Gäller för: Västra Götalandsregionen
Innehållsansvar: Hans Ackerot, (hanac), Överläkare
Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef
Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Giltig från: 2026-10-21
Giltig till: 2027-04-21

Regional medicinsk riktlinje

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören (SSN 2024-00261), giltig till 2026-11-01.

Utarbetad av Regionalt processteam beroende i samarbete med Samordningsråd vuxenpsykiatri samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa.

Innehåll

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) 1
Huvudbudskap 2
Förändringar sedan föregående version 2
Syfte 2
Bakgrund 2
Diagnos 3
Vårdbegäran 3
Utredning 4
Behandling 5
Samverkan 9
Uppföljning av insatser 11
Vårdnivå 11
Uppföljning av denna rutin 11
Innehållsansvarig 12

Bilaga 1.....13
Bilaga 2.....16
Bilaga 3.....18
Bilaga 4.....20
Bilaga 5.....21

Huvudbudskap

- Opioidberoende är en kronisk sjukdom med psykisk funktionsnedsättning och risk för förtida död.
- I de fall individen bedömts ha ett minst ett-årigt beroende av opioider bör man överväga läkemedelsassisterad behandling (LARO).
- LARO-behandling ges enligt Socialstyrelsens särskilda föreskrifter HSLF-FS 2016:1.
- Naloxon kan upphäva andningsdepression och bör förskrivas till individer i riskzon för att överdosera opioider.
- Psykologisk- och psykosocial behandling bör erbjudas.
- Då patienten har behov av samtidig insats från både hälso- och sjukvård och socialtjänst ska SIP erbjudas.

Förändringar sedan föregående version

RMR LARO är uppdaterad enligt följande:

- Skattningsformulär DUDIT-E ersätter DUDIT vid kartläggning av beroende av andra substanser än opioider.
- Nya fördjupningskoder för diagnos för patienter som befinner sig i olika typer av remission.
- Information om riskfaktorer vid egenvård med specifika preparat är borttagen.
- Vikten av sambehandling och samplanering med primärvård förtydligas.
- I bilaga 2 om val av preparat ny text om Buprenorfin och Metadon/levopidon.
- I bilaga 4 ny skattningsskala för mått på subjektiva abstinenssymptom (SOWS).

Syfte

Att skapa förutsättningar till god och jämlik vård i hela Västra Götalandsregionen för personer med opioidberoende som har haft en varaktighet av minst ett år.

Bakgrund

Patienter som är beroende av opioidanalgetika vårdas enligt RMR Opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta. Personer som söker för opioidberoende vårdas primärt enligt RMR Substansbrukssyndrom. LARO är en behandling för patienter som har ett allvarligt opiodberoende.

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende är starkt rekommenderad insats och bedrivs huvudsakligen vid regionens så kallade LARO-mottagningar. Substitutionsbehandling ges med läkemedel som innehåller substanserna buprenorfin/naloxon, buprenorfin eller metadon. Riktlinjer baseras på Nationella riktlinjer för missbruk och beroende samt regleras sedan mars 2016 av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, HSLF-FS 2016:1. Föreskriften innefattar både patienter som blivit beroende av illegala substanser och de som har utvecklat ett beroende av läkemedel förskrivet av sjukvården. För att bli föremål för LARO-behandling ska beroendet haft en varaktighet av minst ett år. Antalet personer i Västra Götalandsregionen med opioidberoende uppskattas till ca 4800 personer och av dessa har knappt 1000 en pågående substitutionsbehandling. Incidensen av opioidberoende är sannolikt ca 200 personer/år, men det är svårt att beräkna och varierar sannolikt kraftigt beroende på samhällstrender. Opioidberoende leder till stort lidande för individ och närstående och överdödligheten i gruppen är stor. Behovet av sjukvård och andra samhällsinsatser är stort. Patienter som ordineras LARO ska ha fyllt 20 år men det går i särskilda fall att göra undantag (se HSLF-FS 2016:1). LARO-insats för patienter under 20 år är därför ovanligt, detta trots att narkotikadödligheten är hög bland unga vuxna. Det är därför viktigt att tidigt uppmärksamma eventuell utveckling av opioidberoende hos unga vuxna. I RMR Substansbrukssyndrom finns ett särskilt avsnitt gällande vård för barn och unga med skadligt bruk av opioider.

Diagnos

Diagnoser fastställs enligt ICD-10; F 11.2 opioidberoende.

