

Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet

Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-4-26

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2017

Förord

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att i samverkan med Folkhälsomyndigheten föreslå en åtgärdsplan för ett nationellt utvecklingsarbete i syfte att motverka den narkotikarelaterade dödligheten. I åtgärdsplanen tydliggörs aktiviteter och som behöver genomföras och olika aktörers roll i arbetet. De föreslagna aktiviteterna omfattar perioden 2017–2020.

Åtgärdsplanen har sammanställts av Annica Bergendal, Bengt Danielsson, Daniel Svensson, Jesper Hörnblad, Astrid Lindstrand, Gunnel Hedman Wallin, Hanna Jarvad, Anders Alexandersson, Maria Åberg Sjölin, Emma Lund och Charlotta Rehnman Wigstad, den senare som projektledare. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef. Mimmi Eriksson Tinghög från Folkhälsomyndigheten har deltagit i arbetet. Socialstyrelsen har genomfört uppdraget i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse, Polismyndigheten, Tullverket, Läke- medelsverket, Rättsmedicinalverket och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Vi vill rikta ett stort tack till alla som har bidragit i arbetet, myndigheter, organisationer, Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor, forskare samt företrädare för professionen.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	9
En samlad ANDT-strategi.....	14
Uppdragets genomförande.....	18
Omfattning och avgränsningar.....	18
Metod och genomförande.....	18
Förslag på åtgärder	21
1. Varningssystem och riktad information.....	21
2. Utbildning, information och kunskapsstöd	23
3. Naloxon och möjligheter till hantering och behandling vid överdosering av opioider.....	27
Bakgrund	27
Sammanfattning av regelverken med bedömning	27
Reglerade områden	28
Vetenskaplig bakgrund för behandling med naloxon	28
Nuläge avseende marknadsgodkännande i Sverige.....	29
Hälsa- och sjukvårdens regler	30
Slutsats.....	31
4. Systematiserat kunskapsutbyte och samordning mellan myndigheter och professioner och civila samhället.....	31
5. Stärkt arbete med att bekämpa narkotikahandeln	32
6. Forskning/analys/uppföljning	35
Uppföljning och utvärdering	42
Referenser	43
Bilaga 1. Översiktlig sammanställning av föreslagna åtgärder	45
Bilaga 2. Konsekvensanalys av utbildning i hjärt- och lungräddning (HLR)	47
Bilaga 3. Konsekvensanalys av införandet av naloxonprogram.....	48
Sammanfattning	48
Kostnadsmässiga konsekvenser.....	49
Beräkningar.....	50
Andra konsekvenser än ekonomiska.....	52

Sammanfattning

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att i samverkan med Folkhälsomyndigheten föreslå en åtgärdsplan för ett nationellt utvecklingsarbete i syfte att motverka den narkotikarelaterade dödligheten (dnr S20196/05446/FS). Åtgärdsplanen ska tydliggöra vilka aktiviteter som behöver genomföras och olika aktörers roll i arbetet. Uppdraget ingår som en del för att uppnå mål 5 i regeringens ANDT-strategi 2016–2020.

Med utgångspunkt i den kunskap som har genererats i Socialstyrelsens uppdrag att analysera 2014 års dödsfall och utveckling av den officiella statistiken, har detta uppdrag fokuserat på narkotikarelaterade dödsfall orsakade av oavsiktlig förgiftning (olycksfallsförgiftning inklusive överdos) och suicid genom förgiftning med narkotikaklassade substanser. Uppdraget har fokuserat på narkotikaklassade läkemedel, illegal narkotika samt nya psykoaktiva substanser (NPS). Syftet med arbetet har varit att ge förslag på åtgärder för att motverka narkotikarelaterad dödlighet med fokus på insatser för att förhindra att personer i riskzon dör i ett narkotikarelaterat dödsfall enligt definitionen ovan. Åtgärdsplanen omfattar legalt och illegalt användande av narkotiska preparat och läkemedel. De föreslagna aktiviteterna omfattar perioden 2017–2020.

Världshälsoorganisationen (WHO) har utformat riktlinjer för förstahjälpen insatser vid drogöverdos genom användning av läkemedlet naloxon vilket kan motverka andningsstopp vid överdos av opioider. Möjligheten att införa WHO:s rekommendation i Sverige har utretts inom ramen för uppdraget.

Den narkotikarelaterade dödligheten är ett komplext problem. Åtgärdsplanen omfattar sammanlagt 18 insatser som påverkar flera nivåer och som berör flera aktörer. Åtgärder har tagits fram i dialog med de åtta samrådande myndigheterna och organisationerna och i dialog med Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor, forskare och företrädare för professionen. Syftet med åtgärdsplanen är att den ska utgöra ett underlag för regeringen att överväga eventuella satsningar för att minska den narkotikarelaterade dödligheten.

I åtgärdsplanen föreslås bland annat:

- Bättre tillgång till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende genom fortsatt kunskapsutveckling.
- Utbildning och information till personer som brukar narkotika och närstående, för att stärka deras förmåga att undvika och hantera riskfyllda situationer.
- Att överdosmotgiftet naloxon tillgängliggörs för personer som brukar opioider, närstående och personal inom polisen och socialtjänsten.
- Ett varningssystem med målgruppsanpassad information till personer som brukar narkotika.
- En förstudie om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens förutsättningar att möta behoven hos gruppen unga med drogproblem.

- Ökad kunskap om och uppföljning av narkotikarelaterade självmord.
- Att arbetet med att bekämpa narkotikahandeln stärks.

Bakgrund

Narkotikarelaterade dödsfall

De narkotikarelaterade dödsfall som redovisats i den officiella statistiken har ökat under de senaste tio åren. I Socialstyrelsens rapport Narkotikarelaterade dödsfall – En analys av 2014 års dödsfall och utveckling av den officiella statistiken konstateras att:

- Opioider är de vanligast förekommande substanserna bland dödsfallen.
- Dödsfallen bland män sker främst i yngre åldrar (medianålder 37 år), i överdoser med illegala substanser. Olycksfallsförgiftningar (överdoser) med illegala substanser och opioider som buprenorfin och metadon dominerar. Merparten av dessa läkemedel kommer sannolikt från andra källor än genom förskrivning i nära anslutning till dödsfallet. Bland männen är det även vanligt att tidigare ha vårdats för sitt missbruk.
- Suicid eller skadehändelser med oklar avsikt är de vanligaste dödsorsakerna bland medelålders kvinnor (medianålder 48 år), ofta med receptförskrivna opioider som tramadol, oxikodon och morfin, varav en stor andel hämtats ut på apotek. Vårdhistoriken för kvinnor innefattar i högre grad psykisk ohälsa, speciellt depression.
- Det är mycket vanligt med flera påvisade substanser bland de avlidna. Den vanligaste kombinationen är opioider och bensodiazepiner.
- En oroande iakttagelse gäller det ökande antalet dödsfall kopplade till nya psykoaktiva substanser, som kan inhandlas via nätet.
- Socialstyrelsens statistik över narkotikarelaterade dödsfall är och har varit mycket översiktlig.
- Socialstyrelsens samlade bedömning är att en reell ökning i narkotikarelaterad död de senaste åren inte kan uteslutas, men att ökning delvis kan förklaras av metodförändringar.
- Socialstyrelsen bedömer att det mått på narkotikarelaterad död som används i dag bör ersättas av en mer detaljerad redovisning av dödsfallen i den officiella statistiken.
- Som ett komplement till den officiella statistiken avser Socialstyrelsen att utöka dödsorsaksregistret med substanser av betydelse för dödsfallet.

I rapporten Drug-related deaths in Sweden – Estimation of trends, effects of changes in recording practices and studies of drugs patterns [1] redovisas att det skett en faktisk ökning av antalet dödsfall med narkotikaförekomst och även, högst sannolikt, även i antalet narkotikarelaterade dödsfall under perioden 2008–2014. I rapporten konstateras även att tidigare redovisade ökningstrender har varit överskattade och att orsaken till detta är metodförbättringar som lett till att fler dödsfall med narkotikaförekomst har identifierats.

Narkotikarelaterad dödlighet – ett multifaktoriellt problem

Med utgångspunkt i Socialstyrelsens rapport om narkotikarelaterade dödsfall kan konstateras att dödsfallen sammantaget kan betraktas som mycket heterogena. Dödsfallen är spridda över alla åldrar, de innefattar olycksfallsförgiftningar, skadehändelser med oklar avsikt och suicidförgiftningar med läkemedel och andra droger, samt konsekvenser av ett tidigare missbruk. Det handlar dessutom om ett stort antal substanser, allt från förskrivningsbara läkemedel till droger helt utan medicinsk användning. Det är även mycket vanligt med kombinationer. Det finns samtidigt vissa mönster, t.ex. är det vanligare med överdoser bland yngre män, på samma sätt som det är vanligare med suicid bland medelålders kvinnor [2].

En viktig drivande faktor är psykisk sjukdom. Bortsett från att missbruk och beroende i sig definitionsmässigt faller inom kategorin psykiska sjukdomar, visar Socialstyrelsens undersökning att tidigare diagnoser som indikerar psykisk ohälsa är vanligt bland de avlidna. Bilden förstärks av att 12 procent av dödsfallen var bekräftade suicid, samt att en okänd andel bland de 23 procent där avsikten bedömts som oklar, i själva verket är suicid [2].

En faktor som också kan ha betydelse när det gäller antalet narkotikarelaterade dödsfall är utvecklingen av det problematiska narkotikabruket¹. Att över tid beskriva problematiskt bruk är inte enkelt, då de undersökningar som gjorts är sporadiska och metodologiskt svårjämförbara [3]. Tillgången till olika substanser är av stor betydelse. Ännu viktigare är dock kanske möjligheterna för köpare och säljare att komma i kontakt med varandra, liksom kapaciteten att informera potentiella kunder. Det råder ingen tvekan om att internet haft stor betydelse på detta område, liksom för narkotikahandel generellt [4].

Drogmarknaden kan beskrivas som en väv av olika kanaler och tillvägagångssätt, och det är knappast lönt att i beskrivande syfte försöka dela upp innehållet i illegal införsel av icke tillåtna preparat å ena sidan, och legitim förskrivning av narkotikaklassade läkemedel, å den andra. I praktiken handlar det snarare om ett kontinuum från en helt illegal transaktion till ordinär förskrivning av läkemedel.

Bilden blir inte komplett utan att nämna strukturella faktorerers betydelse; fattigdom, social exkludering, utbildningssystemets egenskaper, trösklar in på arbetsmarknaden, tillgången på adekvat vård, samhällets attityder etc.

Det är i ljuset av allt ovan som åtgärder för att minska den narkotikarelaterade dödligheten ska ses. Det kan handla om konkreta åtgärder i det korta perspektivet, men också om strukturåtgärder som på sikt kan antas ha betydelse för utvecklingen. Det finns inte en enskild åtgärd som ensam kan förväntas ha någon avgörande betydelse för hur den narkotikarelaterade dödligheten kommer att utvecklas framöver.

¹ Definitionen av problematisk narkotikaanvändning är att en person skrivs ut från den slutna hälso- och sjukvården med en narkotikadiagnos, eller att personen klassats som grav narkotikaanvändare inom kriminalvården. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livs villkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spelands/narkotika-och-halsofarliga-varor/utvecklingen-av-bruket/skattning-av-problematiskt-narkotikabruk/>

Ett helhetsperspektiv utifrån den enskilda individens livssituation är därför en viktig utgångspunkt vilket kräver ett väl fungerande samarbete mellan olika aktörer. Ansvar för den svenska missbruks- och beroendevården delas i huvudsak mellan tre huvudmän: kommunerna (socialtjänsten), landstingen (hälso- och sjukvård) och staten (Statens Institutionsstyrelse och Kriminalvården). Därutöver finns även privata aktörer (t.ex. bolag och organisationer inom den idéburna sektorn) som utför vård och behandlingsinsatser på uppdrag av någon av de ovan angivna huvudmännen, men även som aktör för de som betalar vården på annat sätt än med offentliga medel (t.ex. direkt av enskilda och via arbetsgivare). Hur vården och behandlingen är organiserad varierar över landet, vilket innebär att medborgarnas tillgång till vård- och behandlingsinsatser skiljer sig åt [5].

För att motverka den narkotikarelaterade dödligheten krävs således insatser på flera nivåer i samhället som involverar såväl huvudmän, berörda myndigheter och det civila samhället. Insatser behöver utvecklas för att tidigt fånga upp personer i riskzon för att kunna motivera och erbjuda attraktiva och lättillgängliga stöd- och behandlingsinsatser. Exempel på sådana insatser kan vara sprututbytesmottagningar och andra lågtröskelverksamheter. Det kan även handla om att stärka tillgången till insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453) som öppna insatser, frivillig institutionsvård och boende.

Läkemedelsmissbruk

Det finns en stor medicinskt motiverad användning av narkotiska läkemedel för behandling av exempelvis sömnstörningar, oro eller kraftig smärta. Under 2016 hämtade över 1,4 miljoner personer i Sverige ut recept på opioider eller bensodiazepiner. Risken att utveckla ett läkemedelsberoende är liten så länge läkemedlet används i rekommenderade doser och under en begränsad tid. Behandlande läkare har ansvar för att i varje enskilt fall, baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet, göra en bedömning av patientens behov så att denne får ändamålsenlig behandling. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ordination och hantering av läkemedel (HSLF-FS 2017: xx) ska den som ordinerar ett läkemedel säkerställa att ordinationen är lämplig för patienten samt redan vid insättningen planera för uppföljning eller avslut av behandlingen.

Arbetet med en transparent läkemedelslista har pågått under flera år och resulterade i slutet av 2016 i en departementspromemoria som innehåller ett lagförslag om en nationell läkemedelslista (Ds 2016:44). Det övergripande syftet är att patienten och de yrkesutövare som ordinerar och hanterar läkemedel ska få tillgång till uppgifter om alla läkemedel som patienten förskrivits och hämtat ut. Målsättningen är att informationen om patientens läkemedelsbehandling ska vara densamma oavsett var patienten söker vård, oavsett apotek samt oavsett distributionsform av läkemedel.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har konstaterat att patienter som i kontakt med vården utvecklar ett beroende av narkotiska läkemedel eller blir förskrivna dessa läkemedel utan medicinska grunder utgör ett patientsäkerhetsproblem. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten

uppmärksamma personer med läkemedelsmissbruk och erbjuda olika former av behandling.

