

RMPO psykisk hälsa

Sydöstra sjukvårdsregionen

Ulf Grahnat, ordförande

Maria Minich Karlsson, processtödjare/sekreterare

2019-09-04 1(10)

dnr: RS 2019-375

Synpunkter och konsekvensbeskrivning avseende Socialstyrelsens remissversion av Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) 2019

Regionalt medicinskt programområde RMPO psykisk hälsa har av Regionsjukvårdsledningen fått i uppdrag att avlämna en gemensam skrivning med synpunkter och konsekvenser från sydöstra sjukvårdsregionen.

Sjukvårdsregion

Sydöstra sjukvårdsregionen – Region Östergötland, Region Jönköpings län och Region Kalmar län.

Kontaktperson: Maria Minich Karlsson, Region Kalmar län

maria.minich.karlsson@regionkalmar.se

Genomförande av analys och insamling av synpunkter

Regionala medicinska programområdet RMPO psykisk hälsa, har hållit ihop arbetet inom Sydöstra sjukvårdsregionen. Synpunkter har dessutom inhämtats från sakkunniga/nyckelpersoner i respektive region som i sin tur inhämtat synpunkter från olika delar av sin organisation. Inkomna synpunkter har sedan sammanställts av ordförande och sekreterare i RMPO psykisk hälsa.

Sakkunniga och nyckelpersoner i respektive region har haft möjlighet att ta del av och lämna synpunkter på ett utkast till remissvar, innan det slutligen sammanställdes och skickades till Socialstyrelsen. Remissvaret har tagits som ett informationsärende Regionsjukvårdsledningen 18/9 2019.

Analys av kunskapsstödet

Generella synpunkter

Sammantaget tycker vi från Sydöstra sjukvårdsregionen att det är ett gediget försök till sammanställning/kunskapsstöd på ett övergripande plan, från Socialstyrelsen. Kunskapsstödet samlar ihop kunskap från många källor, samtidigt som det ger en tydlig förankring gällande regelverk och nationella riktlinjer. Bland styrkorna finns även att man påtalar behovet av hög tillgänglighet till behandling, och framhåller patienters delaktighet som en viktig framgångsfaktor.

Diskussionen av psykiatrisk samsjuklighet och behovet av samtidig behandling av denna hör till de viktiga, och det gör även rekommendationen att systematiskt screena för våldsutsatthet och PTSD. Många andra styrkor finns, och greppet är brett, integrativt och uttalat evidensbaserat.

En övergripande svaghet för att dokumentet ska bli kliniskt användbart är att det ofta rör sig på en abstrakt och organisatorisk nivå. Det skulle bli mer kliniskt relevant om man även tog upp vardagliga, patientnära problem. Dessa handlar t.ex. om betydelsen av terapeutisk dosering, och hur skilda farmakologiska egenskaper hos buprenorfin respektive metadon behöver leda till olika strategier både för induktion och dosering för att uppnå samma risk/nytta balans. Kunskapsstödet ger inte heller någon vägledning i hur man gör i de fallen:

- När behandlingen inte har avsedd effekt.
- När patienten har täta opioidåterfall trots behandling.
- När en patient använder narkotikaklassade substanser, säljer eller injicerar sitt läkemedel.

Sydöstra efterlyser ett förtydligande i kunskapsstödet för att stötta läkaren till att göra en individuell bedömning.

Kunskapsstödet nuvarande disposition av text innehåller såväl organisatoriska aspekter som konkreta beskrivningar kopplat till direkta patientinsatser. Ett förslag för att tydliggöra detta är att bryta ut det som har med organisation och övergripande samverkansformer att göra, samla det i en del och samla kunskapsstöd avseende direkta patientinsatser i en annan.