Den tidigare ICD-10-koden för opioidberoende F11.2 har kompletterats med fem fördjupningskoder. Dessa koder bör användas för en mer specifik klassificering av opioidberoende:

F11.2C Opioidberoende, aktiv droganvändning

F11.2D Opioidberoende, tidig fullständig remission

F11.2E Opioidberoende, långvarig partiell remission

F11.2F Opioidberoende, långvarig fullständig remission

F11.2X Opioidberoende, ospecificerat

Vårdbegäran

För denna målgrupp är det viktigt att det finns hög tillgänglighet av behandling, alla remisser tas emot. Vägen in till behandling får inte vara svår och krävande. Den kan till exempel gå via drop in-mottagning, egenremiss eller remiss från annan instans. Då remiss skickas från annan instans bör följande beaktas:

- Patientens motivation till förändrat substansbruk.
- Det bör framgå om opioidberoende är huvudberoende, om beroendets varaktighet är minst ett år, samt vilka tidigare behandlingsinsatser som prövats.

- Aktuellt substansberoende bör vara kartlagt genom anamnes, bedömning och alkohol- och substansanalyser.
- Vid analgetikaberoende, bör det framgå om nedtrappningsförsök gjorts, information om tillvägagångssätt samt utfall.

Utredning

Utredningen syftar till att klargöra om diagnosen opioidberoende föreligger sedan minst ett år och att LARO-behandling därigenom förväntas resultera i ökad funktion och livskvalitet. Utredning kan behöva anpassas, viktigast är primärt att stabilisera individen så att utredning och bedömning kan genomföras patientsäkert.

Prioritet in till utredning och vidare behandling gäller vid

- Opioidberoende hos gravida.
- Dagligt injektionsbruk av opioider.
- Upprepade överdoser av opioider.
- Överdos av opioid i närtid.

Informationsinhämtning, efter patientens samtycke

- Individen bör involveras och vara en aktiv part i informationsinhämtning.
- Journaluppgifter hämtas från psykiatri och övrig sjukvård. I de fall detta inte ger underlag för att bedöma att beroendet har haft varaktighet om minst ett år – kontakta andra vårdgivare, socialtjänst och andra myndigheter.
- Social situation och eventuell insats från polis och kriminalvård kartläggs. Kontakt med eventuell myndighet upprättas i samverkan med individ.
- Granskning av Nationella patientöversikten (NPÖ), för att möjliggöra bedömning om LARO behandling kan inledas, utifrån eventuell annan förskrivning.

Bedömning avseende opioidberoende

Enligt ICD 10, ska 3 av nedanstående 6 kriterier vara uppfyllda för diagnos opioidberoende (F11.2).

- Stark längtan efter opioider (sug eller tvång att inta substansen).
- Svårighet att kontrollera intaget (kontrollförlust).
- Fortsatt användning, trots vetskap om att intaget lett till skadliga effekter, såväl fysiska som psykiska.
- Prioritering av opioidanvändning med följd att andra aktiviteter och förpliktelser försummats.
- Ökad tolerans.
- Abstinensbesvär.

Laboratorieprover
Efter en individuell bedömning kan substansanalys vara nödvändig för att kartlägga substansbruk och upprätthålla grundläggande patientsäkerhetskrav. För att säkerställa att individuell bedömning har skett, att information har lämnats och att patienten har lämnat samtycke behöver detta journalföras. Utredning av skadligt bruk/beroende bör innefatta substansanalyser då blandberoende är utbrett och det är väsentligt att få en tydlig bild av beroendetillståndets karaktär. Det är av vikt att säkerställa att test för substansanalys fångar aktuella droger. Standardtest i urin ger till exempel endast utslag på opiater, varför övriga opioider såsom tramadol, oxykodon och fentanyl inte inkluderas. För att detektera ett bredare spektrum av substanser kan substanspaket i saliv användas. De mindre säkra urinstickorna bör användas mer sparsamt. För kontroll av samtidigt alkoholberoende, tas blodprover, i form av leverstatus och B-PEth.

Samsjuklighet
Kartlägg eventuell förekomst av psykiatrisk samsjuklighet så att patientsäkra insatser kan erbjudas. Om patientens tillstånd tillåter bör utredning startas enligt RMR basutredning. Samsjuklighet får inte medföra att man exkluderas från LARO. Bedöm om samsjukligheten kan tolkas som en följd av substansberoende. Psykiatrisk samsjuklighet utreds och behandlas parallellt enligt respektive RMR. Bedöm suicidrisk, var god se VIP missbruk - beroende. Bedömning av somatisk samsjuklighet genomförs. Somatiskt status utförs, där anamnes kring somatiska sjukdomar, tidigare krampanfall, delirium tremens eller smittsamma sjukdomar ska ingå.

Samtidigt skadligt bruk - beroende av andra substanser
Bedöm om det föreligger skadligt bruk eller beroende av andra substanser. AUDIT och DUDIT-E genomförs och dokumenteras. Samtidigt användande av andra substanser är vanligt, med ökad dödlighet som följd. Vid bruk av andra substanser, bör insättning av läkemedel planeras noggrant och efter riskbedömning. Vid riskbedömning bör hänsyn tas till;

1. val av läkemedel.