Oegentlig förskrivning av narkotiska läkemedel och manipulering av recept förekommer i hälso- och sjukvården, men omfattningen är okänd. Ofta kopplas de till användning av pappersrecept. Läkemedelsverket och Socialstyrelsen har under 2016 fått i uppdrag att lämna förslag på de författningsändringar som krävs för att införa elektronisk förskrivning som huvudregel för samtliga läkemedel som hämtas ut på apotek samt definiera i vilka fall det ska vara tillåtet med pappers, telefon- eller telefaxrecept. Uppdraget ska avrapporteras den 15 december 2017. E-hälsomyndigheten har samtidigt fått i uppdrag av regeringen att automatisera och digitalisera kontrollen av individuella förskrivbarheter.

Apotekspersonalen har sedan 2011 en anmälningsskyldighet till IVO ifall de, på skäligen grunder, misstänker att en förskrivning står i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet. Under 2015 genomförde IVO tillsyn av apoteken för att undersöka apotekspersonalens förutsättningar att anmäla överförskrivningar. IVO konstaterade att många apotek infört rutiner för anmälning men att personalen upplevde svårigheter med att bedöma vad som är en överförskrivning och hur sekretessregler ska tillämpas.

En fungerande vårdkedja – en utmaning och en förutsättning

Socialstyrelsen har under 2016 kartlagt utbudet av och tillgången till vård- och behandlingsinsatser för unga och vuxna med missbruks- eller beroendeproblem. Resultatet redovisas i Lägesrapport för Individ- och familjeomsorg 2017 [5]. Kartläggningen visar att det har skett förändringar inom det befintliga vårdsystemet under perioden 2006–2015 som det är angeläget att fortsätta följa. Kartläggningen pekar på att en stor andel av brukarna och patienterna inom den specialiserade missbruks- och beroendevården har behov av insatser från flera huvudmän, inom både det sociala och medicinska området. Samtidigt är vården i allmänhet uppbyggd så att patienten eller brukaren själv ska initiera de kontakter och den samordning som behövs. Den enskildes förutsättningar att vara delaktig och själv ansvara för samordningen av olika insatser varierar dock. Nedsatt kognitiv förmåga, psykisk ohälsa och språkliga hinder är exempel på faktorer som kan inverka på personens förutsättningar att ta initiativ och ansvar för olika vårdkontakter. Om personer saknar närstående finns inte heller möjligheter till att de egna förutsättningarna kompenseras av insatser från närstående [6].

Enligt företrädare² för socialtjänsten är tillgången till en väl fungerande vårdkedja och samordning av insatser en stor utmaning, inte minst när det är många aktörer är inblandade. Dock är samordning av insatser en förutsättning för att vården ska fungera. Öppenvården beskrivs som väl utbyggd, särskilt i stora och medelstora kommuner. Samtidigt anses det vara svårt att tillgodose behoven av stöd och hjälp för personer med komplexa vårdbehov. För att möta denna målgrupps behov behöver andra arbetssätt utvecklas och vården måste arbeta mer uppsökande. Bristen på bostäder lyfts också fram

² Socialstyrelsen. Dialogmöte med ASI-nätverket den 9 maj 2016.

som en utmaning för många kommuner och tillgången till olika former av boenden och boendestöd ses som central del i en fungerande vårdkedja.

En brist i vårdkedjan anses även vara bristen på vårdplatser vid akuta tillstånd och abstinensbehandling. Av intervjuer med socialtjänstens företrädare framgår att tillgången till abstinensbehandling varierar mellan landstingen, och att en vårdplats ofta förutsätter remiss och vårdplanering från socialtjänstens sida.

Sedan den 1 juli 2013 finns det enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, en skyldighet för kommuner och landsting att ingå en överenskommelse om samarbete gällande personer med missbruk och beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel. Drygt hälften av kommunerna (52 procent) har 2016 en aktuell överenskommelse med landstinget som innehåller gemensamma mål, resurs- och ansvarsfördelning samt rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och landstingens personal [7].

En samlad ANDT-strategi

Sverige har sedan lång tid tillbaka och i politisk enighet haft en vision om ett narkotikafritt samhälle. Narkotikapolitiken bygger på en strategi där tillgångsbegränsning och efterfrågeminskning är likvärdiga beståndsdelar och fokuserar på förebyggande arbete, vård och behandling, sociala insatser samt insatser för att förbättra hälsan hos personer med riskbruk, skadligt bruk eller beroende [8]. En samlad nationell strategi, ANDT-strategin, för alkohol, narkotika, dopning och tobak vägleder arbetet [9]. Det övergripande målet för den svenska ANDT-politiken är ”Ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk.

En gemensam utgångspunkt för hela ANDT-politiken är rätten för var och en att få ha bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa [10]. ANDT-politiken utgör en del av folkhälsopolitiken och därmed välfärdspolitik.

För att tydliggöra inriktningen på ANDT-politiken anger regeringen sex mål för arbetet:

- Mål 1: Tillgång till alkohol, narkotika, dopningsmedel och tobak ska minska.
- Mål 2: Antalet barn och unga som börjar använda narkotika, dopningsmedel och tobak eller debuterar tidigt med alkohol ska successivt minska.
- Mål 3: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska.
- Mål 4: Kvinnor och män samt flickor och pojkar med missbruk eller beroende ska utifrån sina förutsättningar och behov ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet.
- Mål 5: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som dör och skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska.
- Mål 6: En folkhälsobaserad syn på ANDT inom EU och internationellt.

Under varje mål har regeringen angett ett antal insatsområden. Syftet med insatsområdena är att de tydligt ska ange vilka områden som bör prioriteras i det fortsatta arbetet. Insatsområdena omfattar insatser på nationell, regional och lokal nivå och de bör omfatta strukturer och processer som kan bidra till måluppfyllelse [9].

Under mål 5 återfinns insatsområdet ”*Strategiskt och långsiktigt arbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet bland kvinnor och män samt pojkar och flickor*”.

Uppdraget att föreslå en åtgärdsplan för ett nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet ryms som en del för att uppnå målet ovan.

De globala målen och Agenda 2030 [11] syftar till att utrota fattigdom och hunger, förverkliga de mänskliga rättigheterna för alla, uppnå jämställdhet och egenmakt för alla kvinnor och flickor samt säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser. Under mål 3 *”Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar”* återfinns delmål 3.5 som säger att alla länder ska stärka sina insatser för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholbruk.

Förebyggande arbete som ett led i att minska narkotikarelaterad dödlighet

Förutom insatser som direkt syftar till att förebygga överdoser och överdoser med dödlig utgång, är det viktigt att även i fortsättningen arbeta med att minska antalet personer som börjar använda narkotika. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet, för att på sikt minska narkotikabruket och brukets negativa konsekvenser, är också viktiga delar för att minska den narkotikarelaterade dödligheten.

Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet görs på flera nivåer och på olika arenor i samhället där hänsyn tas till bland annat lokala och regionala-kontexter, problembilder samt risk- och skyddsfaktorer. Det preventiva arbetet innefattar både universell, selektiv och indikerad prevention. Det vill säga insatser som riktar sig till hela populationer, till subgrupper med högre risk för problematiskt drogbruk och till enskilda högriskindivider med begynnande narkotikaproblem. Det narkotikaförebyggande arbetet i Sverige bedrivs framförallt på lokal och regional nivå och nationella myndigheter som t ex Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen bidrar med nationell uppföljning, kunskapsuppbyggnad och kunskapsstöd. Staten avsätter även statsbidrag till ANDT-området, inklusive relaterade områden inom Hiv/STI, psykisk hälsa och suicidprevention. Det är även mycket angeläget att belysa vikten av det förebyggande arbetet gällande psykisk ohälsa och suicid då kopplingarna till ANDT och förtidig död är tydliga.

Det förebyggande arbetet som görs idag för att så få som möjligt i samhället ska bruka narkotika och för att minska den narkotikarelaterade ohälsan, är viktiga grundkomponenter till de mer direkta åtgärderna för att minska den narkotikarelaterade dödligheten. Inom ramen för detta regeringsuppdrag har Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten dock avgränsat sig till direkta insatser och således inte gjort någon analys av det mer långsiktiga förebyggande arbetet, vilket tas om hand i mål 1–3 i ANDT-strategin.

Skadebegränsande insatser ett led i att minska narkotikarelaterad dödlighet

Harm reduction – skadebegränsande insatser, kan omfatta olika insatser för att begränsa skador snarare än att behandla missbruket eller beroendet i sig. Gemensamt för insatserna är att de syftar till att möta den enskilda personen som brukar narkotika i den situation som personen befinner sig i just nu utan att ställa krav på drogfrihet. Tanken är att insatser som syftar till att ge individen en bättre hälsa och en bättre livssituation på sikt även kan leda till drogfrihet [12].

Exempel på skadebegränsande insatser är;

- Bostad först eftersom den syftar till att förbättra en persons livssituation utan krav på drogfrihet
- Sprututbytesprogram för att förhindra smittspridning
- Utbildning om rätt agerande vid överdos
- Information om överdosrisker, och
- Naloxonprogram.

Fortsatt utveckling av sprututbytes- och lågtröskelmottagningar

Det finns behov av att fortsatt utveckla och förstärka sprututbytes- och lågtröskelmottagningar för att genom dem i förlängningen förhindra narkotikarelaterade dödsfall. Det kan ske genom en nationell kontinuerlig uppföljning av de verksamheter som redan existerar och genom stöd till de landsting som för närvarande planerar att starta denna typ av verksamhet.

Sprututbytesprogram finns idag i Malmö, Lund, Helsingborg, Växjö, Kristianstad, Kalmar, Stockholm, Jönköping, Uppsala, Blekinge och i Halland. Det finns även flertalet ideella initiativ inom området. Den 1 mars 2017 togs den kommunala vetorätten bort och landstingen kan nu själva välja att starta sprutbytesverksamhet, vilket förväntas öka antalet mottagningar. Åldersgränsen sänktes även från 20 till 18 år (prop. 2016/17:5).

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp konsekvenserna av ändringar i lagen om utbyte av sprutor och kanyler samt att genomföra en systematisk och samordnad uppföljning av sprututbytesverksamheter i Sverige (S2016/06128/FS).

Det finns personer som injicerar droger som varken har kontakt med beroendevården, socialtjänsten eller psykiatrin. Lågtröskelverksamheter bedöms ha möjligheten att nå dessa personer och erbjuda attraktiva och lättillgängliga stöd- och behandlingsinsatser och slussa vidare till hälso- och sjukvård och socialtjänst. En bättre hälsa hos denna utsatta och svårnådda grupp kan i förlängningen minska risken för skador och dödsfall.

Riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders

Inom FN-systemet finns det flera konventioner som syftar till att skydda hälsa och välfärd. Ett medel för att uppnå hälsa och välfärd är bland annat att kontrollera och bekämpa all illegal produktion, handel, försäljning och användning av narkotika. Sverige, liksom de flesta andra länder, har anslutit sig till dessa konventioner som också vägleder politiken [13].

För att bistå medlemsstaterna i utvecklingen av vård och behandling av drogrelaterade problem antog UNODC och WHO år 2009 ett globalt program för vård och behandling vid missbruk och beroende. Syftet var att sprida goda exempel på vård och behandling baserat på vetenskap och etik inom området. UNODC-WHO:s internationella standarder för behandling av

narkotikamissbruk som kom 2016, sammanfattar de för närvarande tillgängliga, effektiva och evidensbaserade behandlingarna för narkotikamissbruk [14].

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende innehåller rekommendationer inom områdena: bedömningsinstrument, medicinska test, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet och behandling av ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem [15]. Syftet med rekommendationerna är att ge vägledning för beslut på gruppnivå. Det är samtidigt viktigt att missbruks- och beroendevården kan erbjuda ett brett utbud av behandlingsmetoder, och rekommendationerna måste alltid anpassas till individens särskilda förutsättningar och önskemål. Riktlinjerna innehåller också bedömningar av de centrala rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser samt nationella indikatorer. Indikatorerna är till för att följa upp tillämpningen av riktlinjerna samt att möjliggöra kvalitetsjämförelser av vården av personer med missbruk och beroende. Riktlinjerna som publicerades i april 2015 är en revidering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård från 2007. I revideringen av riktlinjerna har prioriteringar genomförts för första gången inom detta område. Det har medfört att dessa riktlinjer främst inkluderar åtgärder som är möjliga att avgränsa och definiera, och där det finns flera relevanta alternativ som kan ställas mot varandra och prioriteras. Tre nya områden har inkluderats i de reviderade riktlinjerna – ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser. Rekommendationerna kring narkotika i riktlinjerna är i linje med det som tas upp i UNODC-WHO:s internationella standarder för behandling av narkotikamissbruk.

Uppdragets genomförande

Omfattning och avgränsningar

Med utgångspunkt i den kunskap som har genererats i Socialstyrelsens uppdrag att analysera 2014 års dödsfall och utveckling av den officiella statistiken, har detta uppdrag fokuserat på narkotikarelaterade dödsfall orsakade av oavsiktlig förgiftning (olycksfallsförgiftning inklusive överdos) och suicid genom förgiftning med narkotikaklassade substanser. Uppdraget har fokuserat på narkotikaklassade läkemedel, illegal narkotika samt nya psykoaktiva substanser (NPS).