För att uppnå samma syfte vore det en fördel om de olika kunskapskällor som refereras till i texten angavs som numrerade referenser på samma sätt som övriga publikationer. De frekvent upprepade skrivningarna att "Enligt de amerikanska riktlinjerna ..." och liknande är överflödiga, och bryter läsflödet på ett sätt som sannolikt riskerar bidra till att många kliniker lägger texten ifrån sig. Det vore synd om detta värdefulla dokument blev en hyllvärmare av formskäl som så lätt kan åtgärdas.

Det är bra att man trycker på sådant som patientmedverkan, "Shared decision making", och att man breddar/förtydligar uppdraget till att involvera patientens nätverk i behandling och vårdplanering. Eventuellt skulle skrivelsen vinna på att bli tydligare med vad som är basalt vårdinnehåll och oundgängligt och vad man kan bygga på med när detta är uppfyllt. Det är oerhört bra och viktigt att man lyfter fram delaktighet som en framgångsfaktor. Det vore på sin plats att i det sammanhanget introducera läsaren till ett av socialpsykologins viktigaste begrepp, "self-efficacy", som fångar mycket av vad det handlar om, och empiriskt relaterats till minskad återfallsrisk.

Det är ett ambitiöst material som är omfattande med mycket text. Det är svårt att få en tydlig överblick. Ett medskick är att en kortversion/checklista kan underlätta.

Syftet med kunskapsstödet

Det övergripande syfte för dokumentet som anges är mycket viktigt. För att det ska kunna uppnås behöver kunskapsunderlaget blir mer konkret vad gäller specifika aspekter av klinisk handläggning, såsom; dosering, induktionsprocedurer, nytta/risk värdering av behandlingen, och säker hantering av återfall och sidomissbruk utan att behandling behöver avslutas.

Målen för LARO

De angivna målen för LARO (på sidan 13) är alla viktiga och bra. Emellertid saknas det mål som i all rimlig medicinsk prioritering är överordnat de som är angivna, nämligen att patienten överlever; och därefter att patienten undgår svåra somatiska komplikationer. Vid opioidberoende, där dödligheten är mycket hög, och där endokarditer, hepatit och HIV ingår bland komplikationerna, får det perspektivet inte falla bort. Att en medvetenhet om dessa överordnade behandlingsmål finns är nödvändig t.ex. för att behandlare ska kunna göra en korrekt nytta/risk värdering vid ställningstagande till om behandling skall initieras, eller om den kan fortsätta trots återfall/sidomissbruk.

Samsjuklighet

På sidan 17 beskrivs den höga förekomsten av psykiatrisk samsjuklighet hos gruppen opioidberoende patienter. Detta tycker sydöstra är oerhört viktigt och bra. Vikten av att beroendet och psykiatriska samsjukligheten ska behandlas samtidigt och implikationerna av detta för hur vården kan organiseras bör diskuteras. I annat fall är risken stor att alla bejakar den goda intentionen, men patienterna fortsätter att skickas fram och tillbaka mellan psykiatri och beroendevård.

LARO-preparat

Vad gäller preparatval nämns metadon, buprenorfin och naloxon. Numer finns ju även långtidsverkande preparat. Sydöstra saknar hur aktuellt kunskapsläge ut kring dessa och ifall det finns rekommendationer. Sydöstra efterfrågar mer information kring dos av respektive preparat då det inte sällan uppstår diskussioner i patientmötena kring detta, samt i kombination med övrig medicinering;

- Finns det någon maxdosering av metadon och vad ska man tänka på gällande detta?
- Beträffande bruk av övriga läkemedel gäller det inte bara centralstimulerande utan även preparat som pregabalin, gabapentin och bensodiazepiner. Hur ska man förhålla sig till detta?
- Kan kunskapsstödet bli lite mer konkret kring vad som ska räknas som "för hög" alkoholkonsumtion?