2. vilken substans som bör hanteras först.

3. risk/nytta av insättning av läkemedel för LARO-behandling trots pågående bruk av andra substanser, gentemot risk för överdosering eller andningsdepression hos obehandlade opioidberoende patienter med samtidigt bruk av andra substanser.

Ingen patient bör på grund av samsjuklighet med skadligt bruk eller beroende av andra substanser nekas LARO-behandling.

Behandling

På kort sikt är målet för behandlingen alltid skademinimering, det vill säga att undvika överdos och dödsfall, samt att hjälpa patienten upphöra eller minska sådant opioidbruk som medför exponering för risker, till exempel HIV och hepatit C-smitta. De långsiktiga målen för

behandlingen är att förbättra patientens fysiska, psykiska och sociala livskvalitet samt minska sociala skadeverkningar som är relaterade till bruk, t ex åtföljande kriminalitet för patienten och församhället. Orealistiska behandlingsmål kan lätt leda till besvikelse, och vara kontraproduktiva. Helhetssyn och samordning av insatser är centralt för LARO-verksamhet. Behandlingen innehåller skadereducerande insatser, psykologisk eller psykosocial behandling samt läkemedelsbehandling. När behandlingen inleds, ska vårdplan enligt HSLF-FS 2016:1, upprättas tillsammans med individen. Av vårdplanen ska framgå: Delmål och mål med behandlingen, besöks- och provtagningsfrekvens, vilka medicinska, psykologiska och psykosociala insatser som är planerade och när dessa ska genomföras. Vårdplanen ska utgå från patientens behov och egna önskemål.

Skadereducerande insats

Personer som är beroende av opioider är ingen homogen grupp och substitutionsbehandlingen kan ses som en skadereducerande insats. Det övergripande målet är att minska risken för skador av substansintag, öka patientens funktion och uppmuntra till positiva förändringar. Andra skadereducerande insatser bör erbjudas för de patienter som har ett fortsatt bruk av illegala substanser trots substitutionsbehandling. Exempel på insatser är:

- information om säker drogkonsumtion.
- patientutbildning avseende användning av naloxon vid opioidöverdos.
- kontakt med och insats vid infektion- och sprutbytesmottagning.
- stöd vid eventuell alkoholöverkonsumtion.

Samtliga patienter vid LARO-mottagningarna bör erbjudas naloxon. Målet är att öka tillgängligheten av naloxon för personer som rör sig i miljöer där risken att bevittna en opioidöverdos är stor. Naloxon kan upphäva andningsdepression och därmed minska dödlighet. Förskrivning av naloxon i nässpray kombineras med patientutbildning avseende användning av naloxon vid opioidöverdos. Vid insatsen används Socialstyrelsens utbildningsmaterial eller annat av motsvarande innehåll och omfattning. Personal som har kontakt med, och närstående till, patienter bör erbjudas information om förebyggande åtgärder samt träning i att hantera naloxon. Personer som, vid akut andningsdepression, behandlas med naloxon ska följas upp med akutvård, ambulans ska alltid tillkallas.

Psykologisk och psykosocial behandling

Psykologiska och psykosociala behandlingar ges parallellt med läkemedelsassisterad behandling och är i de flesta fall en förutsättning för gott behandlingsutfall. Insatser sätts in redan under inställningsfas och följer sedan hela LARO-processen. Insatser behöver anpassas efter individuella behov och funktionsnivå. Beakta den totala livssituationen, se till både hinder och resurser.

Centralt är att patienten är delaktig i den egna förändringsprocessen. Arbete med motivationshöjande insatser kan till exempel ske via motiverande samtal (MI). Verktyg såsom Dialog+ kan användas som metod för konkretisering av MI. Psykopedagogiska insatser har visat sig framgångsrika och stöd kan ges individuellt eller i grupp. Sådana insatser kan till exempel

handla om sömnproblem, levnadsvanor, återfallsprevention (ÅP) och strategier för att förhindra överdoser.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) rekommenderas vid opioidberoende, här ges individen möjlighet att arbeta med sitt beteende. Uppmärksamma alltid eventuellt psykiatrisk samsjuklighet, individen bör erbjudas parallellt stöd och behandling för samtidiga tillstånd. Obehandlad psykiatrisk problematik ger ökad risk för sämre förlopp. COPE (Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders using Prolonged Exposure) är en manualbaserad integrerad behandling av PTSD och substansbrukssyndrom. Manualbaserade program finns även för integrerad behandling vid adhd och samtidigt beroendetillstånd. Community Reinforcement Approach (CRA) innehåller flera tekniker och används huvudsakligen utanför terapirummet. Parterapi kan tilläggas annan behandling. Behandling kan ges vid LARO-mottagning eller annan enhet. Integrerad och samordnad behandling, till exempel case management, rekommenderas. Ytterligare information finns nedan under rubriken samverkan.