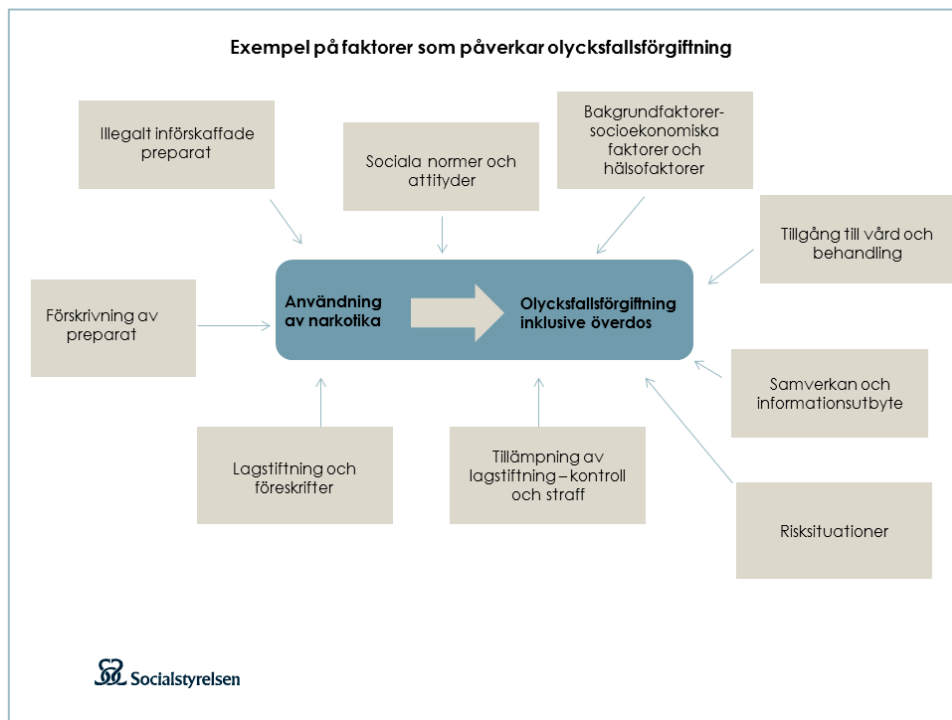
Syftet med arbetet har varit att ge förslag på åtgärder för att motverka narkotikarelaterad dödlighet med fokus på insatser för att förhindra att personer i riskzon dör i ett narkotikarelaterat dödsfall enligt definitionen ovan. I uppdraget har det inte ingått att göra nya uppskattningar och beräkningar av antalet narkotikarelaterade dödsfall. I uppdraget har det inte heller ingått att se över eller föreslå ändringar av den svenska narkotikalagstiftningen. Detta innebär att endast åtgärder som är förenliga med den nuvarande svenska narkotikalagstiftningen har varit aktuella att föreslå som åtgärder inom ramen för uppdraget.

Metod och genomförande

Uppdraget har genomförts i samverkan med Folkhälsomyndigheten och i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse, Polismyndigheten, Tullverket, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Dessa myndigheter och organisationer har alla utpekade uppdrag som rör antingen förebyggande arbete (Folkhälsomyndigheten, CAN), tillgänglighetsbegränsande insatser (Polismyndigheten, Tullverket, Rättsmedicinalverket, Folkhälsomyndigheten) eller vård och behandling (Socialstyrelsen, Statens Institutionsstyrelse, Läkemedelsverket, Kriminalvården, Sveriges Kommuner och Landsting). Det civila samhället, forskare och företrädare för professionen (hälso- och sjukvård och socialtjänst) har getts möjlighet att delta i arbetet.

I framtagandet av förslaget till åtgärdsplan har Socialstyrelsen utgått från den redan framtagna kunskap som genererats i vetenskapliga rapporter, i tillgänglig statistik och i de tidigare genomförda analyserna av de narkotikarelaterade dödsfallen. Inledningsvis togs en systemteoretisk modell fram som underlag för att identifiera faktorer som påverkar narkotikadödlighet (bild 1).

Bild 1. Exempel på faktorer som påverkar olycksfallsförgiftning inklusive överdos³



För att inhämta information och få en bred bild av frågan har två referensgruppsmöten genomförts med representanter för de samrådande myndigheterna och organisationerna. Dialogmöten har genomförts med forskare och professioner från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Därutöver har två studiebesök genomförts, ett på sprututbytesmottagningen i Malmö och ett på Sundheds Teamet i Köpenhamn för att ta del av erfarenheterna från naloxonprogrammet ”Red Liv”. Vidare har även en videokonferens genomförts med forskare från European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

Organisationerna i Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor har varit viktiga aktörer för kunskapsinhämtning om narkotikabrukarens behov, förutsättningar och önskemål. Arbetet har diskuterats med Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor vid tre mötestillfällen. Socialstyrelsens råd för etiska frågor har också konsulterats under arbetet med åtgärdsplanen.

Socialstyrelsen har även genomfört en ekonomisk konsekvensanalys av införandet av två av de föreslagna åtgärderna, naloxonprogram och hjärt- och lungräddning (HLR).

Utredning om naloxon

Naloxon är en substans som motverkar effekterna av opioider (t ex morfin och heroin). Tidig tillförsel av naloxon utgör tillsammans med hjärt-lungräddning en viktig del av det akuta omhändertagandet av en person med

³ Modellen är modifierad efter Holder (1998).

andningsdepression efter en opioidöverdos. Sedan länge används naloxon i akutsjukvården av sjukvårdsutbildad personal.

WHO lanserade den 5 november 2014 nya riktlinjer för första hjälpeninsatser vid drogöverdoser genom användning av läkemedlet naloxon. WHO:s rekommendation innebär att länder ska göra naloxon tillgängligt för personer i högriskindividens närhet och inte bara sjukvårdspersonal och ska ses som ett komplement till andra vård- och stödinsatser. Polis, samhällsarbetare, anhöriga och vänner till personer som brukar narkotika ska enligt rekommendationerna ha naloxon nära till hands för att kunna agera vid en överdos genom att personen har utbildning i att känna igen en överdos, att personen kan utföra lungräddning samt ge naloxon och tillkalla ambulans.

Mot denna bakgrund har Läkemedelsverket och Socialstyrelsen samrått för en genomgång av regelverken för att utreda om det finns någon möjlighet för naloxonprogram i Sverige.

I april 2017 gav regeringen Läkemedelsverket och Socialstyrelsen ett nytt regeringsuppdrag (dnr S2017/02196/FS) att utreda förutsättningarna för att på ett säkert och effektivt sätt minska dödligheten vid opioidöverdosering genom ett ökat tillgängliggörande utanför hälso- och sjukvården av antidoter i form av naloxonläkemedel. Inom ramen för uppdraget ska Läkemedelsverket och Socialstyrelsen föreslå de lagändringar som krävs, samt hur distribution, utbildning och information ska ske. Uppdraget ska redovisas i december 2017. De iakttagelser som Socialstyrelsen hittills gjort vid utförandet av uppdraget om förslag till åtgärdsplan för ett nationellt utvecklingsarbete med särskild inriktning på att motverka narkotikarelaterad dödlighet (dnr S2016/05446/FS) ska tas tillvara inom ramen för detta nya uppdrag.

Förslag på åtgärder

För att minska den narkotikarelaterade dödligheten behövs en strategi som kombinerar insatser på flera arenor och av flera aktörer. Socialstyrelsen har föreslagit åtgärder som kan kategoriseras som direkta-, intermediära- och långsiktiga insatser, behov av forskning samt underlag för insatser. Vissa av de föreslagna åtgärderna löper över flera kategorier. De föreslagna åtgärderna rör alla de definierade faktorerna i den framtagna modellen över faktorer som påverkar narkotikarelaterad dödlighet (bild 1). I det fall som det är relevant bör de föreslagna aktiviteterna målgruppsanpassas, t.ex. utifrån kön och ålder. I bilaga 1 finns en översiktlig sammanställning av de föreslagna åtgärderna.

Det är viktigt att poängtera att för att motverka narkotikarelaterade dödfall behöver flera av åtgärderna kombineras så att flera faktorer i systemet påverkas samtidigt.

1. Varningssystem och riktad information

1.1 Varningssystem mellan myndigheter

Åtgärd

Socialstyrelsen föreslår att Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen utreda möjligheten att inrätta ett varningssystem mellan myndigheter. Uppdraget bör ske i samråd med andra berörda myndigheter.

Faktor: Samverkan och informationsutbyte

Huvudaktör: Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen

Målgrupp: Myndigheter, hälso- och sjukvård, socialtjänst

Syftet med åtgärden är att skapa ett bra informations- och kunskapsutbyte mellan myndigheter, hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Detta är en framgångsfaktor i arbetet med att motverka narkotikarelaterad dödlighet, vilket har lyfts fram av alla de samrådande myndigheterna och organisationerna. Ett varningssystem skulle bland annat kunna användas för att i ett tidigt skede kunna upptäcka substanser eller förändrat missbruksmönster som orsakar plötslig ökning av dödsfall. Vidare skulle ett varningssystem även kunna omfatta information om preparat som är i omlopp. Hur ett sådant system skulle vara uppbyggt, när det kan sättas i bruk, vilken myndighet som skulle kunna administrera arbetet, ansvarsfördelning och vilka eventuellt negativa konsekvenser ett varningssystem kan få är en fråga som behöver utredas vidare.

1.2 Riktad information till personer som brukar narkotika

Åtgärd

Socialstyrelsens föreslår att möjligheten att utforma ett varningssystem med riktad information till personer som brukar narkotika utreds och att detta görs i samverkan med berörda myndigheter.

Faktor: Samverkan och informationsutbyte

Huvudaktör: Behöver utredas närmare

Målgrupp: Personer som brukar narkotika

Huvudsyftet med att utreda och klassificera substanser som narkotika och hälsofarliga varor är att minska utbudet och tillgängligheten, vilket i sin tur förväntas leda till att färre brukar dem och att skadorna som dessa preparat kan orsaka minskar. Klassificeringen kan även minska efterfrågan genom att indikera att dessa substanser är hälsofarliga och inte bör brukas samt genom att rättsliga följder vill undvikas.

Idag riktar sig klassificeringsunderlagen främst till rättsväsendet d.v.s. polis, åklagare och tullen. Ett varningssystem riktat till personer som använder narkotika skulle kunna innehålla information om dels nya klassningar, samt om de ökade riskerna med olika typer av polydroganvändning eller om det t ex cirkulerar dåligt eller kontaminerat heroin eller andra preparat vilket ibland är fallet. Informationen bör målgruppsanpassas.

Denna typ av varningssystem med riktad information, skulle kunna utformas och kommuniceras tillsammans med t ex personal inom LARO-behandling, lågtröskelverksamheter och sprutbytesverksamheter, med brukarföreningar och med myndigheter. Hur ett sådant här system kan sättas i bruk, vem som skulle kunna administrera arbetet och vilka eventuellt negativa konsekvenser ett varningssystem kan få är frågor som behöver utredas.

1.3 Monitorering av överdoser i patientregistret

Åtgärd

Socialstyrelsen föreslår att möjligheten, att via landstingens inrapportering av diagnoser ta fram ett varningssystem för överdoser av läkemedel och narkotika, utreds.

Faktor: Samverkan och informationsutbyte

Huvudaktör: Socialstyrelsen

Målgrupp: Myndigheter, hälso- och sjukvård, socialtjänst

Förslaget innebär att på en lämplig geografisk nivå identifiera och följa förändringar när det gäller förgiftningsdiagnoser. Vilken geografisk indelning som är mest lämplig måste testas och relateras till bl.a. antalet fall som

registreras under en viss tidsperiod. Ett sätt är att använda akutsjukhusen som utgångspunkt. Där ingår även akutbesök som i det här fallet kodas som specialiserad öppenvård. Kvaliteten på de variabler som används för att koda olika typer av sjukhus behöver dock utredas vidare. En möjlig källa till validering är de uppgifter som samlas in i vårdgivarregistret som hålls av IVO.

Ett varningssystem kännetecknas givetvis av en viss snabbhet. Frågan är om uppdateringen av patientregistret är tillräcklig för detta ändamål. Det förefaller i det här skedet som att det är möjligt med en månadsvis uppdatering men med tre månaders eftersläpning. Det skulle innebära att man i juli skulle kunna sammanställa data för perioden januari–mars, i augusti perioden februari–april etc. Detta skulle kunna programmeras att ske automatiskt utifrån bestämda parametrar. Frågor som måste belysas närmare är kvaliteten i patientregistret, varningskriterier (när nivån av t.ex. antalet överdoser når en kritisk nivå), och hur information ska hanteras och vidarebefordras etc.

Resultaten kan Socialstyrelsen publicera med viss regelbundenhet, vilket kan kompletteras med utskick till lokala mottagare. Exempelvis kan Länsstyrelsernas ANDT-samordnare, de kommunala ANDT-samordnarna och SKL:s kontaktpersoner inom missbruk- och beroendevård vara lämpliga i sammanhanget. De har specifik kunskap om situationen inom sina regioner, kombinerat med att de kan vårdens och omsorgens lokala organisering (och den skiljer sig ofta åt) vilket gör dem lämpade att förvalta resultaten och sprida dem vidare till berörda aktörer i lokalsamhället.

2. Utbildning, information och kunskapsstöd

2.1 Kunskapsutveckling för läkemedelsbehandling vid opioidberoende

Åtgärd

Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av att utveckla och förstärka kunskapen om och tillgången till läkemedelsbehandling vid opioidberoende. Socialstyrelsen föreslår att detta bland annat sker genom att ett nationellt kunskapsstöd tas fram. Kunskapsstödet ska rikta sig till professionerna och syfta till att förbättra tillgängligheten till behandlingen, att öka förutsättningarna för att patienter med opioidberoende får en likvärdig vård och att minska de skillnader som finns när det gäller tillgången till insatserna och dess kvalitet. Kunskapsstödet behöver även t.ex. beakta köns- och åldersspecifika behov hos patienterna och innehålla modeller för brukarmedverkan.

Faktor: Tillgång till vård och behandling

Huvudaktör: Socialstyrelsen

Målgrupp: Personal på LARO-mottagningar, personal och beslutsfattare inom hälso- och sjukvård, socialtjänst

Internationell forskning visar att läkemedelsassisterad behandling vid opiat-/opioidberoende kan leda till exempelvis minskad dödlighet, bättre socialt fungerande och minskad kriminalitet [16]. Behandlingen rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer vid opiatberoende och vid opioidberoende där nedtrappning inte lett till opioidfrihet [15].

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att utveckla kunskapen om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (s.k. LARO-behandling). LARO-behandling är en behandling med metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opiatberoende och ordineras i samband med psykosocial behandling vid sådant beroende.