Patienter med blandberoende

På sidan 19 beskrivs om patienter med blandberoende. Problemet med blandberoende och de risker som är associerade med ett sådant är viktigt, men nuvarande skrivning är till intet förpliktigande. Det torde vara känt för alla behandlare att detta är "en utmanande grupp" (rent språkligt är det för övrigt inte "gruppen" som är utmanande, utan behandlingen av den; med tanke på stigmat av beroendesjukdomar behöver man vara noga med språket här). Det som saknas, och krävs för att vägleda behandlare är att tydligt slå fast följande:

All rationell läkemedelsbehandling baseras på en vägning av nytta mot risk. I det perspektivet innebär det att behandlingsval för den aktuella gruppen måste väga riskerna av blandberoende mot den höga dödlighetsrisken av obehandlat opioidberoende. I dagsläget saknas den medvetenheten. Som följd avstår man ofta från att behandla för att undvika riskerna av blandberoendet, och på så sätt exponerar patienten för den högre risken av obehandlad sjukdom.

Barnabstinens

På sidan 19 står ett stycke om barnabstinens och att denna kan inträffa cirka en till två dygn efter födseln. Sydöstra skulle vilja lägga till att barnabstinens kan många gånger ske senare än en till två dygn efter födseln, både för buprenorfin och metadonbehandlade mödrars barn. Detta beror på att barnets lever och njurar ger längre halveringstid än när barnet hunnit upp i ålder. Därför är det viktigt med förlängd vistelse på neonatalavdelning för barn till mödrar under LARO-behandling. Särskilt om de även intagit bensodiazepiner och/eller alkohol.

Den skrivning som avser "Omnämmandet av amning som ett sätt att förhindra uppkomsten av abstinens hos barnet" bedömer vi vara spekulativt då det i närmaste är en farmakokinetisk omöjlighet om man räknar på plasmakoncentrationer (vilka helt ekvibreras med modersmjölk) och de mängder som därmed kan tillföras barnet. Sydöstra föreslår att stycket tas bort.

Patienter som är frihetsberövade

Skrivningen om LARO hos personer som frihetsberövas (på sidan 20) är en bra början, men otillräcklig i ljuset av tillgänglig evidens. Forskning från bl.a. Storbritannien och Australien visar att alternativet, d.v.s. abstinensbehandling, leder till en kraftig överdödlighet i samband med frigivning. Mot bakgrund av det kunskapsläget måste fortsatt behandling rimligen vara normalalternativet, och det är en vägledning som behöver slås fast i ett kunskapsunderlag. Dokumentet fastslår att Statens institutionsstyrelse, SiS, inte har ett ansvar för att tillhandahålla LARO, vilket är korrekt. Däremot måste SiS rimligen ha ansvar för att patienter med pågående LARO inte tvingas avbryta behandling som av förskrivaren och patienten fortsatt anses indicerad, bara därför att patienten blir omhändertagen enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Återigen handlar detta om att inte utsätta patienter för en väl belagd mortalitetsrisk i samband med utskrivning, vilket vore oförsvarligt. Detta är något som inte sällan inträffar i dagsläget.

Vägar in till bedömning och behandling

Det är alltför snävt att bedömningsfasen bara skulle omfatta de två uppräknade frågeställningarna på sidan 24; det vill säga 1: tillgänglighet och 2: om opioidberoende förelegat i minst ett år. Frågan här är den bredare, om LARO är indicerat. Att ett opioidberoende förelegat i ett år är i normalfallet ett nödvändigt, men inte ett tillräckligt krav. Det finns patienter där det kravet är uppfyllt, men där agonistbehandling av olika skäl inte är indicerad. Å andra sidan finns enstaka fall där beroende inte förelegat i ett år, men där patientens liv direkt står på spel, t.ex. vid multipla överdoser, där behandling är indicerad. Föreskrifterna ger utrymme för ett sådant avsteg från kravet på ett år. Samma sak gäller det faktum som nämns i löpande text, d.v.s. krav på 20 års ålder. Dessa överväganden behöver diskuteras.