Läkemedelsbehandling

- Inledningsfas
  Efter beslut om att läkemedelsbehandling kan påbörjas, genomförs provtagning vid behov: blodstatus, leverstatus, elektrolyter, kreatinin, B-PEth. Substansanalys och övrig provtagning inklusive blodsmitteprover efter individuell bedömning. Vikt och längd kontrolleras och dokumenteras. Beakta somatisk och psykiatrisk samsjuklighet.

  Somatisk status inklusive neurologstatus, samt inspektion av eventuella injektionsskador. Konsultera vid behov infektionsklinik. Vaccination avseende hepatit A och B bör erbjudas. Vid positivt svar angående hepatit C eller hiv bör enheten remittera/ta kontakt med infektionsklinik för att patienten ska kunna erbjudas behandling. Detta kan om möjligt, ske på den egna enheten. Anmälan enligt smittskyddslagen ska göras. Motiveringsarbete för behandling av infektionssjukdomar, särskilt hepatit C, bör prioriteras. Informera om de insatser sprutbytesmottagning kan erbjuda.

  EKG kan kontrolleras med hänsyn till patientens ålder, somatiska hälsa och samsjuklighet. Risk för QT-förlängning vid behandling med buprenorfin är mycket låg, däremot är den, vid behandling med metadon, mycket hög.

- Insättning/upptrappning av läkemedel
  All information om insättning och upptrappning av läkemedel samlas i bilaga 2.

  Under perioden av insättning av läkemedel är det av största vikt att sociala och psykologiska insatser ges parallellt.

- Stabiliseringsfas
  Efter insättningsfasen överlämnas läkemedlen, enligt HSLF-FS 2016:1, under de tre första månaderna av behandlingen, av hälso- och sjukvårdspersonal. För peroralt intag ska detta ske under uppsikt. För att patienten, efter tre månaders övervakad läkemedelsbehandling, ska kunna hantera egenvård bör psykologiska och psykosociala insatser mobiliseras.

  Om det föreligger särskilda skäl, får specialistläkaren besluta att läkemedlen överlämnas och intas under uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal på någon annan vårdenhet. Om resultatet av behandlingen har varit stabilt under behandlingens tre första månader, får specialistläkaren därefter successivt överlåta till patienten att själv hantera sina läkemedel enligt bestämmelse om egenvård (SOSFS 2009:6). Specialistläkaren ska bedöma lämplighet för egenvård, det vill säga risk för att patienten överlåter läkemedlet till någon annan person eller hanterar det på ett otillbörligt sätt.

  Lämplighet till egenvård kan bedömas med hänsyn till följande.
  - Social stabilitet. Patienten bor på ett substansfritt boende och har ett substansfritt socialt nätverk.
  - Inget pågående bruk av icke förskrivna substanser.
  - Följsamhet till vårdplanen.
  - Hur ofta läkemedlen ska delas som egenvård, planeras tillsammans med patienten, dokumenteras i journalen, och omprövas om situationen ändras. Intervall för substansanalys ska individanpassas och planeras i motivationshöjande syfte och utifrån individens medicinska säkerhet.

Om individen inte bedöms lämplig för egenvård efter tre månader, fortsätter stabiliseringsfasen.

- Underhållsfas
  När patienten bedöms tillräckligt stabil och medicintag kan erbjudas som egenvård utan övervakning, påbörjas underhållsfas. Patientens lämplighet för egenvård samt behandlingsresultat följs upp fortlöpande. Under behandling kan behov av ytterligare utredningar och åtgärder uppkomma.
  - Årsbesök hos läkare bör innehålla psykiatrisk bedömning, somatisk undersökning samt läkemedelsgenomgång och återkoppling av provsvar.
  - Årsbesök hos sjuksköterska bör innehålla hälsosamtal samt bedömning av patientens sociala situation.
  - Vårdplanen ska följas upp och utvärderas var 6:e månad och revideras minst en gång per år.
  - Somatiskt friska individer – rutinstatus blod 1 gång per år (Hb, LPK, TPK, Na, K, Ca, Krea, ASAT, ALAT, B-PEth), eventuellt hepatit och HIV.
  - Kontrollera vikt 1 gång per år då metadonbehandling kan vara viktdrivande.
  - S-Metadon 1 gång per år eller vid behov tätare.
  - Individer som är ordinerade Metadon med dos > 100 mg: EKG 2 ggr/år, övriga med Metadonordination EKG 1 gång per år.