Hösten 2015 genomförde Socialstyrelsen en förstudie bland företrädare för professionen, som undersökte behoven av och förutsättningarna för att ta fram ett kunskapsstöd med eller utan rekommendationer. Förstudien visade att det finns behov av ett kunskapsstöd för att tillgodose en likvärdig vård för patienterna eftersom:

- Det är skillnader i praxis mellan vad olika landsting och regioner erbjuder vad gäller LARO-behandling.
- Det finns stora skillnader i hur utredningarna för diagnostik och fortsatt behandling bedrivs.
- Det psykosociala stödet till patienter och anhöriga är i dagsläget bristfälligt under hela behandlingsprocessen.
- Det saknas resurser för att behandla patienter med psykiatrisk samsjuklighet, vilket kan leda till att dessa patienter hänvisas någon annanstans, till exempel till allmänpsykiatri. Det kan i sin tur fördröja utredningen ytterligare.

Kunskapsstödet behöver koordineras med den nya föreskriften Nya föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (HSLF-FS2016:1) började gälla den 15 februari 2016. Förändringarna innebär att:

- Behandling av opioidberoende i vid bemärkelse regleras och inte endast behandling av missbruk av heroin, opium eller morfin.
- Behandlingen får ges inte bara av specialister i psykiatri utan även av specialister i beroendemedicin.
- Vissa uttryckliga hinder mot att inleda behandling, t.ex. pågående LVM-vård, har tagits bort.
- Uttryckliga krav på att i vissa situationer avbryta behandlingen har tagits bort.
- Patienten får möjlighet att successivt få hantera sin medicin efter tre månader om behandlingen varit stabil.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att följa upp effekterna av de förändringarna i de nya föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (HSLF-FS 2016:1). Uppdraget ska redovisas senast den 31 december 2017. Resultatet av uppföljningen innebär bland annat att Socialstyrelsen får information om nya och aktuella behov av

stöd för att stärka kvaliteten i behandlingen och minimera riskerna för lokala tolkningar av regelverket.

2.2 Utbildning i hjärt- och lungräddning (HLR) och tecken på överdos

Åtgärd

Socialstyrelsen föreslår att män och kvinnor som använder narkotika och personer som vistas i miljöer där överdoser kan förekomma bör utbildas i hjärt- och lungräddning samt utbildas i att känna igen tecken på överdos.

Faktor: Sociala attityder och normer, Risksituationer

Huvudaktörer: Kriminalvården, häktespersonal, Polismyndigheten, SiS-institutioner, hälso- och sjukvården, sprututbytesmottagningar, socialtjänsten, civila samhällets organisationer m.fl.

Målgrupp: Män och kvinnor som använder narkotika, riskgrupper (män och kvinnor som injicerar heroin och andra opioider), personer som vistas i miljöer där överdoser kan förekomma

Det är inte ovanligt att personer som använder heroin har befunnit sig i situationer där de har bevittnat överdoser [16-18]. Ett vanligt problem är dock att personer som brukar narkotika och andra personer som är närvarande vid en överdos har svårt att bedöma hur allvarlig situationen är samt de saknar kunskap i hjärt- och lungräddning (HLR). En åtgärd för att komma till rätta med detta är utbilda personer som brukar narkotika i hur de ska känna igen en överdos och hur de ska göra HLR. Det är även av vikt att alla personer som vistas i miljöer där överdoser kan förekomma har denna kunskap. Därför är personal inom Kriminalvården, häktespersonal, personal på SiS-institutioner och personal inom socialtjänsten också viktiga grupper att utbilda så att de i sin tur kan utbilda narkotikabrukare.

Socialstyrelsen har genomfört en ekonomisk konsekvensanalys av införandet av HLR-utbildning (bilaga 2).

2.3 Information om överdosrisker och säkrare användning riktat till personer som brukar narkotika

Åtgärd

Socialstyrelsen föreslår att personer som brukar narkotika får saklig och konkret information om överdosrisker samt säkrare användning av narkotika och narkotikaklassade läkemedel.

Faktor: Sociala attityder och normer, Risksituationer

Huvudaktörer: Brukarorganisationer, Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse, Hälso- och Sjukvården, Sprututbytesmottagningar, Härbärgen m.fl.

Målgrupp: Personer som brukar narkotika, riskgrupper (personer som injicerar heroin och andra opioider), män och kvinnor som använder narkotikaklassade läkemedel

Åtgärden syftar till att genom saklig och konkret information stärka individens egna möjligheter att undvika riskbeteenden som kan leda till överdosering [19, 20]. Detta är särskilt viktigt i vissa risksituationer som t.ex. efter en vistelse i fängelse eller efter sjukdom då toleransen kan vara sänkt. Informationen kan förmedlas av brukarorganisationer, Kriminalvården, SiS-institutioner, hälso- och sjukvården, sprututbytesmottagningar och personal på härbärgen m.fl. Informationen kan med fördel vara utformad på flera språk.

För att nå ut till gruppen som använder narkotikaklassade läkemedel (t.ex. medelålders kvinnor med ett skadligt bruk av opioider) kan information även behöva gå ut via andra kanaler än de ovan nämnda.

3. Naloxon och möjligheter till hantering och behandling vid överdosering av opioider

Inom ramen för uppdraget har Läkemedelsverket och Socialstyrelsen samrått för en genomgång av regelverken för att utreda om det finns någon möjlighet för naloxonprogram i Sverige. Slutsatsen är att svensk lagstiftning idag inte är förenlig med konceptet naloxonprogram vilket innebär att naloxon görs tillgängligt för icke sjukvårdsutbildade personer i högriskindividers närhet.

Faktor: Tillgång till vård och behandling

Aktör: T.ex. Sprututbytesmottagningar, Kriminalvården, LARO-mottagningar

Målgrupp: Personer som brukar opioider, anhöriga, ”tredje person”

Bakgrund

WHO lanserade den 5 november 2014 nya riktlinjer för första hjälpen-insatser vid drogöverdoser. Genom att öka tillgången till snabbverkande motgiftsmedicin kan många människoliv räddas, enligt WHO.

WHO:s rekommendationer innebär att länder ska göra motgiftet naloxon tillgängligt för personer i högriskindividers närhet och inte bara sjukvårdspersonal. Poliser, samhällsarbetare, familjemedlemmar och vänner till droganvändare ska ha naloxon nära till hands för att kunna agera vid en överdos.

Naloxon är en substans som motverkar effekterna av opioider (t ex morfin och heroin). Tidig tillförsel av naloxon utgör tillsammans med hjärt-lungräddning en viktig del av det akuta omhändertagandet av en person med andningsdepression efter en opioidöverdos. Sedan länge används naloxon i akutsjukvården av sjukvårdsutbildad personal.

Mot denna bakgrund har Läkemedelsverket och Socialstyrelsen samrått för en genomgång av regelverken för att utreda om det finns någon möjlighet för konceptet "take-home-naloxon" i Sverige. Socialstyrelsen har även genomfört en ekonomisk konsekvensanalys av införandet av naloxon (bilaga 3).

Sammanfattning av regelverken med bedömning

Behandling med naloxon vid opioidrelaterad CNS-depression, speciellt andningsdepression, är medicinskt förankrat och nyttan överväger riskerna. Dock är svensk lagstiftning inte förenlig med detta nya koncept d.v.s. att dela

ut naloxon till icke sjukvårdsutbildade personer i högriskindividens närhet. En motsvarande bedömning gäller för hälso- och sjukvården eftersom förskrivning, vård och behandling endast får ske i en spårbar och obruten kedja och ska dokumenteras i en individuellt förd patientjournal. Därtill tillkommer att behandlingen ska ske individualiserat och patientsäkert enligt reglerna för hälso- och sjukvården i HSL, patientlagen (2014:821), patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, patientdatalagen (2008:355), PDL och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering inom hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, samt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvårdtillkommande författningar. Vid en granskning av dessa regler finner Socialstyrelsen att det inte är möjligt för en vårdgivare att ta ansvar för en verksamhet vid sidan av den egna verksamheten.

Reglerade områden

På läkemedelsområdet finns förutom bestämmelser i exempelvis läkemedelslagen (2015:315), även bestämmelser i läkemedelsförordningen (2015:458), lagen (1993:584) om medicintekniska produkter och i Läkemedelsverkets författningssamling (LVFS/HSLF-FS). Därutöver finns bestämmelser i EU-förordningar och EU-direktiv.

På hälso- och sjukvårdsområdet är främst HSL, aktuell. I samband med att legitimerad personal ger vård och behandling tillämpas även patientlagen, PSL, PDL, SOSFS 2000:1, HSLF-FS 2016:40 och SOSFS 2009:6.

Vetenskaplig bakgrund för behandling med naloxon

Substansen naloxon är en välkänd och välanvänd opioidantidot som motverkar effekterna av opiater och hel- och halvsyntetiska opioider; exempel är morfin och heroin. I över 40 år har naloxon använts till att upphäva opioidrelaterad CNS-depression, speciellt andningsdepression.

Naloxon har inga egna opioidlika egenskaper och är inte beroendeframkallande. Naloxon metaboliseras snabbt i levern, och dess effekt varar bara i 1–2 timmar. Detta är ett kortare tidsintervall än flertalet opioidrelaterade läkemedel, varför naloxon eventuellt måste ges upprepade gånger i en överdossituation.

Hos patienter som är fysiskt opiatberoende kan ett alltför snabbt upphävande av opioideffekten leda till akuta abstinenssymtom såsom hjärtklappning och hypertension. I sällsynta fall (<1/1000) har krampanfall och i mycket sällsynta fall (<1/10 000), har arytmier, lungödem och hjärtstillestånd rapporterats.

Läkemedelsverkets anser att det är medicinskt motiverat att tillgängliggöra naloxon för användning enligt ”take-home-naloxon” konceptet, även om nuvarande effektdata är begränsade. Detta ställningstagande är bland annat baserat på WHO:s riktlinje (2014) [14], som innebär att länder rekommende-

ras göra naloxon tillgängligt för personer i högriskindividers närhet och inte bara sjukvårdspersonal. Tidig tillförsel av naloxon, som ett komplement till andningsunderstöd och vid behov hjärtlungräddning, är en viktig del av det akuta omhändertagandet av en person med opioidöverdos.

Nuläge avseende marknadsgodkännande i Sverige

I Sverige finns sedan tidigare två naloxonprodukter tillgängliga. Dessa är Naloxon B. Braun och Naloxon Hamel (0,4 mg/ml injektions-/infusionsvätska, lösning, ampull). Båda är avsedda för intravenös/intramuskulär administrering vid sjukvårdsinrättningar (ambulans, akutmottagningar, sjukhus m.m.). Godkända indikationer är upphävande av opioidbetingad CNS-depression, speciell andningsdepression, diagnostik av misstänkt opioidöverdosering/förgiftning, samt totalt eller partiellt upphävande av andnings- och övrig CNS-depression hos nyfödda vars mödrar intagit opioider.

I oktober 2016 erhöll läkemedelsprodukten Prenoxad ett marknadsgodkännande i Sverige för vuxna och ungdomar 16 år eller äldre. Prenoxad är en förfylld spruta med injektionsvätska, avsedd för intramuskulär administration. Godkännandet av Prenoxad utgör ett nytt koncept s.k. ”take-home-naloxon”, då läkemedlet även kan administreras av icke sjukvårdsutbildad personal utanför sjukvården, såsom av nära anhörig eller annan person som bevittnar en misstänkt opiatöverdos. Prenoxad har i dagsläget inte marknadsförts i Sverige, varför produkten inte finns tillgänglig för förskrivning. Prenoxad har indikationerna:

- akut behandling som genomförs av behöriga personer i hemmet eller utanför sjukvårdsmiljö eller i en vårdinrättning, för totalt eller partiellt upphävande av CNS-depression, speciellt vid samtidig andningsdepression, orsakad av antingen naturliga eller syntetiska opioider.
- diagnos av misstänkt akut opiatöverdosering.

Detta läkemedel är inte indicerat för behandling av barn och nyfödda i hemmet eller utanför sjukvårdsmiljö.

Idag finns ingen nasal beredning av naloxon godkänd för marknadsföring i Sverige eller i EU. Läkemedelsverket anser att det är medicinskt motiverat att tillgängliggöra naloxon för användning enligt ”take-home-naloxon”-konceptet, även om nuvarande effektdata är begränsade. Detta ställningstagande är bland annat baserat på WHO:s riktlinje (2014), som innebär att länder rekommenderas göra naloxon tillgängligt för personer i högriskindividers närhet och inte bara sjukvårdspersonal. Tidig tillförsel av naloxon, som ett komplement till andningsunderstöd och vid behov hjärtlungräddning, är en viktig del av det akuta omhändertagandet av en person med opioidöverdos.

Nuvarande regelverk i HSL, patientlagen, PSL, PDL, SOSFS 2000:1, HSLF-FS 2016:40 och SOSFS 2009:6 begränsar möjligheterna till att göra naloxon tillgängligt i missbruksvården.

Hälso- och sjukvårdens regler

Inom hälso- och sjukvården finns det möjligheter att förskriva eller ordinera läkemedlet naloxon endast under förutsättning att det sker en individuell medicinsk bedömning av personen som förskrivs eller ordineras läkemedlet i syfte att ge en god vård och ett gott omhändertagande (se t.ex. 5 kap. 1 § HSL, 5 kap 1 – 2 §§ patientlagen och 6 kap 1 § PSL).

Förskrivning innebär att en behörig legitimerad yrkesutövare skriver ut recept på det preparat som t ex patienten använder för att hämta ut preparatet från apoteket för behandling i t ex form av egenvård (SOSFS 2009:6) eller för att administreras av hälso- och sjukvården (SOSFS 2000:1). Ordination kan användas om den legitimerade har sådan behörighet och förfogar över preparatet t ex i den kliniska verksamheten och själv administrerar eller överlåter till någon annan legitimerad administrera eller som sköterska delegera administrationen till någon icke legitimerad (ej inom slutenvården och ambulanssjukvården).

Förskrivning eller ordination innebär att den legitimerade också gör en individuell medicinsk bedömning om preparatet är lämpligt för individens vård och behandling och om det finns indikationer eller kontraindikationer för behandlingen i det enskilda fallet. De regler som blir aktuella är den legitimerades behörighet att förskriva eller ordinera ett visst preparat vilket kan vara reglerat antingen i någon av Läkemedelsverkets föreskrifter eller i Socialstyrelsens föreskrifter. Det finns också begränsningar i SOSFS 2000:1 för ordination genom s.k. generella direktiv som gör det omöjligt att använda sig av föreskriften utanför hälso- och sjukvården.