Utredningsfas

På sidan 26 beskrivs utredningsfasen. Denna bedömning av samtidigt bruk och beroende av andra medel ett oerhört viktigt övervägande, inte minst mot bakgrund av att en stor andel - sannolikt majoriteten - av patienter som idag är aktuella för LARO även brukar, och inte sällan är beroende av andra medel. Sådant bruk anförs i många verksamheter som ett hinder för att inleda LARO, och står därmed i vägen för den goda tillgängligheten som Socialstyrelsen i övrigt klokt nog förespråkar. Här kan kunskapsunderlaget fylla ett viktigt syfte. Det bör tydligt uttala att det handlar om att väga riskerna med behandling i en sådan situation mot de mycket höga riskerna med obehandlat opioidberoende. Det bör vidare framhålla att den första delen i denna riskvärdering ter sig mycket olika beroende om det är metadon eller buprenorfin-behandling som är aktuell.

Bedöma beroende

På sidan 27 och 28 beskrivs hur man bedömer beroende inför beslut om LARO. Vi vill framföra att risken för andningsdepression vid samtidigt intag av bensodiazepiner är helt olika beroende på om patienten står på metadon eller buprenorfin.¹

Det är bra att kardiella interaktionsrisker tas upp, men skrivningen behöver fördjupas något. Nu nämns citalopram/escitalopram specifikt som enda depressionsläkemedel. Bland antidepressiva är det dock främst tricykliska som medför kardiell risk (QTc förlängning), medan SSRI generellt anses säkra. Det är sedan korrekt att citalopram utgör ett specialfall bland SSRI, men om texten bara anger det den gör nu kan en oinitierad person lätt tro att det är hela gruppen det handlar om. Detta behöver alltså preciseras. Det är viktigt att påtala behovet av en enkel kontrollrutin. Före insättning ska en anamnes på hjärtsjukdom tas, och elektrolyter ska kontrolleras. EKG ska vidare tas, bör vara <450ms, och bör kontrolleras om när metadondosen är på målnivå.

¹ Lintzeris N, Nielsen S. 2010. Benzodiazepines, methadone and buprenorphine: interactions and clinical management. *Am J Addict* 19: 59-72

Inledande behandlingsfas

På sidan 34 beskrivs den inledande behandlingsfasen. Utdelning av läkemedel som häver opioidöverdos ingår rimligen redan i den inledande behandlingsfasen (om inte redan under bedömningsfasen). Av oklar anledning dyker denna viktiga punkt (där Socialstyrelsen varit föredömligt pådrivande) inte upp förrän under stabiliserad fas. Flertalet överdosdödsfall inträffar under inställning (och efter avslutad behandling)

Övervakat läkemedelsintag

På sidan 35 beskrivs om övervakade läkemedelsintag. En erfarenhet inom beroendeverksamhet är att dessa patienter ofta är mycket rörliga. Inte minst genom olika placeringar via kommunens försorg, men även inom kriminalvården. Sydöstra tycker att det i en sådan här skrift bör finnas ett förtydligande i vem som har behandlingsansvaret gällande behandlingsstart och ordinationer. Det förekommer att patienter som vistas på annan ort erhåller ordinationer som inte överensstämmer med "hemlandstingets" bedömningar. Likaså bör man som "gästande landsting" efterhöra med hemlandstinget gällande påbörjande av LARO, för senare övertag, då det rör sig om mycket långvariga behandlingar. Det förekommer också mycket diskussioner om hur man förhåller sig till patienter som insatts på LARO på annan ort och som återkommer till hemorten där vederbörande inte är känd. Kunskapsstödet borde adressera dessa frågor om vårdkedja och kontinuitet och erbjuda stöd till kliniker för att kunna göra individualiserade bedömningar.

Statens institutionsstyrelses roll vid LARO. Patienter som vårdas enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, under lång tid och i slutenvård, skulle kunna delta mer aktivt kring initierandet av LARO, även gällande kontrollerande av blodsmitta och andra somatiska följsjukdomar.