- Vaksamhet på endokrina biverkningar vid framför allt metadonbehandling (till exempel testosteronbrist).
- Patient med somatisk sjukdom hänvisas att söka, alternativt remitteras medfrågeställning, till primärvården, infektionskliniken eller annan adekvat sjukvårdsinstans.
- Om patienten inte bedöms lämplig för egenvård; återgå till stabiliseringsfas för fortsätt övervakat medicintagning tills bedömning åter visar på lämplighet för egenvård.

- **Sambehandling**

  När patienten har uppnått en stabilitet i sin LARO-behandling bör man samplanera med primärvård avseende tillstånd som benämns i RMR Ansvarsfördelning och konsultationer mellan Västra Götalandsregionens primärvård och specialistpsykiatri (vuxna). Detta för att öka graden av inkludering i samhället och skapa kontakt för den stora somatiska sjukdomsbörda som finns i denna patientgrupp.

- Avslut

  LARO-behandling är ofta långvarig och oftast livslång. Det finns evidens för att kvarstannande i behandling påverkar patientens funktion positivt och minskar risk för substansbrukets skadeverkningar både för individen och samhället. Därför skall stora ansträngningar göras för att försöka få till en fungerande behandling innan ett avslut kan övervägas. Avslut kan komma i fråga om den medicinska säkerheten inte kan upprätthållas. I sällsynta fall kan avslut övervägas ur arbetsmiljöhänseende. Läkaren fattar beslut om avslut efter att alla åtgärder är uttömda och efter att gemensam diskussion förts med patienten och i verksamheten. Stöd till skadereducerande insatser bör erbjudas, till exempel återfallsprevention. Det är även centralt att erbjuda information till samverkansparter. Om avslut bedöms vara en nödvändig åtgärd utan att patienten varit delaktig i beslutet bör hen om möjligt informeras. Överväg anmälningsskyldighet till socialtjänst (LVM, Orosanmälan kring barn). Det är oftast viktigt att socialtjänsten får kännedom om att patientens situation är allvarlig och LARO är avslutad. Vi vet att risken för död ökar efter ofrivillig avslutad LARO-behandling. Se övrig information, bilaga 4.

Samverkan

Samverkan med infektionsklinik, sprutbyteprogram samt primärvård bör upprätthållas. Överenskommelser om samverkan med andra vårdenheter kan behövas för att geografiska avstånd till en mottagning inte ska bli ett hinder. Längre avstånd till LARO-verksamheten kan utgöra hinder för patienter att ta emot och fullfölja behandlingen. Detta kan underlättas genom samverkan och överenskommelser med andra vårdenheter (till exempel vårdcentraler, lokala öppenpsykiatriska mottagningar eller beroendemottagningar) närmare patienten. Fast vårdkontakt utses, enligt respektive kliniks rutiner.

Sociala stödinsatser kan vara helt avgörande för behandlingsutfall. Samtycke till kontakt med socialtjänst, boende, kriminalvård, vårdgrannar, närstående och annat nätverk av betydelse behöver ofta inhämtas. Då patienten har behov av insats från både sjukvård och socialtjänst ska alltid samordnad individuell plan (SIP) erbjudas. Ansvarsfördelning mellan patient, sjukvård och socialtjänst ska tydligt vara uttalad och förankrad. Vid svag anknytning till arbetsmarknaden rekommenderas samverkan via utökad SIP dit andra huvudmän kan bjudas in, till exempel Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och arbetsgivare.

Närståendes situation ska beaktas och råd och stöd bör erbjudas. Beakta särskilt barnperspektiv, RMR Barn under 18 år som far illa eller riskerar att fara illa samt Regional medicinsk riktlinje Barn som anhöriga. Insatser för familjen kan ges i samverkan med socialtjänst.

Kontakt med civilsamhällets brukarorganisationer och stödfunktioner rekommenderas.

Graviditet och föräldraskap

Kliniskt noteras ibland att patienter som påbörjar LARO-behandling oplanerat blir gravida till följd av en förändrad livssituation med förbättrad kroppslig hälsa. För kvinnor och män i fertil ålder utan effektivt preventivmedel rekommenderas preventivmedelsrådgivning. Erbjud frikostigt graviditetstest till kvinnor i fertil ålder. Kvinnor med substansbruk har högre risk för att sjukdomar i underlivet underdiagnostiseras, vilket kan leda till allvarliga konsekvenser. Vi vet att dessa kvinnor, av olika skäl, har svårare att ta emot erbjudande om t ex cellprovtagning. Fördelaktigt är att ha nära samarbete med barnmorska.

Gravida som deltar i LARO-behandling rekommenderas fortsätta med denna. Kontakt tas omgående med resursteam inom mödrahälsovården i respektive del av regionen. Vårdplanering sker i samverkan mellan enheten som ansvarar för LARO, resursteam, neonatolog och socialtjänsten, var god se Länsgemensam riktlinje om oro för väntat barn - Vårdsamverkan i Västra Götaland (vardsamverkan.se).