Det finns en möjlighet att medge undantag från SOSFS 2000:1 vilket bl. a använts för den Nationella Insatsstyrkas poliser som har en viss medicinsk utbildning. Utsedda poliser kan på egen bedömning hantera akuta situationer och ordinera läkemedel med bl. a smärtstillande preparat. En läkare finns dock i bakgrunden som har rekviderat läkemedlen och utformat rutiner för att vägleda polisen inför bedömning och administrering av läkemedlet. På så sätt sker ändå hanteringen av läkemedlen inom regelverket för hälso- och sjukvården.

Den legitimerade läkaren har också möjlighet att bedöma om en patient kan genomföra sin behandling som egenvård (SOSFS 2009:6). Dessa föreskrifter är avsedda för de situationer där patienten p.g.a. psykisk eller fysisk funktionsnedsättning behöver hjälp med administrationen av läkemedlet och detta bedöms kunna utföras av patienten själv eller av den personal eller de anhöriga som stödjer och har kännedom om patienten. Det förutsätts att läkaren gör vissa regelbundna uppföljningar av patientens förhållanden som kan påverka patientsäkerheten.

Vid en granskning av dessa regler finner Socialstyrelsen att det inte är möjligt för en vårdgivare att ta ansvar för en verksamhet vid sidan av den egna verksamheten eftersom regleringarna i ovanstående författningar begränsar hälso- och sjukvårdens åtagande till hälso- och sjukvården enligt definitionen av hälso- och sjukvård som återfinns i 2 kap. 1 § HSL.

Slutsats

Svensk lagstiftning är idag inte förenlig med konceptet naloxonprogram vilket innebär att naloxon görs tillgängligt för icke sjukvårdsutbildade personer i högriskindividers närhet. Detta varken genom generell licensförskrivning eller genom receptförskrivning av godkänd produkt. För att tillse att lämplig naloxonprodukt görs tillgänglig i miljöer där risken att bevittna en opioidöverdos är stor, kan regelverket behöva ses över och andra vägar att göra naloxon tillgängligt utredas.

I april 2017 gavs ett nytt regeringsuppdrag (dnr S2017/02196/FS) till Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. I uppdraget ingår att utreda förutsättningarna för att på ett säkert och effektivt sätt minska dödligheten vid opioidöverdosering genom ett ökat tillgängliggörande utanför hälso- och sjukvården av antidoter i form av naloxonläkemedel. Inom ramen för uppdraget ska Läkemedelsverket och Socialstyrelsen även föreslå de lagändringar som krävs, samt hur distribution, utbildning och information ska ske. Uppdraget ska redovisas i december 2017.

4. Systematiserat kunskapsutbyte och samordning mellan myndigheter och professioner och civila samhället

Åtgärd

Socialstyrelsen föreslår att möjligheterna att stärka nationella, regionala och lokala strukturer för möten och dialog mellan idéburna organisationer, myndigheter, professioner och forskning bör utredas.

Faktor: Tillgång till vård och behandling, sociala attityder och normer

Målgrupp: Civila samhällets organisationer, myndigheter, hälso- och sjukvård, socialtjänst, forskare, personer som brukar narkotika

Huvudaktör: Civila samhällets organisationer, myndigheter, hälso- och sjukvård, socialtjänst, forskare, brukarorganisationer

Syftet med åtgärden är att stärka vårdens och omsorgens kvalitet för att bidra till en fungerande vårdkedja för den enskilda individen.

För att motverka narkotikarelaterad dödlighet krävs insatser på flera nivåer i samhället. Det omfattar allt ifrån insatser från berörda myndigheter, hälso- och sjukvård och socialtjänst till insatser från det civila samhället. Det civila samhällets organisationer är en viktig och unik resurs då de i ett tidigt skede kan fånga upp personer både med skadligt bruk och beroendeproblem och personer som är i riskzon för att få problem. Civila organisationer har ofta god kunskap om förhållandena på lokal och regional nivå vilket gör att de även kan belysa brister och ge förslag på åtgärder bland annat inom missbruks- och beroendevården. Då många civila organisationer bedriver uppsökande verksamhet och möter personer med riskbruk och beroendeproblema-

tik i vardagen, får de även kunskap om olika målgruppers olika behov, t.ex. att situationen och behoven ser olika ut för män och kvinnor, unga och gamla och anhöriga. Det civila samhällets organisationer fyller även en viktig funktion ur ett brukarperspektiv och kan bidra till att stärka brukarmedverkan och brukarinflytande inom socialtjänsten, psykiatrin och missbruks- och beroendevården.

I rapporten ”Att komma överens - En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården” [21], konstaterar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bland annat att:

”... brukares kunskaper, perspektiv och erfarenheter kan ge förutsättningar för att stärka vårdens och omsorgens kvalitet och till att göra den mer jämlik och effektiv. Det är därför viktigt att kommuner och landsting identifierar och åtgärdar hinder samt utvecklar strukturer och förutsättningar för att bättre ta tillvara på brukares kunskaper och erfarenheter”

För att stärka vårdens och omsorgens kvalitet, och för att få en fungerande vårdkedja, behöver hållbara strukturer utvecklas både nationellt, regionalt och lokalt som öppnar upp för möten och dialog mellan det civila samhället, myndigheter, professioner och forskning.

Vidare behöver samordningen mellan förebyggande insatser, tidiga insatser och vård och behandling stärkas. Det behövs ett system för samordningen, en ”brygga” för att få ihop de uppsatta målen i regeringens ANDT-strategi. Detta gäller både för den nationella, regionala och lokala nivån.

5. Stärkt arbete med att bekämpa narkotikahandeln

5.1 Nationellt metodstöd i syfte att stödja polisens lokala arbete mot narkotika

Åtgärd

Socialstyrelsen förslår efter dialog med Polismyndigheten att polisen får i uppdrag att utveckla och införa ett nationellt metodstöd i syfte att stödja det lokala arbetet mot narkotika.

Faktor: Tillämpning av lagstiftning – kontroll och straff

Huvudaktör: Polismyndigheten

Målgrupp: Personer som brukar narkotika, personer i riskzon för narkotikabruk

Ett av de arbeten som pågått på narkotikaområdet har varit en kartläggning av befintliga arbetsmetoder inom polisen. Kartläggningen innefattade arbetsmetoder både inom brottsförebyggande, utredning och lagföring. Kartläggningen fokuserade på arbetsmetoder inom området narkotika som var kopplat till den polisoperativa inriktningen 2015/2016. Arbetet mynnade

ut i rapporten: ”Narkotika – inventering av lokala arbetsmetoder”. Beslut har tagits att UC Öst nu ska ta fram och införa ett nationellt metodstöd i syfte att stödja det lokala arbetet mot narkotika utifrån aktuell lokal problembild. Det tänkta metodstödet ska innehålla metoder som är rättsligt säkerställda men metodstödet kommer att kunna vidareutvecklats allteftersom behov av nya metoder uppstår.

5.2 Kompetensutvecklingsinsatser för att tidigt upptäcka unga kvinnor med narkotikaproblem

Åtgärd

Socialstyrelsen föreslår efter dialog med Polismyndigheten att Polismyndigheten får i uppdrag att genomföra kompetensutvecklingsinsatser och ta fram informations- och utbildningsmaterial vad gäller tecken på drogpåverkan hos kvinnor i syfte att tidigt upptäcka bl.a. unga kvinnor som använder narkotika.

Faktor: Tillämpning av lagstiftning – kontroll och straff

Huvudaktör: Polismyndigheten

Målgrupp: Kvinnor som brukar narkotika, kvinnor i riskzon för narkotikabruk

Problematiskt bruk hos flickor och kvinnor upptäcks oftare i ett senare skede än för män vilket medför större risker och fler insatser. Tidiga samhällsinsatser till vård riskerar att gå förlorad då kunskap och kompetens saknas inom polisen för att upptäcka unga kvinnor som är i riskzon eller som har ett nyetablerat bruk.

Eftersom pojkar och män står för den större delen av både narkotikabruk och narkotikadödlighet så formas ofta kunskap och insatser efter dem. Därför finns det skäl att tro att flickor och kvinnor bemöts annorlunda i narkotikaärenden. Detta kan vara relaterat till kön och normer. En konsekvens av detta blir bland annat en missvisande polisstatistik med ett mörkertal avseende kvinnor med ett riskbruk och beroende. Detta kan i förlängningen leda till en minskad upptäcksrisk för de kvinnor som hanterar, säljer och innehar narkotika.

För att kunna identifiera och profilera unga kvinnor som använder narkotika behöver kompetensen inom polisen utvecklas. Normen för en person som brukar narkotika baseras på manliga attribut vilket även genomsyrar polisens utbildningar som bygger på gällande profilering. Behovet att upptäcka och hjälpa unga kvinnor är stort.

5.3 Ökad bevakning av försäljning av narkotika på internet

Åtgärd

Socialstyrelsen föreslår efter dialog med Polismyndigheten att polisens arbete för att förhindra försäljning av narkotika på internet bör stärkas.

Faktor: Illegalt införskaffade preparat

Huvudaktör: Polismyndigheten

Målgrupp: Personer som brukar narkotika, säljare

De insatser som polisen genomför mot näthandeln, och narkotikahandeln på internet utgör sedan 2015 en del av den s.k. Polisoperativa inriktningen. Polisen deltar årligen i operation *Pangea* genom att informera internetleverantörer, webbhotell och domänägare om kunder som ägnar sig åt försäljning av illegala läkemedel. Arbetet har också lett till att Polisen inlett operativa ärenden i vissa fall. Själva arbetet med *Pangea* pågår under hela året även om de operativa insatserna till stor del är koncentrerade till en specifik insatsvecka. Mer fokus behöver dock läggas på att 90 procent av droger köpta på nätet skickas med inrikes post. Över 85 procent av de identifierade ”nätköparna” är män och en stor del är inte kända av polisen sedan tidigare. Köpare förekommer i alla åldrar men majoriteten är mellan 18–30 år⁴. Beställningen av narkotika på nätet kan ske anonymt med leverans till hemadressen då det idag inte sker någon kontroll av posten inrikes. Hinder finns för samverkan mellan polisen och posten p.g.a. postlagens sekretessbestämmelser. Polismyndigheten ser möjligheten att starta fler ärenden mot näthandeln, men det kommer att kräva operativa resurser i en större omfattning.

5.4 Utveckla och stärka Tullverkets analys och selekteringsförmåga

Åtgärd

Socialstyrelsen föreslår efter dialog med Tullverket att Tullverkets analys- och selekteringsförmåga bör stärkas.

Faktor: Tillämpning av lagstiftning – kontroll och straff

Huvudaktör: Tullverket

Målgrupp: Personer som brukar narkotika, säljare

Tullverket anger i sin *Målbild 2020* och i *förändringsarbetet*, att det som myndigheten behöver utveckla och stärka är framför allt analys- och selekteringsförmågan, för att förbättra myndighetens träffsäkerhet vid kontroller. Vidare ska Tullverket systematiskt samarbeta med andra myndigheter i och

⁴ Slutsatserna grundar sig på en analys av köparlistor i ett antal internetärenden.

utanför Sverige, med näringslivet och över funktionsgränserna inom sin egen verksamhet. Samverkan är en förutsättning för Tullverkets framgång i förändrings- och utvecklingsarbetet.

Bra exempel på samverkan är den årligen återkommande internationella kontrolloperationen *Pangea*, där aktörerna under årens lopp beslagtagit miljontals tabletter och webbsidor har stängts ner. Ett annat exempel är samverkansoperation *Total* där en rad brottsbekämpande myndigheter tillsammans genomfört olika kontroller, där varje myndighet har sin specifika roll och sina befogenheter.

Myndigheterna kan på så sätt uppvisa ett bra resultat tillsammans i form av både uppdagade brott, men samtidigt även uppnå förebyggande mål. Dessa kontrolloperationer kan förbättras ytterligare för att bli än mer slagkraftiga och effektiva.

6. Forskning/analys/uppföljning

6.1 Suicidprevention med inriktning mot läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Åtgärd

Kunskapen om narkotikarelaterad suicid och suicidprevention behöver öka. Socialstyrelsen föreslår, efter dialog med Folkhälsomyndigheten, att den myndighetssamverksgrupp som byggts upp inom ramen för Folkhälsomyndighetens regeringsuppdrag att samordna det suicidpreventiva arbetet på nationell nivå, kan utgöra en plattform för att analysera och belysa problemet, identifiera behov och klargöra olika myndigheters roller och ansvar på området.

Faktor: Tillgång till vård och behandling, Förskrivning av preparat, Forskning

Huvudaktör: Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket

Målgrupp: Personer med läkemedelsmissbruk och läkemedelsberoende, framför allt kvinnor

I en analys av 2014 års dödsfall [2] som gjordes på Socialstyrelsen fann myndigheten att de narkotikarelaterade dödsfallen där dödsorsaken var suicid stod för runt 12 procent av dödsfallen. Nästan hälften av dessa dödsfall var kvinnor och medelåldern var betydligt högre i jämförelse med de som avlider till följd av överdoser och det handlade ofta om receptförskrivna opioider.

Generellt är det två till tre gånger fler män än kvinnor som dör av suicid men bland narkotikarelaterad suicid är nästan hälften av dödsfallen kvinnor.

För att minska suicid inom denna grupp behövs intensifierade insatser från flera aktörer för att dels minska överförskrivning av narkotikaklassade läkemedel generellt och dels förbättra uppföljningen av de patienter som får dessa läkemedel förskrivna. Samtidigt finns det ett behov av mer kunskap om

vilka typer av suicidpreventiva insatser som kan vara effektiva för denna grupp eftersom de preventiva insatserna sannolikt skiljer sig åt från de insatser som görs för t ex oavsiktliga överdosdödsfall.