När det gäller övervakat intag (på sidan 35) bör man påtala att detta främst syftar till att undvika läckage. Forskning visar att resultatet för den enskilde inte är bättre med övervakat intag än vid självadministrerat sådan. ² Berusad tolkas av de flesta som påverkad av alkohol. Kunskapsstödet behöver förtydliga att det handlar om påverkan av alkohol eller andra droger.

Läkemedelsadministration eller utdelning till patienter som ter sig påverkade är en vanlig praktisk utmaning där behandlare skulle ha nytta av vägledning. Sydöstra skulle önska att denna frågeställning fördjupas ytterligare. Det är angeläget att tydliggöra följande:

- Den risk behandlaren framförallt hanterar handlar inte om "överdosering" i en generell mening, utan specifikt om andningsdepression.
- Det blir därmed viktigt att förmedla kunskap om hur fundamentalt denna risk skiljer sig beroende på om behandlingen bedrivs med metadon respektive buprenorfin.

² Bell J et al. *Addiction*. 2007; 102(12):1899–1907

- Vidare är det viktigt att förmedla enkla rutiner för att upprätthålla säkerheten utan att behöva göra avbrott i behandlingen. En enkel sådan är att administrera läkemedel i delade doser under det att patienten monitoreras, enklast med en enkel pulsoximeter (och annars med andningsfrekvenskontroller)

Läkemedel inom ramen för LARO

På sidan 36 står beskrivet om Suboxone (naloxon+buprenorfin). Sydöstrs skulle vilja föra fram att det är bara personer som inte intar Suboxone regelbundet som upplever reducerad "kick" om de tar Suboxone intravenöst i stället för ren buprenorfin. För patienter med daglig administrering påverkar det inte effekten vid intravenös respektive per oral användning. Buprenorfin har högre affinitet till de opioida my-receptorerna än naloxon. Beträffande metadonbiverkningar på hjärtats retledningssystem borde riktlinjerna föreskriva obligatorisk EKG-undersökning före insättande av metadon, samt uppföljning vid höga metadondoser (>90 mg). QTc-tiden är det som ska kollas och jämföras.

Även användningen av drogscreening behandlas alltför summariskt. Detta är en kontroversiell fråga, där Sveriges bruk av drogscreening internationellt är en outlier som väcker en hel del reaktioner. Drogscreening kan vara mycket användbar i behandlingen, om den används som ett (av flera) resultatmått som man följer upp för att tillsammans med patienten utforma behandlingen, och t.ex. ta ställning till när denna håller på att svikta och behöver intensifieras. Drogscreening kan samtidigt vara extremt destruktiv, om den används som underlag för att utesluta patienter hos vilka behandlingen sviktar. Ett sådant användningssätt torde stå i direkt konflikt med kunskapsunderlagets uttalade betoning av patientens delaktighet. Båda dessa användningssätt förekommer, vilket bidrar starkt ojämlik vård, något som kunskapsunderlaget har som mål hjälpa till att eliminera. Ska det målet kunna uppnås kan man inte undvika denna svåra diskussion i dokumentet.

Vid genomgången av skillnader mellan metadon och buprenorfin behöver man tillägga att blockad av effekter från heroin sker genom olika mekanismer. För metadon handlar om sk. "narcotic blockade" som avspeglar toleransutveckling, och effekten är därför ofullständig. Det är inte ovanligt att brukare "top up" metadon med heroin. För buprenorfin handlar det istället om en (relativ) receptorantagonism. En sådan kan vara fullständig, men endast om dosen och därmed receptorockupansen är tillräcklig. Denna skillnad blir än viktigare när det gäller läkemedlens förmåga att blockera andningsdepression av andra opioider, där alltså metadon är en risk, medan (adekvat doserat) buprenorfin är en skyddsfaktor.

