. Ju äldre programmen var, desto mer stabil patientpopulation. Merparten av dessa patienter var väl anpassade och fungerade på en relativt hög nivå. Retentionen på de olika mottagningarna var lägre än den är idag och flertalet låg mellan 70-80%. Det innebar att ca 20-30% av patienterna avslutades och påbörjades därefter igen efter en period utan behandling. När vårdvalet påbörjades styrdes dessutom behandlingen av forskrifter där uteslutning medförde

så kallad spärrtid, alltså att behandlingen inte fick påbörjas utan att viss tid hade förflutit sedan föregående behandling avslutats.

I och med vårdvalet erbjöds plötsligt många av dessa patienter nya behandlingsmöjligheter på mottagningar som hade ett perspektiv på behandlingen som skiljde sig från det sedvanliga. Det kunde innebära tätare läkarkontakt, mer psykosociala insatser och högre tolerans för användande av andra narkotikaklassade läkemedel (vanligen bensodiazepiner). Många skulle säkert uttrycka det som att de nya mottagningarna ”raggade” patienter, men ett annat betraktelsesätt kunde vara att man försökte anpassa behandlingen efter patienterna förutsättningar. Konsekvensen blev att det inte enbart var de patienter som stod i kö för behandling som gavs möjlighet till sådan. Merparten av dessa hade varit i behandling tidigare och köade för ett nytt försök efter genomlupen spärrtid som möjligen hade förstärkt motivationen. Ändrat bemötande, andra behandlingsformer och även ändrade föreskrifter gjorde att än fler sökte sig till behandling.

Jämför man de äldsta både offentligt och privat drivna mottagningarna i Lund, Malmö och Helsingborg så ligger deras medelålder på patienterna något högre (38-49 år). De offentliga mottagningarna på de mindre orterna Trelleborg och Kristianstad har lägre medelålder (36-40 år) medan spridningen i ålder bland de nyöppnade privata också rör sig i ett lägre intervall (36-44 år).

Könsfördelningen varierar något och det beror till vis del på att en del mottagningar haft inriktning mot kvinnogrupper, andra genom att erbjuda tillgång till barnmorska och även att man i ett tidigare skede gav förtur till patienter som enbart efterfrågade buprenorfin och på så sätt kom i behandling snabbare, vilket attraherade yngre kvinnor. I Sverige är en tredjedel av patienterna i LARO kvinnor medan det i Region Skåne varierar mellan hälften till en femtedel.

Skillnaderna mellan de olika mottagningarna utgörs i mindre omfattning av att man inriktar sig mot olika målgrupper utan är troligen mer en produkt av att det är olika grupper av patienter som söker sig till mottagningarna.

Det är ca 450 fler patienter som är i LARO nu än när vårdvalsprocessen påbörjades och frågan är då vilka dessa patienter är. Det är svårt att spekulera i storleken på de olika grupperna, men kanske runt 1/3 av nytillskottet utgörs av patienter som hade lägre förmåga till följsamhet till mottagningsrutiner men som ändå hade ambitionen att ingå i ett program. Genom att retentionen höjts och att ett tillskott av behandlingsmetoder tillkommit så har denna grupp fått ökade förutsättningar att kvarstå i behandling. Det är troligen en grupp med högre psykiatrisk samsjuklighet och som till följd av detta har större behov av psykiatrisk kompetens. En annan grupp är de som tidigare varit i behandling, men resignerat och inte trodde sig om att kunna fungera i en behandling igen. Detta är en grupp med ökad risk för död och vanligen med mer uttalat sidoanvändande av andra substanser. Gruppen har en faktiskt lägre rehabiliteringspotential vad gäller arbete, men kan profitera på ett ökat utbud av gruppaktiviteter och insatser som stärker deras förmåga att hantera vardagen. Slutligen finns det en grupp med ett mindre svårt beroende, som fortfarande är socialt anpassade och har högre förvärvsfrekvens men som inte sökt vård tidigare på grund av kösituation och med svårigheter att pendla till andra orter för att få sin läkemedelsdos. När behandling erbjuds på hemorten blir det enklare och man kan bibehålla sitt sociala liv utan inkräktande. Det kan vara förklaring till den högre förvärvsfrekvensen för patienterna på de nya mottagningarna i Landskrona och Ängelholm, de senare öppnade offentliga i Kristianstad och Trelleborg samt den nygamla i Ystad.

## **UTVECKLINGSMÖJLIGHETER**

### **Incidentutredning/händelseanalys**

Incidentutredning görs i allt för få ärenden och det finns rent allmänt ett bristande strategiskt tänkande vad gäller patientsäkerhetsarbetet. Det har skett ett antal dödsfall bland patienterna som är i LARO-behandling och mot bakgrund av den kraftiga ökningen av narkotikarelaterade (och i de allra flesta fallen rör det sig om opioidrelaterade) dödsfallen i Sverige så borde åtminstone dessa bli föremål för utredning och även händelseanalys. Oavsett om ett fel begåtts eller ej så innebär en händelseanalys tillfälle till lärande och även till erfarenhetsutbyte mellan mottagningarna.

### **Tillgång till allmänläkare**

Det som framstod som anmärkningsvärt var svårigheterna att ge patienterna i LARO möjlighet till vård för kroppsliga sjukdomar. Man kan uttrycka det som en synergistisk effekt av vårdens ovilja att ta sig an patientgruppen och patienternas misstro mot sjukvården. Även om det finns smärre ekonomiska incitament för Primärvården att ta emot dessa patienter så är de uppenbarligen inte tillräckliga. Det handlar heller inte bara om att personalen inom Primärvårdens attityder utan att man ser en annan patientkategori än den man är van vid och att man också vill "skydda" sina vanliga patienter mot denna i många fall udda grupp. Problemen är också mindre, ju längre en patient fungerat i behandling och desto mindre stigmatiserad han/hon är av sin tidigare tillvaro.