Sedan maj 2015 har Folkhälsomyndigheten i uppdrag att samordna det suicidpreventiva arbetet på nationell nivå och i uppdraget ingår bland annat att stärka kunskapsuppbyggnaden och ta fram ny kunskap om suicid och suicidprevention. Inom ramen för uppdraget har också en struktur för nationell samordning byggts upp i form av en nationell myndighetssamverkansgrupp som träffas regelbundet. Eftersom området narkotikarelaterad suicid kräver samverkan mellan flera relevanta myndigheter föreslås den nationella samverkansgruppen utgöra en plattform för att belysa problemet, identifiera behov och klargöra olika myndigheters roller och ansvar på området. Genom myndighetssamverkan kan också relevanta myndigheter såsom Läkemedelverket och Socialstyrelsen tillsammans med Folkhälsomyndigheten initiera kunskapsframtagning i syfte att möta de behov som finns hos olika målgrupper. En grund för sådan kunskapsuppbyggnad bör föregås av en behovsanalys om var kunskapsluckorna finns när det gäller narkotikarelaterad suicid i en svensk kontext och med ett genusperspektiv. Därefter kan exempelvis forskningsuppdrag initieras eller relevant existerande forskning sammanställas och förmedlas till olika målgrupper.

På Folkhälsomyndighetens webbplats suicidprevention.se finns samlad information om suicid och det suicidförebyggande arbetet och denna plattform kan, tillsammans med andra myndighetsgemensamma webbplatser såsom Kunskapsguiden.se användas för informations spridning om ny kunskap inom narkotikarelaterad suicid.

6.2 Uppföljning av insatsen Bostad först

Åtgärd

Socialstyrelsen föreslår en uppföljning av hur insatsen Bostad först används i kommunerna i Sverige. Resultatet av uppföljningen utgör underlag för ställningstagande till eventuella insatser.

Faktor: Sociala attityder och normer, Socioekonomiska faktorer och hälsfaktorer, Tillgång till vård och behandling

Huvudaktör: Socialstyrelsen

Målgrupp: Hälsa- och sjukvården, socialtjänsten, personer som brukar narkotika

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [15], bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda boendeinsatser i form av vårdkedja eller bostad först till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika som är hemlösa. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna bidrar till en ökad boendestabilitet. Vårdkedja tycks ha något sämre effekt på boendestabilitet än bostad först, men kan vara ett alternativ beroende på personens behov och förmåga. Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården och socialtjänsten i undantagsfall

erbjuda boendeinsats i form av boendetrappa till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika som är hemlösa.

Bostad först handlar först och främst om att hemlösa personer ska få en bostad (och ett eget bostadskontrakt) och sedan erbjudas fortsatt stöd och vård, vilket dock inte är en förutsättning för att få bostaden. Fokus är på att uppnå boendestabilitet och i andra hand erbjuda stöd för att hantera psykisk problematik och missbruk. Stödinsatsen som erbjuds består av någon form av case management, oftast enligt ACT-modellen (från engelskans ”assertive community treatment”) där alla insatser erbjuds av ACT-teamet och inkluderar kontakt dygnet runt. Det ställs inga krav på nykterhet eller deltagande i behandling.

I Socialstyrelsens kommunenkät Öppna jämförelser [7] ställs frågan ”Erbjuder ni den 1 februari 2016 ”Boendeinsatsen Bostad först till personer med missbruk eller beroende, psykisk sjukdom eller hemlösa?”. År 2016 var det 20 procent av kommunerna som uppgav att de erbjuder Bostad först som boendeinsats. Genom en uppföljning av insatsen Bostad först kan Socialstyrelsen t.ex. undersöka närmare dels hur insatsen används i kommunerna (utbudet relaterat till behovet) och dels om det förligger köns- och ålderskillnader bland de klienter som erbjuds respektive inte erbjuds insatsen. Utifrån resultatet av uppföljningen bör det sedan övervägas om det finns behov av insatser.

6.3 Följa upp personer som kommer in till akutmottagning med överdos

Åtgärd

Socialstyrelsen föreslår att en kartläggning genomförs av akutmottagnings rutiner för fortsatt vård, behandling och uppföljning av personer som kommer in till akutmottagning med överdos.

Faktor: Underlag för insatser

Huvudaktör: Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, forskargrupper

Målgrupp: Personer (män och kvinnor) som kommer in till akutmottagning p.g.a. överdos

Tidigare överdos är en riskfaktor för en ny överdos [22-24]. Det är därför viktigt att den hälso- och sjukvårdspersonal som behandlar patienter vid överdos har kunskap om detta och att personer som vårdas för överdos erbjuds behandling samt insatser för överdosprevention.

Akutmottagningar, där personalen träffar och vårdar patienter som inkommer på grund av överdos, kan utgöra en plattform för att erbjuda överdosförebyggande insatser samt remiss till fortsatt vård och behandling.

För att öka kunskapen om hur hälso- och sjukvården arbetar med information till, och uppföljning av, patienter som vårdats på grund av överdos föreslår Socialstyrelsen en kartläggning av akutmottagningarnas rutiner för fortsatt vård, behandling och uppföljning av denna grupp av patienter.

Inom ramen för en kartläggning kan Socialstyrelsen även se över förutsättningarna för att använda befintliga hälsodataregister (patientregistret, läkemedelsregistret) för att öka kunskapen om vården för personer som vårdats på grund av överdos.

6.4 Specialutlysning till projekt om narkotika

Åtgärd

Socialstyrelsen föreslår efter dialog med Folkhälsomyndigheten att det bör utlysas särskilda medel till projekt som specifikt syftar till att utveckla och utvärdera metoder som har som mål att minska den narkotikarelaterade dödligheten och narkotikarelaterad ohälsa.

Faktor: Behov av forskning

Huvudaktör: Folkhälsomyndigheten

Målgrupp: Organisationer, forskargrupper

Folkhälsomyndigheten fördelar idag medel för förebyggande projekt som syftar till att minska bruk och missbruk av alkohol, narkotika, dopning och tobak. Majoriteten av projekten rör universell prevention och handlar om att utveckla metoder för att förebygga bruk och få av projekten har ett renodlat narkotikaperspektiv.

En specialutlysning under ett par år med ytterligare medel för att utöka den interna processen och fördela medel till projekt som specifikt syftar till att utveckla och utvärdera metoder som har som mål att minska den narkotikarelaterade dödligheten och narkotikarelaterad ohälsa skulle vara av värde för ett eftersatt forskningsområde i Sverige.

6.5 Förstudie om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens förutsättningar att möta behoven hos gruppen unga med drogproblem

Åtgärd

Socialstyrelsen förslår att det bör genomföras en förstudie om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens förutsättningar att möta behoven hos gruppen unga (15-25 år) med drogproblem.

Faktor: Tillgång till vård och behandling

Huvudaktör: Socialstyrelsen

Målgrupp: Personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, unga (män och kvinnor) med narkotikabruk, anhöriga

För att öka kunskapen om vilka insatser som erbjuds unga (15–25 år) med drogproblem och i vilken utsträckning dessa fångas upp av socialtjänsten och hälso- och sjukvården, föreslår Socialstyrelsen att genomföra en förstudie kring socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens förutsättningar att svara upp

mot målgruppens behov. Utifrån resultatet av förstudien kommer Socialstyrelsen att ta ställning till om det finns behov av insatser.

Under 2016 har Socialstyrelsen haft ambitionen att kartlägga utbudet av och tillgången till vård- och behandlingsinsatser för unga och vuxna med missbruks- eller beroendeproblem [5]. Kartläggningen har resulterat i en beskrivning av vilka målgrupper som ”fångas upp” i det befintliga vårdssystemet. Den synliggör vissa strukturella förändringar som skett i vårdlandskapet och som har betydelse för att tillgodose vårdbehoven för personer med missbruks- eller och beroendeproblem.

Med vårdlandskap avses i kartläggningen socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens specialiserade insatser för vuxna personer från 18 år med missbruks- och beroendeproblem. Registerstudier [25] och sammanställda data från ASI-Net analys⁵ har kompletterats med intervjuer med företrädare från socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens missbruks- och beroendevård.

Kartläggningen visar bland annat att andelen personer som vårdats inom slutenvården och den specialiserade öppenvården med diagnoser relaterade till drogberoende⁶ har ökat betydligt mellan 2006 och 2015. Störst är ökningen bland unga män och kvinnor. Inom den specialiserade öppenvården har andelen vårdade män och kvinnor i åldrarna 15–24 år ökat med 178 procent respektive 147 procent.

Av ASI-data framgår att omfattningen av problem varierar mellan olika åldersgrupper.⁷ Den yngre gruppen (18–30 år) har problem med narkotika, psykisk hälsa, arbete och försörjning. Personer i åldrarna 31–46 år har problem med psykisk hälsa och alkohol, och en stor andel har även narkotikaproblem. I den äldsta gruppen (äldre än 47 år) är alkohol det dominerande problemet.

Den yngre målgruppen fångas inte upp inom ramen för befintliga arbetssätt och resurser, enligt företrädare för socialtjänsten⁸. Det finns en samstämmighet om att det både är svårt att etablera kontakter med och, trots ett brett utbud av öppenvårdsinsatser, att uppnå längre hållbara drogfria perioder hos den unga gruppen. Statistiken över socialtjänstens insatser visar också att personer i åldrarna 21–24 år utgör en liten andel (10 procent) av de som beviljas öppna insatser. De yngre åldersgrupperna dominerar däremot inom institutionsvården. Bland de som vårdats enligt LVM har andelen yngre ökat de senaste tio åren, och främst sedan 2012. Mer än hälften (54 procent) var 2015 i åldrarna 21–34 år, och 20 procent var mellan 20–24 år vid utskrivningen.

Liknande scenario som ovan kan ses i IVO:s rapport Unga personer inom missbruks- och beroendevården, Nationell tillsyn av samverkan mellan olika aktörer samt socialtjänstens myndighetsutövning [26]. Under 2016 granskade IVO 64 verksamheter inom socialtjänst, hälso- och sjukvård samt hem för vård eller boende (HVB). I tillsynen fokuserade IVO särskilt på åldersgruppen 18–25 år med missbruks- eller beroendeproblem, men en del av tillsynen

⁵ Den standardiserade bedömningsmetoden Addiction Severity Index, ASI används i 270 missbruks- och beroendeenheter i landet. ASI används i utredning för bedömning av hjälpbehovet och för uppföljning. De flesta av dessa enheter (drygt 240) lagrar sina data i ASI-Net. Socialstyrelsen har fått samtycke från drygt 60 enheter att använda deras data i aidentifierat skick.

⁶ Avser diagnoskoderna F11.1-6, F12.1-6, F13.1-6, F14.1-6, F16.1-6, F19.1-6, Z50.3, Z71

⁷ I ASI-Net analys har en indelning av klienterna gjorts av tre ungefär lika stora grupper: yngre upp till 30 år, medelålders mellan 31 och 46 år samt äldre 47 år och uppåt.

⁸ Dialogmöte med ASI-nätverket den 9 maj 2016

inkluderade även barn 15 till och med 18 år. I rapporten konstateras att det finns en hel del goda exempel på fungerande samverkan mellan olika verksamheter, men att det samtidigt generellt finns en del brister och svårigheter. Ett av dessa områden gäller unga personer som har missbruks- eller beroendeproblem samtidigt som de lider av psykisk ohälsa. Ett annat är att den interna samverkan i många fall brister kring unga personer och i övergången mellan barn till vuxen, inte minst till följd av vårdens organisation för barn respektive vuxna.

Kunskapen om stöd- och behandlingsinsatser för att fånga upp unga personer med riskbruk/missbruk behöver därför öka. Till exempel genom att närmare undersöka och följa upp vilka insatser som erbjuds unga med drogproblem, och om de är tillräckliga för att ge behövt stöd och hjälp för att komma ifrån missbruket. Arbetsformer för att stärka samverkan mellan barn- och ungdomsvården och vuxenverksamheter samt att utveckla samverkan med och stödet till anhöriga är också identifierade utvecklingsområden.

6.6 Kontinuerlig och djupgående analys av narkotikarelaterade dödsfall med utgångspunkt i t.ex. Socialstyrelsens dödsorsaksregister och Rättsmedicinalverkets toxikologiska data

Åtgärd

Socialstyrelsen föreslår att berörda myndigheter genomför en kontinuerlig och djupgående analys av narkotikarelaterade dödsfall med utgångspunkt i relevanta register som Socialstyrelsens dödsorsaksregister och Rättsmedicinalverkets toxikologiska data.

Faktor: Forskning, samverkan och informationsutbyte, uppföljning
Huvudaktör: Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Rättsmedicinalverket

Målgrupp: Myndigheter, hälso- och sjukvård, socialtjänst

En grundläggande kunskap om de narkotikarelaterade dödsfallen är avgörande för att kunna förebygga dessa. Sverige har genom användandet av olika register en unik möjlighet att få fram kunskap om dessa dödsfall. Kunskap finns således tillgänglig och bör utnyttjas bättre. En bättre kontinuerlig beskrivning av dessa dödsfall skulle ge en bättre förståelse för vilka det är som avlider och vad som går att göra för att förebygga detta.

Det förekommer olika definitioner av narkotikarelaterad dödlighet. Med utgångspunkt i dödsorsaksregistret har Socialstyrelsen haft en definition, EMCDDA en definition, UNODC en annan och NOMESKO ytterligare en. Utöver dessa har dessutom siffror från ett forskningsregister, TOXREG, använts. Detta har gjort att det rått en förvirring om antalet dödsfall samt om utvecklingen. De olika definitionerna har dessutom använts utan kunskap om vad som faktiskt inkluderats i respektive definition.

Oavsett vilken av ovan nämnda definitioner som använts är gruppen som avlider på grund av narkotika heterogen och består av allt från unga personer

som testar NPS till personer som haft ett långt missbruk till medelålders personer utan tidigare missbruk som tar sitt liv. Att inte beakta detta riskerar att göra åtgärdsprogram ineffektiva. Heterogeniteten gör att ett övergripande index riskerar att dölja de skillnader som finns i gruppen.

Så kallade kohortstudier, där dödligheten i en definierad population (t.ex. personer med missbruksdiagnos) beskrivs, kan komplettera redovisningar om narkotikarelaterade dödsfall som beskrevs i det föregående. Sådana studier är relativt enkla att göra i Sverige där personnumret kan användas för att länka ihop individer med specifika diagnoser i patientregistret med dödsorsaksregistret. Detta kan göras retrospektivt.