Opioider utövar långtidseffekter på kroppens endokrina system, såväl vid instabil beroendesjukdom som vid stabil läkemedelsassisterad behandling. Vid ordination av dessa potenta läkemedel borde även andra biverkningar än andningsdepression lyftas i kunskapsstödet. Det är t ex. välkänt att patienterna kan få biverkningar i form av hypogonadism med följder som sexuell

dysfunktion/nedsatt libido, nedsatt livskvalitet samt risk för osteoporos. Det finns inga strikta riktlinjer kring behandling av hypogonadism, men det vore en styrka om man i kunskapsstödet gav riktlinjer kring att det bör uppmärksammas i t.ex. form av screening av symtom samt peka på möjligheten att remittera/ samarbeta tillsammans med endokrinologen.

Psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser inom ramen för LARO

Framställningen av psykologiska behandlingsmetoder skulle tjäna på att framhålla att MI principer (motiverande samtal) utgör en grund som genomgående bör användas oavsett andra insatser. Uppräkningen av rekommenderade mera specifika metoder bör sedan följa. När man refererar till "förstärkningsmetod" får man anta att man avser "kontingensförstärkning", en metod som har något av det starkaste evidensstödet i sammanhanget. Det behöver preciseras att det är vad det handlar om.³ Det är tills sist oklart vad man baserar inklusionen av psykodynamisk terapi på i sammanhanget. Ifall det finns evidensstöd för att en sådan har specifika effekter vid opioidberoende behöver man ge referenser.

Avsluta läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

På sidan 47 beskrivs hur LARO ska avslutas. Innan man tar upp att "ett övergripande mål för en del patienter" kan vara att avsluta LARO bör man fastslå att behandlingen ofta behöver vara mångårig eller livslång; och att forskningen visar att stabila förändringar i beteende och social situation sällan uppnås förrän behandling varat i ca två år. Här behöver man också till det som borde vara självklart, men tyvärr ofta inte är det: Ett av värden med den typ av uppföljning som rekommenderas är att symtom på försämring - t.ex. återkomst av starkt sug (craving) kan uppmärksammas innan återfall inträffat, och leda till en diskussion om behandlingen behöver återinsättas.

Läkemedelsregistret och patientregistret för uppföljning

På sidan 51 borde man börja med att rekommendera att beredning och dos registreras i Svenska beroenderegistret, SBR. Det är närmast obegripligt att ett kvalitetsregister för en behandling inte registrerar behandlingen som sådan annat än att den ges.

Bedöma hälsotillstånd inför beslut om LARO

Sydöstra tycker att man på ett ambitiöst sätt fått med många aspekter på hälsa gällande denna patientgrupp (sidan 28), men vi saknar riktlinjer till hur man ska hantera blodsmitta, närmare bestämt Hepatit C. En majoritet av patienter som ingår i LARO har också en Hepatit C-smitta. Behandlingen gällande Hepatit C har på senare tid utvecklats, och rör sig nu om en per oral

³ Prendergast M, Podus D, Finney J, Greenwell L, Roll J. 2006. Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction* 101: 1546-60

behandling under avgränsad tid med mycket lite biverkningar, men med stora hälsovinster. Infektionsläkare nationellt har som ambition att kunna utrota denna smitta. Det som talar emot är att den stora gruppen med beroende eller före detta beroende är svårtillgängliga för behandling med nedsatt compliance. I samband med LARO har sjukvården en unik chans att kunna erbjuda denna behandling då patienterna under lång tid har daglig kontakt med mottagningen.

Samverkan

Det talas mycket i skriften om samverkan och vikten av denna vilket Sydöstra samtycker till. Erfarenheten i praktiken är att det brister på många håll i landet. En stor del i detta är sannolikt den ”delade vårdnaden” som Hälso- och sjukvården samt Socialtjänsten har. Det är en utmaning i att få till bra samverkan tillika mäta och följa vad god samverkan innebär. Sydöstra vill trycka på vikten att det i de regionala och lokala överenskommelserna förtydligas kring det delade ansvaret mellan kommun och region.