En gravid med obehandlat opioidberoende ska snarast möjligt bedömas för eventuell insättning av LARO, då det skyddar både mamman och fostret. Välj i första hand monobuprenorfin och i andra hand Metadon. Kombinationspreparat Buprenorfin med Naoloxon ska ej användas. I undantagsfall kan inläggning i slutenvård vara nödvändig och ska i så fall prioriteras. Obehandlat opioidberoende under graviditet ökar risk för missfall, försämrad fostertillväxt och andra substansbruksrelaterade händelser. Vid förlossningen drabbas barnet av neonatalt abstinenssyndrom, NAS, i högre omfattning än vid LARO under pågående graviditet. Det finns gott vetenskapligt stöd för att LARO minskar risken för ovanstående. Fostret skyddas.

Den gravidas eventuella partner ska snarast möjligt erbjudas bedömning om det finns anledning att tro att även hen har ett opioiodberoende. Om den gravidas partner får behandling för ett eventuellt opioidberoende ökar möjligheten för den gravida att vara substansbruksfri. Samverkan mellan individ, behandlande läkare, ansvarig läkare inom mödravården under graviditet och barnläkare inför förlossning bör ske för en tydlig vårdplanering.

Förlossningen ska ske på sjukhus som har neonatalvård. Amning underlättar anknytningen till barnet och minskar risk för NAS samt allvarlighetsgraden om NAS utvecklas. Därför ska amning

uppmuntras. Samverkan och samplanering med neonatolog är central, inte bara runt frågan om amning utan även för att adressera många andra komplexa frågor som är vanligt förekommande i målgruppen.

Beakta barnperspektivet, alla vårdnadshavare/föräldrar som deltar i LARO-behandling kan behöva stöd i sitt föräldraskap. Om patienten önskar kan insatser lämpligen ges i samverkan med socialtjänst.

Uppföljning av insatser

- Behandlingsresultat följs upp fortlöpande. Under behandling kan behov av ytterligare utredningar och åtgärder uppkomma.
- Substansanalys genomförs återkommande, alltid utifrån individuell bedömning och i samverkan med patienten.
- Klinisk bedömning vid besök och bedömning av annat substansbruk.
- Använd diagnoskoder vid uppföljning för att differentiera vården.
- Årligen återkommande läkarbesök ska innehålla psykiatrisk bedömning, somatisk undersökning samt läkemedelsgenomgång och återkoppling av provsvar.
- Hälsosamtal hos sjuksköterska sker en gång per år.
- Vårdplanen följs upp och utvärderas var 6:e månad och revideras minst en gång per år.

Vårdnivå

Egenvård: Patientutbildning och frikostig förskrivning av naloxon.

Primärvård: Uppmärksammar utveckling av eventuellt opioidberoende och ansvarar för de insatser som anges enligt RMR Opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta. Ansvarar för kontroll av somatisk hälsoproblematik. När patienten har uppnått en stabilitet i sin LARO-behandling bör man samplanera med primärvård avseende tillstånd som benämns i RMR Ansvarsfördelning och konsultationer mellan Västra Götalandsregionens primärvård och specialistpsykiatri (vuxna). Detta för att öka graden av inkludering i samhället och skapa kontakt för den stora somatiska sjukdomsbörda som finns i denna patientgrupp.

Psykiatri: Patient kan på egen hand eller via remiss söka till LARO-mottagning. LARO sker endast vid verksamhet som är anmäld till Inspektionen för vård och omsorg.

Uppföljning av denna riktlinje

Inom LARO-verksamhet är uppföljning reglerad genom föreskrift och en integrerad del i behandlingen. Individen informeras om att LARO-verksamheten genomför registrering i kvalitetsregistret Bättre Beroendevård. Patienter som inte avsagt sig deltagande i registret, nyregistreras när behandlingen inleds.

- För att specifikt kunna följa upp substitutionsbehandling vid opioidanalgetikaberoende registreras insats med KVÅ-kod UV124.
- För att specifikt kunna urskilja LARO-patienter från övriga opioidberoende patienter registreras insats med KVÅ-kod UV126.

Kunskapsstöd för psykisk hälsa ansvarar i samverkan med enheten Regional vårdanalys för uppföljning och återkoppling till berörda linjechefer, regionala programområden och regionala processteam minst en gång per år. Uppföljning av indikatorer sker 3 månader efter nyregistrering, samt efter 1 år via kvalitetsregistret Bättre Beroendevård samt utifrån nedanstående indikatorer.