Ett arbete bör inledas med att ta fram en standardrapport som kan beskriva situationen löpande och växla in resultaten i den preventiva metodarsenalen. Data inhämtas från flera aktörer (t.ex. Socialstyrelsen, Rättsmedicinalverket), och från flera olika källor: dödsorsaks-, patient-, läkemedels-, LVM-registren m.fl.

Till detta ska läggas möjligheten att inom ramen för speciella forskningsutlysningar, gå ytterligare på djupet med frågor relaterade till dödsfallen. Det kan t.ex. vara forskning om preventionsstrategier (hälsokommunikation) kopplat till överdoser och suicid och forskning kopplat till säkrare läkemedel.

Uppföljning och utvärdering

Det finns ett behov av uppföljning och utvärdering av den föreslagna åtgärdsplanen. Att utforma en plan för utvärdering har dock inte rymts inom ramen för detta uppdrag. Att studera effekter av enskilda åtgärder och insatser är alltid en utmaning. Vid den här typen av åtgärder saknas kontrollgrupper och det är svårt att isolera effekter av enskilda insatser. Istället är det den sammantagna effekten av åtgärderna som mest sannolikt kan bedömas. Frågor att beakta i en utvärdering är exempelvis:

- I vilken utsträckning når åtgärderna de avsedda målgrupperna?
- I vilken utsträckning adresserar åtgärderna de påverkbara orsakerna?
- I vilken utsträckning är personerna som åtgärderna riktar sig till och deras närstående delaktiga i utformningen av åtgärderna?
- Riktar sig åtgärderna till alla relevanta målgrupper? Nås vissa målgrupper mer än andra? Varför?
- Är åtgärderna kostnadseffektiva?
- Hur fungerar implementeringen av åtgärderna? Gör rätt aktörer rätt saker i tillräcklig utsträckning?
- Hur fungerar samverkan mellan de olika aktörerna?
- Saknas det åtgärder?

Vidare finns ett behov av utforma indikatorer för de enskilda åtgärderna och införliva dessa i den samordnade, sektorsövergripande uppföljningen inom ANDT-området som Folkhälsomyndigheten ansvarar för.

Referenser

1. Drug-related deaths in Sweden – Estimation of trends, effects of changes in recording practices and studies of drugs patterns, CAN rapport 158, 2016
2. Socialstyrelsen. Narkotikarelaterade dödsfall. Statistikutveckling och en analys av 2014 års dödsfall. Stockholm; Socialstyrelsen: 2016
3. Socialstyrelsen. Skattning av problematisk narkotikaanvändning 2007. Dnr: 12484/2012. Stockholm; 2012
4. Drogssituationen. Lägesbild i Sverige 2013-2016. Polismyndigheten. Nationella operativa avdelningen. 2017.
5. Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2017. Socialstyrelsen 2017.
6. Myndigheten för vårdanalys. PM 2016:1, Samordnad vård och omsorg 2016
7. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser Missbruks- och beroendevården. 2016
8. Svensk narkotikapolitik. Socialdepartementet 2015.
9. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitiken 2016-220, Regeringens skrivelse 2015/16:86
10. FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, art 12.
11. Att förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling. Regeringskansliet.
12. Alkohol- och narkotikaproblem. Johnson, Richert & Svensson. Studentlitteratur 2017
13. The Single Convention on Narcotic Drugs (1961), the Convention on Psychotropic Substances (1971) and the Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (1988)
14. International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders. United Nations Office on Drugs and Crime, March 2017
15. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning; Socialstyrelsen 2015
16. EMCDDA, PERSPECTIVES ON DRUGS - Preventing overdose deaths in Europe. 2016, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction.
17. Håkansson A, Vedin A, Wallin C & Kral AH (2013). Utdelning av naloxon för att förebygga död i heroinöverdos. Studie av opiatberoende patienters inställning till att ingå i antidotprogram. Läkartidningen, 2013;110: CD4D.
18. Richert T (2015b). Wasted, overdosed or beyond saving - To act or not react? Heroin users' views and assessments, and responses to witnessed overdoses in Malmö, Sweden. International Journal of Drug Policy, 26, 8) 92-99.
19. Health & Wellbeing Directorate - Public Health England, TURNING EVIDENCE INTO PRACTICE - Preventing drug-related deaths. 2014, Health & Wellbeing Directorate, Public Health England: London

20. Neira-León M, Barrio G, Brugal MT, De la Fuente L, ballesta R, Bravo MJ et al. (2006). Do young heroin users in Madrid, Barcelona and Seville have sufficient knowledge of the risk factors for unintentional opioid overdose? *Journal of Urban Health*, 83, 477-494.
21. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017. Att komma överens - En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården. Rapport 2017:1
22. Stoové MA1, Dietze PM, Jolley D Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data. *Drug Alcohol Rev.* 2009 Jul; 28 (4):347-52.
23. Caudarella A, Dong H, Milloy MJ, Kerr T, Wood E, Hayashi K. Non-fatal overdose as a risk factor for subsequent fatal overdose among people who inject drugs. *Drug Alcohol Depend.* 2016 May 1;162:51-5.
24. Darke S1, Williamson A, Ross J, Teesson M. Non-fatal heroin overdose, treatment exposure and client characteristics: findings from the Australian treatment outcome study (ATOS). *Drug Alcohol Rev.* 2005 Sep;24(5):425-32.
25. Socialstyrelsen, Patientregistret, 2014; Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2015, 2016
26. Unga personer inom missbruks- och beroendevården, Nationell tillsyn av samverkan mellan olika aktörer samt socialtjänstens myndighetsutövning. Inspektionen för vård och omsorg (IVO). 2017
27. RED LIV 2016 – En evaluering af forebyggelse af opioid-overdosisdödsfald med Naloxon.
28. Socialstyrelsen, Narkotikarelaterade dödsfall 2016
29. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/take-home-naloxone>

Bilaga 1. Översiktlig sammanställning av föreslagna åtgärder

Nr	Åtgärd	Faktor	Huvudaktör	Målgrupp
1.1	Varningssystem mellan myndigheter	Samverkan och informationsutbyte	Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen	Myndigheter, hälso- och sjukvård och socialtjänst
1.2	Riktad information till personer som brukar narkotika	Samverkan och informationsutbyte	Behöver utredas	Personer som brukar narkotika
1.3	Monitorering av överdoser i patientregistret	Samverkan och informationsutbyte	Socialstyrelsen	Myndigheter, hälso- och sjukvård och socialtjänst
2.1	Kunskapsutveckling för läkemedelsbehandling vid opioidberoende	Tillgång till vård och behandling	Socialstyrelsen	Personal på LAROmottaningar, hälso- och sjukvård och socialtjänst
2.2	Utbildning i hjärt- och lunggräddning (HLR) och tecken på överdos	Sociala attityder och normer, Risksituationer	Kriminalvården, Häktespersonal, SiS-institutioner, Hälso- och sjukvården, Sprututbytesmottagningar, Socialtjänsten, Civila samhällets organisationer m.fl.	, riskgrupper (personer som injicerar heroin och andra opioider)
2.3	Information om överdosrisker och säkrare användning riktat till personer som brukar narkotika	Sociala attityder och normer, Risksituationer	Brucarorganisationer, Kriminalvården, SiS, Hälso- och Sjukvården, Sprututbytesmottagningar, Härbärgen	Personer som brukar narkotika,, personer som injicerar heroin och andra opioider, personer som använder narkotikaklassade läkemedel
3	Naloxonprogram	Tillgång till vård och behandling	Sprututbytesmottagningar, Kriminalvården, LAROmottagningar	Personer som brukar opioider, anhöriga, "tredje person"
4	Systematiserat kunskapsutbyte och samordning mellan myndigheter och profession och civila samhället	Tillgång till vård och behandling, Sociala attityder och normer	Civila samhällets organisationer, myndigheter, hälso- och sjukvård, socialtjänst, forskare, brukarorganisationer	Civila samhällets organisationer, myndigheter, hälso- och sjukvård, socialtjänst, forskare, personer som brukar narkotika
5.1	Nationellt metodstöd i syfte att stödja polisens lokala arbete mot narkotika	Tillämpning av lagstiftning – kontroll och straff	Polismyndigheten	Personer som brukar narkotika, personer i riskzon för narkotikabruk

5.2	Kompetensutvecklingsinsatser för att tidigt upptäcka unga kvinnor med narkotikaproblem	Tillämpning av lagstiftning – kontroll och straff	Polismyndigheten	Kvinnor som brukar narkotika, kvinnor i riskzon för narkotikabruk
5.3	Ökad bevakning av försäljning av narkotika på internet	Illegalt införskaffade preparat	Polismyndigheten	Personer som brukar narkotika, säljare
5.4	Utveckla och stärka Tullverkets analys och selekteringsförmåga	Tillämpning av lagstiftning – kontroll och straff	Tullverket	Personer som brukar narkotika, säljare
6.1	Suicidprevention med inriktning mot läkemedels- och narkotikaförgiftningar	Tillgång till vård och behandling, Förskrivning av preparat	Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket	Personer med läkemedelsmissbruk framför allt kvinnor
6.2	Uppföljning av insatsen Bostad först	Sociala attityder och normer, Socioekonomiska faktorer och hälsfaktorer, Tillgång till vård och behandling	Socialstyrelsen	Häls- och sjukvården och Socialtjänsten
6.3	Följa upp personer som kommer in till akutmottagning med överdos	Undertag för insatser	Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Forskargrupper	Personer som kommer in till akutmottagning p.g.a. överdos
6.4	Specialutlysning till projekt om narkotika	Behov av forskning	Folkhälsomyndigheten	Organisationer, Forskargrupper
6.5	Förstudie om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens förutsättningar att möta behoven hos gruppen unga med drogproblem	Tillgång till vård och behandling	Socialstyrelsen	Personal inom socialtjänsten, Unga med narkotikabruk och deras familjer
6.6	Kontinuerlig och djupgående analys av narkotikarelaterade dödsfall med utgångspunkt i t.ex. Socialstyrelsens dödsorsaksregister och Rättsmedicinalverkets toxikologiska data	Forskning, samverkan och informationsutbyte, uppföljning	Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, RMV	Myndigheter, hälso- och sjukvård, socialtjänst

Bilaga 2. Konsekvensanalys av utbildning i hjärt- och lungräddning (HLR)

Socialstyrelsen har skattat kostnadsrelationen mellan att utbilda en instruktör i hjärt- och lungräddning (HLR) i en organisation och att köpa in tjänsten för att utbilda personal i HLR.

Det finns olika typer av hjärt- och lungräddningsutbildningar (HLR) beroende på vem som ska utbildas och till vilket syfte. Det finns också en del HLR utbildningar i kombination med första hjälpen, lära sig hur en hjärtstartare används med mera. För att se alternativkostnader jämförs priserna med att utbilda en instruktör på lågtröskverksamheter som i sin tur får utbilda sina kollegor relativt att hela personalen ska få den grundläggande utbildningen i HLR. Enligt HLR-rådet⁹ bör man gå utbildningen varje halvår, men minst en gång om året. En person som är utbildad i HLR har möjlighet att rädda liv inte bara vid överdos¹⁰, utan även vid andra andningsstopp eller hjärtstopp.

Instruktörsutbildning

Utbildningarna som jämförs i detta ekonomiska exempel är till för Instruktör i Vuxen-HLR enligt HLR förbundets krav. Vid en jämförelse av kostnader av vid nio utbildningsorganisationer ligger priserna på ett spann mellan 3500 kr till 5000 kr samt en utbildningstid mellan 7 till 9,5 timmar. Socialstyrelsen antar att medelpriset, 3 914 kr exkl. moms, är representativt.

Att utbilda en instruktör inom en organisation är en känslig metod inom organisationer med hög personalomsättning. Detta för att kompetensen riskerar att försvinna vid personalbyten.

Alla får grundutbildning

En grundutbildning i HLR tar ca 1–2 timmar där priset varierar och många företag vill att man kontaktar dem för en offert. De företag som inte krävde offert erbjuder utbildningen till en kostnad om 595 till 650 kr. Det finns även lägre priser om man bokar i stora grupper men dessa priser exkluderas. Vissa företag har enbart inte HLR utan kombinerade detta med hjärtstartare eller första hjälpen. Myndigheten antar ett snittpris om för en grundutbildning på 615 kr exkl. moms.

Slutsats

Med dessa priser lönar sig att utbilda en instruktör i HLR om denne i sin ger utbildning vid fler än sex tillfällen¹⁰ jämfört med att köpa in tjänsten.

⁹ <http://www.hlr.nu/s-hlr/>

¹⁰ Instruktörsutbildning 3 914 kr/ grundutbildning 615 kr = 6,36 tillfällen

Bilaga 3. Konsekvensanalys av införandet av naloxonprogram

Sammanfattning

Socialstyrelsen har gjort en konsekvensanalys av införandet av ett naloxonprogram. Naloxon är ett motgift som motverkar effekterna av opioider (t ex morfin och heroin). En lönekostnad på 779 476 har skattats för att utbilda personal samt alla registrerade patienter hos sprutbytesmottagningar och alla intagna inom Kriminalvården som brukar narkotika. Kostnaden för utbildningarna bedöms som måttlig. Kostnaden för Naloxon-kit skattas inte i denna analys då vidare utredningar behövs om hur naloxon ska administreras av narkotikanarkotikabrukare i Sverige.

Naloxonprogram

Myndigheten har undersökt hur de nordiska länderna delar ut naloxon till narkotikabrukare. I Danmark innebär naloxonprogrammet att sjuksköterskor och frivilliga får en utbildning om 4 timmar gällande naloxon, lungräddning och hur man känner igen en överdos. Sedan får brukarna en utbildning om 10 minuter av den utbildade personalen om hur man känner igen en överdos, hur man genomför lungräddning och erhåller därefter ett naloxon-kit. I Danmark omfattar ett naloxon-kit en låda med läkemedlet Prenoxad¹¹, ett MAD spruthuvud, en andningsmask, bomull servetter, handskar, kort med namn och läkarens underskrift om delegation, kort för utlämning till den behandlade att detta är ett projekt samt penna och registreringsark [27]. Norge har ett liknande kit.

Socialstyrelsen har gjort en konsekvensanalys med antagandet att naloxonprogram i första hand ingår som en del av verksamheten på sprutbytesmottagningarna och i andra hand som en del av kriminalvårdens verksamhet. Socialstyrelsen vill även lyfta upp eventuella möjligheter att ha ett naloxon-program på fler ställen, så som LARO-mottagningar, men myndigheten har inte gjort beräkningar om detta.