Ett koncept som fungerade utmärkt och som initialt tillämpades av den mottagning som var kopplad till sprututbytet i Malmö var att en intresserad distriktsläkare kom till mottagningen och undersökte patienterna där. Vinsten är att de undersöks i en miljö de är förtrogena med, slipper att känna ett utanförskap och har förtroende för personalen på mottagningen. Det gäller bara att skapa tillräckliga incitament för att få ett sådant arbetssätt att fungera. Lyckas det kunde man utjämna några av de största hindren för jämlik vård.

### **Smärtbehandling**

De aktuella föreskrifterna för LARO öppnar upp möjligheten att erbjuda sådan behandling för personer som blivit beroende av smärtstillande läkemedel som innehåller opioider. Denna möjlighet utnyttjades mycket sparsamt av mottagningarna. Några mottagningar gjorde försök att anpassa verksamheten för denna grupp patienter, men överlag fanns en stor osäkerhet inför patientgruppen. Det medförde i sin tur att många patienter stod kvar i en läkemedelsbehandling som var långt ifrån optimal för den smärtproblematik som hade föranlett behandlingen med dessa läkemedel. Det har visats att patienter med komplicerad smärtproblematik ofta behandlas med opioider på ett sådant sätt att de utvecklat ett beroende av läkemedlet utan egen förskyllan. Det är då en självklarhet att vården ska erbjuda dem en lösning på problemen, eller i allafall ett rimligt sätt att hantera beroendet. Därför finns ett klart behov att de mottagningar som bedriver LARO utvecklar ett samarbete med smärtmottagningarna för att optimera behandlingen av smärtpatienter med ett iatrogen opioidberoende.

## Tillgång till slutenvård

Ett återkommande problem i diskussionerna om mottagningarna var svårigheterna att få tillgång till slutenvård. Det finns en avdelning i Malmö för sådan vård, men tillgängligheten till sådan vård uppfattades av många som mycket låg. När det inte gick att stabilisera en patient gjordes vanligen en LVM-anmälan vilket vållade osämja med kommunerna som beskrevs ovan. Såväl Missbruksutredningen (SOU 2011:35) som Psykiatrilagsutredningen (SOU 2012:17) konstaterade att som Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) utformades, så möjliggjordes tvångsvård av personer med ett tvångsmässigt beroende av olika substanser också. Man ska ha klart för sig att före LVM tillämpades Nykterhetsvårdslagen som enbart medgav tvångsinsingripande mot personer med ett alkoholberoende. De som hade ett beroende av narkotika hänvisades till insingripande enligt den tidigare Lagen (1966:293) om beredande av slutenvård psykiatrisk vård i vissa fall. Merparten av de specialistläkare som arbetade inom LARO var positiva till att använda LPT i stället för LVM, men menade att det inte fanns en acceptans för detta inom den allmänna psykiatrin, där behovet av tvångsvård bedömdes. Om det psykiatriska vårdbehovet för patienter i LARO bedömdes på samma sätt som för andra psykiatriska patienter hade vårdprocesserna underlättats och behovet av vård enligt LVM ytterligare minskas. Det stora problemet är alltså att behovet av slutenvård för dessa patienter bestäms av antalet platser på den avdelning i Malmö som var avsedd för personer med opioidberoende och inte av det faktiska vårdbehovet för den enskilde patienten. Om denna vård bedrevs som vård enligt LPT så hade också den medicinska säkerheten ökat eftersom den medicinska kompetensen på LVM-hemmen är mycket ojämn och definitivt inte präglad av ett akutperspektiv.

## SAMMANFATTNING

Vårdvalet har nu pågått i drygt 3 år vilket lett till att antalet patienter i LARO är knappt 50% fler än före vårdvalet. Tillgängligheten har ökat, väntetiden för utredning/behandlingsstart kortats ned och även tillgänglighet till läkare har ökat. Retentionen har ökat och i princip utesluts enbart patienter som hotar och/eller brukar våld. Toleransen för sidobehandling av andra substanser har kanske inte ökat, men man arbetar nu med motivation inom verksamheten istället för att utesluta patienten från LARO. Några mottagningar som tog sig an en svårare patientgrupp hade inte den medicinska kompetensen för detta men arbetade successivt upp sådan och egentliga patientsäkerhetsproblem fanns huvudsakligen på en mottagning vars fortsatta drift är osäker. Nya grupper synes ha kommit i behandling, både grupper med faktiskt lägre rehabiliteringspotential och grupper med god social anpassning. Brukartillfredsställelsen mätt i patientenkäter synes ha ökat och många mottagningar rapporterar ett mer patientcentrerat behandlingssätt.

Följsamheten till de Nationella riktlinjerna sviktar vad gäller preparatval och så även till de av Region Skåne upphandlade läkemedlen. Ambitionen att förbättra patienternas tillgång till primärvård kan inte sägas ha nåtts och bristande provtagning gör smittskyddsinsatser osäkra (främst intervention mot hepatit C). En del mottagningar rapporterar svårigheter att få psykosocialt stöd från vissa kommuner (kommundelar) och behandling av svårare grupper i kombination med svårigheter till slutenvård kan ha medfört ett ökat antal LVM-anmälningar (tillförlitlig statistik över både anmälan och vård enligt LVM saknas emellertid).

En försiktig bedömning kan vara att Vårdvalet förbättrat patienternas situation och preliminära resultat visar att den dramatiska ökning av den narkotikarelaterade döden som finns i resten av landet inte är förhållande i Region Skåne. Det finns emellertid fortfarande problem att arbeta med framförallt vad gäller helhetssynen på patienterna.