Antal personer som vårdats med diagnos opioidberoende (F11.2) med KVÅ-kod UV126 respektive F11.2 med KVÅ-kod UV124 som fått nedanstående insatser vid detta vårdtillfälle eller någon gång inom 12 månader efter vårdtillfället;

DU119	Återfallsprevention
AU124	Samordnad individuell vårdplan (även AW007, AW010)
GB009	Information och undervisning riktad till patient i kombination med ATC-koden V03AB15 Naloxon
DV046	Läkemedelsbehandling, utdelning av enstaka dos i kombination med ATC-koden V03AB15 Naloxon

Innehållsansvarig

Regionalt processteam skadligt bruk-beroende under ledning av berörda samordningsråd med ansvar för regional kunskapsstyrning samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa kunskapsstod.psykiskhalsa@vgregion.se.

Bilaga 1

RMR LARO - egen vårdbegäran

Namn:	Personnummer:
Telefonnummer:	Telefonnummer till närstående:
Adressen där du är mantalsskriven:	Adress där du kan ta emot post:
Behov av tolk? Ja/nej	Språk:

Med det att du ansöker om substitutionsbehandling (ej abstinensbehandling s.k. avgiftning) och vi har mottagit din ansökan kommer vi att erbjuda dig ett bedömningssamtal.

Vi kommer därefter att starta en utredning där din ansökan bedöms utifrån Socialstyrelsens föreskrifter om substitutionsvård, HSLF-FS 2016:1 (kan läsas på www.socialstyrelsen.se). Alla utredningar leder inte till behandling.

Genom samverkan mellan sjukvård och socialtjänst ökar möjligheterna till en fungerande behandling. Vi vill därför att du har en socialtjänstkontakt och att du bjuder in din socialsekreterare till bedömningssamtalet.

För att samverkan kring dig och våra möjligheter att erbjuda god och säker vård ska bli så bra som möjligt önskar vi att du samtycker till informationsutbyte mellan oss och de andra myndigheter som kan vara viktiga i och med att du utreds för substitutionsbehandling. Du kan samtycka genom att fylla in blanketten nedan. Skriver du inte något där utgår vi ifrån att du har full sekretess.

Du som patient kan alltid ta tillbaka ett tidigare samtycke. (I vissa speciella fall finns dock skyldighet genom lag att sjukvården bryter denna strikta sjukvårdssekretess även om det inte finns samtycke från patienten).

Härmed ger jag mitt samtycke till att personal på Substitutionsmottagningen/LARO-mottagningen får ta kontakt med nedanstående verksamheter för relevant informationsutbyte avseende min utredning/behandling samt vid behov beställa journalhandlingar:

☐ Socialtjänsten i _____ telnr:

☐ Kriminalvård/frivård _____ telnr:

☐ Annan verksamhet (t.ex. boende, vårdcentral, behandlingshem, anstalt) _____telnr:

☐ Nationella patientöversikten (NPÖ), för att möjliggöra bedömning om LARO behandling kan inledas, utifrån eventuell annan förskrivning av läkemedel

Ort och datum för samtycke: _____

Personnummer: _____

Namn:_____

Fortsättning, egen vårdbegäran

Namn:	Personnummer:	Datum:
Hur bor du?	Har du barn eller lever du tillsammans med barn? Barnens födelseår?	
Arbete/sysselsättning		
Om du har kontakt med socialtjänst, vilket socialkontor tillhör du?	Namn på socialsekreterare	
Är du tidigare straffad alternativt väntar du på rättegång/straff i nuläget?	Har du kontakt med frivården? Var och vem?	
Vilka droger har du använt? När började du använda dem?		
Alkoholvanor?		
Har du tidigare utretts för eller haft substitutionsbehandling?	Var?	När?
Har du haft andra behandlingar för ditt beroende, t.ex. abstinensbehandling, LVM-vård?	Var?	När?
Har du någon aktuell vårdkontakt avseende ditt psykiska mående? Hur tycker du ditt psykiska mående är just nu?		
Har du några kroppsliga sjukdomar? Aktuell vårdkontakt för detta?		
Har du några mediciner förskrivet från en läkare? Om Ja, i så fall vilka?		
Hur vill du leva ditt liv med substitutionsbehandling och vad tror du själv att du mer behöver hjälp med förutom substitutionsbehandling?		

Utredning för substitutionsbehandling i VGR Väntan för dig som patient kan bli lång under utredningsskedet. Vi försöker förkorta tiden det tar att genomföra en utredning så långt det är möjligt. Mer information får du vid första besöket.

Bilaga 2.

RMR LARO, Insättning/upptrappning av läkemedel
Val av preparat

Socialstyrelsen beskriver i Kunskapsstöd för behandling vid opioidberoende följande val av preparat:

För peroral buprenorfinbehandling finns följande alternativ: Buprenorfin (mono) som sublingualtablett eller buprenorfin/naloxon i kombination, som sublingualtablett eller film.