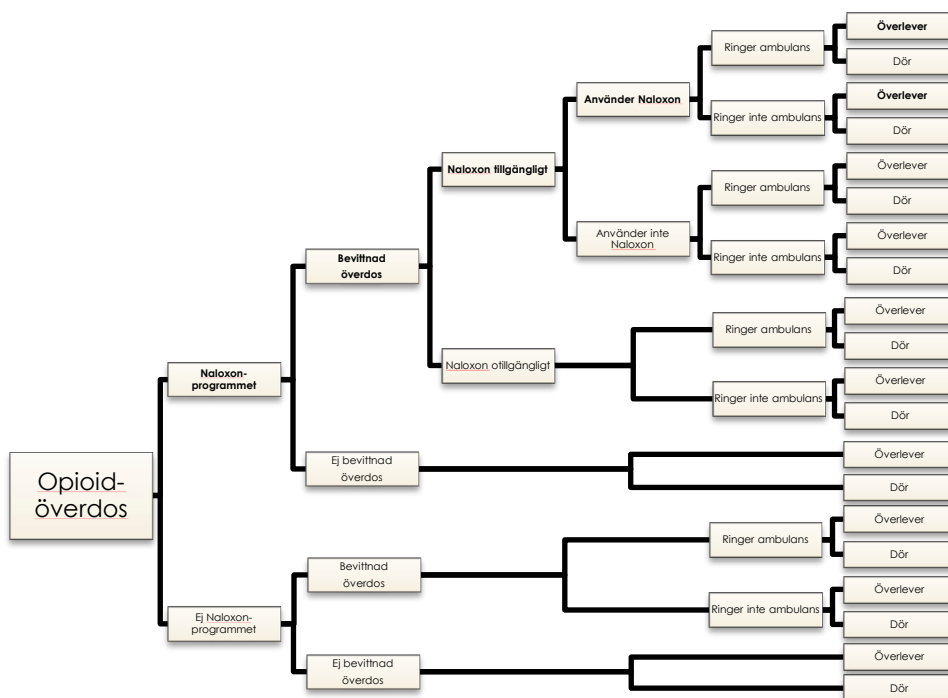
Naloxonprogrammets effekter

Hur stor utsträckning naloxonprogrammet kan rädda liv är svårtolkat då en förutsättning är att naloxon finns tillgängligt vid en överdos, att det finns en person i närheten som bevittnar överdosen, personen har utbildning i att känna igen en överdos, att personen kan utföra lungräddning samt ge naloxon (bild 2). För att få bättre möjlighet att överleva överdosen skall ambulans även tillkallas då halveringstiden kan skilja sig åt mellan naloxonet och opioiden.

¹¹ Prenoxad är en förfylld spruta med naloxon

Under 2014 registrerades 934 narkotikarelaterade dödsfall, 555 (59 procent) av dessa var orsakade av opioider [28]. Detta innebär att opioider är de vanligaste förekommande substanserna bland dödsfallen.

Bild 2. Beslutsträd vid opioidöverdos med scenarion för naloxon distribution samt användning



Skattningen av nyttan för narkotikabrukaren och anhöriga är svår att kvantifiera. Naloxonprogram och kunskapen om överdos kan leda till att fler liv räddas. Naloxonet kan även leda till minskad oro och därmed bättre livskvalitet för den anhöriga. Inom naloxonprogrammet lär sig personer som brukar narkotika lungräddning vilket kan ha positiva effekter, inte bara vid opioidöverdos, utan även vid andra andningsstopp.

Kostnadsmässiga konsekvenser

Socialstyrelsen har identifierat direkta merkostnader som kan komma att uppstå som en konsekvens av införandet av utbildningar om överdos och lungräddning kombinerat med utdelning av naloxon. Enbart effekter som kan få betydelse för sprututbytesmottagningar och kriminalvården är inkluderade. Indirekta kostnader kommer inte att inkluderas i analysen.

Direkta kostnader för ändrade arbetsförutsättningar och administrativa kostnader kommer att redovisas nedan. Eftersom det finns sjuksköterskor på både sprututbytesmottagningar och inom kriminalvården behövs det ingen nyrekrytering av personal. Kostnaderna för ett Naloxon-kit redovisas inte då vidare utredningar behöver göras hur naloxon ska administreras av narkoti-

kabrukare i Sverige. Diskussion har förts med samrådande myndigheter angående innehållet av ett naloxon-kit i likhet med det som distribueras i Danmark.

Startkostnaden för ett naloxonprogram skulle exempelvis innebära att en projektgrupp undersöker samt gör studiebesök hos andra länder som bedriver liknande projekt. Denna kostnad kommer inte att beräknas i detta underlag då Socialstyrelsen inte har kunskap om genomförandet. Utöver de direkta personalkostnaderna är indirekta kostnader inte inkluderade eftersom de är svåra att förutse. Exempel på sådana kostnader inkluderar administration och övrig drift, framtida förändrad brottslighet, framtida förändrad användning av socialtjänst.

Jämförelsescenariot i detta underlag är att personen som använder narkotika inte får ett naloxon-kitt och att kostnaden för ambulans och sjukvård är oförändrad. Socialstyrelsen antar att personerna i fråga ringer i snitt lika många ambulanser om de har tillgång till naloxon som när de inte har det.

Beräkningar

Nedan redovisas beräkningar av vad utbildning skulle kosta på mottagningarna för sprututbyte samt via Kriminalvården. I mars 2017 fanns det 10 sprututbytesmottaningar¹²; i Malmö, Lund, Helsingborg, Växjö, Kristianstad, Kalmar, Stockholm, Jönköping, Uppsala och Blekinge. Enligt uppgift från den sista december 2016 har Kriminalvården 47 anstalter, 31 häkten och 34 frivårdskotor.¹³

Efter inhämtad information från sprututbytesmottagningen i Malmö och Kriminalvården, uppskattar Socialstyrelsen att den mest relevanta personal-kategorin för dessa utbildningar är sjuksköterska. Den tid som läggs ned i arbete multipliceras med timlön. Beräkningarna är en indikation på vad det kommer kosta med utbildning om överdoser i löpande verksamhet, givet oförändrade nivåer av narkotikabrukare. Det bör också vara en framtida diskussion om man ska utbilda alla personer som använder narkotika eller enbart personer som brukar opioider. I Dessa beräkningar inkluderas samtliga narkotikabrukare för att öka möjligheten av att rädda liv. Ingen prognos av framtida efterfrågan av naloxon har gjorts.

Socialstyrelsen har följt Danmarks exempel och antar att en grundutbildning till sjuksköterkor, avseende igenkännande av överdos samt kunskap om naloxon, är på 4 timmar. Där efter utbildar dessa sjuksköterskor narkotikabrukarna och varje person får 10 min undervisning i grupp om 5–6 personer, vilket gör att de sammanlagt utbildas i en timme och får se hur de andra brukarna praktiskt övar [24].

Lönekostnaden som används i beräkningarna till sprututbytesmottagningarna och Kriminalvården kommer från SCB lönedatabas där medelönen på en sjuksköterska är 33 700 kr per månad. För sjukstötterskorna på sprututbytet används en personalomkostadspålägg från Sveriges Kommuner och Landsting om 44,50 procent vilket resulterar i en månadslön på 48697 kr. Vid Kriminalvården används Arbetsgivarverkets uppgifter med ett perso-

¹² <http://www.socialstyrelsen.se/missbrukochberoende/sprututbyte>

¹³ <https://www.kriminalvarden.se/om-kriminalvarden/>

nalomkostadspålägg om 48,50 procent, vilket innebär en lönekostnad om 50 045 kr månaden.

Beräkningar för kostnader av utbildningarna vid sprututbytesmottagningar

Kostnaden som tillkommer vid naloxon-utbyte är utbildningen om 4 timmars för personalen som ska utbilda brukarna. Den totala kostnaden vid en fyra timmars utbildning blir 1 212 kr¹⁴ hos en sprututbytesmottagning, se tabell 1.

En ytterligare kostnad är när en sjuksköterska som ska utbilda brukarna i igenkännande av överdos och lungräddning. För att följa antagandet i den danska modellen tar varje utbildning 10 minuter vilket innebär en lönekostnad för en sjuksköterka på 51 kr¹⁵ per utbildad narkotikabrukare, alternativt 304 kr för att utbilda sex personer som i tabell 1.

Tabell 1. Personalkostnaden som faller på landsting inkl. personalomkostnadspålägget för 2017. Lönekostnaderna är beräknade exklusive Ob-tillägg och OH-kostnader.

Yrke	Timlön inkl. sociala avgifter, kr	Lönekostnad för 4 timmar, kr	Lönekostnad för en utbildning om 10 min till en narkotikabrukare, kr	Lönekostnaden för utbildning av 2 875 narkotikabrukare i sprututbytesprogrammet, kr
Sjuksköterska	304	1 217	51	170 184

Källa: SCB¹⁶ och SKL¹⁷

År 2015 fanns det i Sverige 2875 personer som är registrerade i sprututbytesprogram och Socialstyrelsen antar att alla de är adekvata för naloxonprogram. En total kostnad för sjuksköterskornas 10 minuters utbildning för 2 875 personer blir 145 834 kr. Detta är exklusive kostnaden för sjuksköterskornas utbildning om 4 timmar.

För att ge en total kostnadsbild av vad utbildningarna nationellt kan få för kostnad beräknar Socialstyrelsen att det utbildas två sjuksköterskor på varje sprututbytesmottagning. Mars 2017 finns det 10 sprututbytesmottagningar i Sverige vilket innebär att 20 sjuksköterskor går fyra timmars utbildning om naloxon och hur man känner igen en överdos. Denna utbildning för sjuksköterskorna skulle då kosta sammanlagt 24 378 kr. Detta innebär att sjuksköterskornas lönekostnad för få en utbildning och sedan utbilda 2 875 brukarna är 170 184.

¹⁴ Timlön 304 kr x 4 timmar = 1 212 kr

¹⁵ Timlön 304 kr / 6 = 51 kr

¹⁶ http://www.scb.se/sv/_hitta-statistik/lonedatabasen/

¹⁷ <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/ekonomi/budgetochplanering/arbetsgivaravgifter.1290.html>

Beräkningar för kostnader av utbildningarna inom Kriminalvården

Kriminalvården bedrivs med statliga medel och har sjuköterskor ansällda om minst halvtid på alla enheter. Brukare av narkotika som räknas in i Kriminalvårdens statistik är om 9 000–10 000 individer. De kan också vara inskrivna i sprututbytesprogrammet, det finns med andra ord risk för dubbelräkning. På grund av denna risk utgår beräkningarna om 9 000 narkotikabrukare.

I likhet med konstandsexemplet från sprututbytesmottagningarna så delar Socialstyrelsen upp kostnaderna om sjuksköterskornas egen utbildning om 4 timmar, brukarnas individuella utbildning om 10 min samt kostnaden att utbilda alla 9 000 narkotikabrukare.

Den direkta personalkostnaden, om alla 9 000 narkotikabrukare erhåller 10 minuter utbildning av sjuksköterska, blir 437 036 kr. Detta är exklusive kostnaden för utbildningen om 4 timmar enbart till sjukstötterskor.

För att ge en totalkostnadsbild av vad utbildningarna nationellt hos Kriminalvården beräknar Socialstyrelsen att det utbildas en sjuksköterska på varje anstalt, häkte och frivårdskontor, vilket blir 112 sjuksköterskor. Kostnaden för att alla 112 sjuksköterskor går 4 timmars utbildning blir 140 125 kr. Detta innebär att sjuksköterskornas lönekostnad för få en utbildning och sedan utbilda 9 000 brukarna inom kriminalvården är 609 292 kr.

Tabell 2. Personalkostnaden som faller på statens budget inklusive personalomkostnadspålägg för 2017. Lönekostnaderna är beräknade exklusive Ob-fyllägg och OH-kostnader.

Yrke	Timlön inkl. sociala avgifter, kr	Lönekostnad för 4 timmar, kr	Lönekostnad för en utbildning om 10 min till en narkotikabrukare, kr	Lönekostnaden för utbildning av 9 000 narkotikabrukare i kriminalvården, kr
Sjuksköterska	313	1 251	52	609 292

Källa: SCB¹⁸ och SKL¹⁹

Total lönekostnad

De två scenariona som har beräknats ovan ska se närmast som en indikation, då antaganden har behövts ta och det finns risk för dubbelräkning. Den totala lönekostnaden för både Sprututbytesmottagningarna och Kriminalvården blir 779 476 kr²⁰.

Andra konsekvenser än ekonomiska

Delar av det som ska beaktas och lyft upp i rapporten av European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) [26], är att brukarna ringer till ambulans i en lägre utsträckning när de har naloxon för att undvika att polisen eventuellt följer med ambulansen.

¹⁸ http://www.scb.se/sv/_hitta-statistik/lonedatabasen/

¹⁹ <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/ekonomi/budgetochplanering/arbetsgivaravgifter.1290.html>

²⁰ 170 174 kr (lönekostnad sprututbyte) + 609 292 kr (lönekostnad kriminalvården) = 779 476 kr (total lönekostnad)

EMCDDA 2016 [29] understryker vikten av utbildningen till brukarna om 10 minuter vid utdelning av naloxon. De lyfter fram ett kunskapsbehov om att halveringstiden på för naloxonet narkotikan kan vara längre än halveringstiden för naloxon. Det kan leda till att andingen helt kan upphöra igen efter att motgiftet, naloxon, har verkat ut. I samma rapport understryks kunskapen om att känna igen en överdos, då det i vissa fall kan se ut som personen sover.

För att få möjligheten att följa upp antal räddade liv vid ett naloxonprogram behöver man arbeta upp en struktur för utdelning samt uppföljning. Denna struktur är inte medräknad i konsekvensanalysen men bör ändå vara med i beaktningen. Naloxonprogrammet bör anpassas till Svenska förhållanden. Det är möjligt att effekten inte är så stor i början av naloxonprogrammet men ju mer kunskapen om överdoser och spridningen av läkemedlet desto fler liv kan komma att räddas.