Systematisk uppföljning och utvärdering

På sidan 48 beskrivs systematisk uppföljning och utvärdering. Vi skulle vilja lyfta fram att det är förvånande att en så pass omfattande, kostsam och intensiv behandling inte omgärdas av ett tydligare uttalat verktyg för egenkontroll och utvärdering i verksamheterna. Både vårdgivare och staten borde på ett tydligare sätt efterfråga resultat av verksamheten. Inom LARO borde det vara relativt lätt att ta del av sådan utvärdering till exempel genom ASI och ASI uppföljning som ger en helhetsbild gällande patienters funktionsnivå. En tydligare nationell ansats kring att komma överens om utvärderingsinstrument som följs upp nationellt vore önskvärt för både vårdtagare och vårdgivare.

Exklusionskriterier

En annan fundering som vi vill skicka med är varför man inte tagit tillfället i akt och diskuterat exklusionskriterier? I kunskapsstödet tas endast frivillig exklusion upp. Detta får tolkas såsom att man idag i princip inte exkluderar patienter ur behandling ofrivilligt. Det är uppenbart att man arbetar olika kring detta på olika orter i Sverige. Kunskapsstödet borde ge riktlinjer kring detta, eller problematisera, för att ge stöd åt att patienter kvarstannar i behandling trots att de exempelvis bryter mot överenskommelser som tidigare resulterade i uteslutning på ofrivillig bas.

Konsekvensbeskrivning

Ifall behandling ska ske enligt kunskapsstödet kommer detta generera ökade kostnader för läkemedel som används i behandling av beroende (t.ex. nya beredningar av läkemedel) och dess somatiska konsekvenser (t.ex. Hepatit C). T.ex. genom att skapa ett väl upparbetat samarbete med

landets infektionskliniker skulle man kunna nå patienter som under lång tid som har daglig kontakt med mottagningen för LARO-behandling och förbättra möjlighet till hepatit C behandling. I takt med att tillgängligheten och patientgruppen ökar kommer detta att leda på kort sikt till ökade kostnader. Det är viktigt att denna kostnadsökning adresseras på organisationsnivå, så att inte kortsiktiga besparingskrav blir ett hinder för livräddande insatser på längre sikt. Den stora gruppen med beroende eller före detta beroende är svårtillgängliga för behandling med nedsatt compliance. Genom att skapa ett väl upparbetat samarbete med landets infektionskliniker skulle man kunna nå patienter som under lång tid som har daglig kontakt med mottagningen för LARO-behandling.

Framtida utmaningar

Hälso-och sjukvården och socialtjänsten har ett delat ansvar kring personer inskrivna i LARO-behandling. Det har enligt lag fastställts att kommuner och landsting/region ska samverka gällande personer med beroende. Sydöstra föreslår att förslag på hur detta ska följas upp tas fram. Exempelvis indikatorer eller annan typ av uppföljningsparametrar.

Sydöstra vill åter trycka på vikten att det i de regionala och lokala överenskommelserna förtydligas kring det delade ansvaret mellan kommun och region.

Övriga synpunkter

Sydöstra sjukvårdsregionen vill göra ett generellt medskick till Socialstyrelsen gällande den snäva remisstiden över sommaren. Vi har fått till en hög medverkan i arbetsgruppen RMPO psykisk hälsa samt fått stöd av sakkunniga från sydöstra sjukvårdsregionen. Kraven på prioritering av denna handläggning har påverkat verksamheternas redan hårt ansatta tillvaro.

2019-09-04

Sydöstra sjukvårdsregionens Regionala medicinska programområde Psykisk hälsa

Ordförande Ulf Grahnat Region Jönköpings län

Sekreterare och kontaktperson Maria Minich Karlsson, Region Kalmar län

Övriga [ledamöter](#)

Sakkunniga:

Peter Tudén – Vårdenhetschef Beroendemottagningen/BoP-teamet/TNE, Region Jönköpings län

Charlotta Brunner – Överläkare, Chefläkare, psykiatriförvaltningen, Region Kalmar län.

Markus Heilig, Psykiater/Överläkare psykiatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping samt professor vid Linköpings universitet.