Naloxontillsatsen har inga mätbara effekter vid sublingualt intag, eftersom naloxonet då bryts ner via första-passage-metabolism i levern. Om beredningen däremot används för intravenöst bruk blockerar naloxon ruseffekten. Nationellt rekommenderar Läkemedelsverket och Socialstyrelsen därför att kombinationspreparaten bör användas för läkemedelsbehandling om inte särskilda skäl föreligger.

Buprenorfin finns också i depotform vilket ges som en långverkande subkutan injektion. Depotinjektioner kan erbjudas veckovis eller månadsvis. Beredningen är väl beprövad och har visat god effekt. Vid depotinjektion säkerställs följsamhet till behandling medan risken för läckage elimineras. Samtidigt kan resurser för behandling av nya patienter frigöras då behov av kontrollerat intag minskar. Depotinjektioner är ännu inte en prioriterad åtgärd i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Metadon/levopidon är en full agonist på opioidreceptorer och för vissa patienter är metadon mer effektivt än buprenorfin. Metadon kan därför väljas när buprenorfin inte ger tillräckligt resultat. Metadon/levopidon medför högre risk för andningsdepression och dosen bör därför anpassas individuellt. Levopidon (R-enantiomer av metadon) används i de fall där metadon inte ger fullgod effekt. Insättning av metadon/levopidon kräver klinisk erfarenhet och ska ske på Regional substitutionsmottagning.

Behandling
Buprenorfins effekt är dosberoende. Doser som resulterar i att buprenorfin binder till mer än 80 % av opioidreceptorerna krävs för att blockera drogeufori från illegala opioider. När koncentrationen av buprenorfin i plasma uppnåtts skyddar man opioidberoende individer från andningsdepression och överdosering vid återfall med illegala opioider, som till exempel heroin. Klinisk erfarenhet tyder på att man inte kan ange ett absolut tal för när koncentrationen av buprenorfin i plasma är optimal. Koncentrationsbestämning kan användas som komplement men ska inte vara styrande för måldos. Koncentrationsbestämning behöver alltid kombineras med individuell bedömning.

Vid underbehandling ökar risken för att patienter fortsätter använda opioider. Dosen av buprenorfin bör vara tillräckligt hög för att undvika abstinenssymtom. En följdeffekt kan annars bli att patienten tar illegala, mer potenta, opioider (enbart eller i kombination med till exempel bensodiazepiner) med eventuell andningsdepression som följd.

Skattning av abstinens bör göras regelbundet med hjälp av skattningsinstrumentet Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) (se bilaga 3). Här kan även Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWS) användas som komplement för att fånga upp patientens egen upplevelse av symtom (se bilaga 4).

Inställning av buprenorfin
För patienter med pågående opioidbruk kan buprenorfinbehandling påbörjas när de första tecknen på opioidabstinens uppträder, säkerställ med hjälp av t.ex. COWS (Bilaga 3) annars kan buprenorfin utlösa svår abstinens. Startdos är 4 mg och om inga tecken på abstinens uppkommer, upprepas dosen efter ca 30 min. Redan dag 2 ges den dos som kan används under stabiliseringsfas, 12-16 mg. Dag 3 ges upp till 20 mg.

För patienter som varit opioidfria under minst 7 dagar kan behandling starta på 2 mg och trappas upp med 2 mg dagligen (eller långsammare) upp till 12-16 mg. Bedömning av måldos görs av läkare.

För att säkerställa att dosen är tillräcklig rekommenderas COWS. Observera att COWS vid tidpunkt 0 (innan läkemedelsintag) ska skattas före dosökning. Dos av buprenorfin kan trappas upp 2-4 mg gradvis under en eller flera dagar tills COWS vid tidpunkt 0, visar mindre än 5. Förhöjda transaminaser kan vara kontraindikation för buprenorfin eller innebära dosreduktion och extra uppföljning. Vid terapisvikt (Se terapisvikt, bilaga 5) konsultera läkare.

Behandling med metadon
Om en patient ej blir opioidfri och/eller om opioidsug kvarstår vid behandling med buprenorfin trots adekvat dos bör man överväga om patienten skall ordineras metadon. Patienten bör då upplysas om potentiella biverkningar och risker förknippade med metadonbehandling. Man bör särskilt bedöma om det är medicinskt lämpligt med metadon utifrån annat substansbruk, framförallt avseende bensodiazepiner och alkohol. Metadonbehandling sker på ordination från Regional substitutionsmottagning i Göteborg. Om patienten har lång resväg samplaneras behandlingen med vårdinrättning där patienten befinner sig.

Bilaga 3

Patient: _____ Datum:_____

Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)

Skattningsstöd för observerad opiatabstinens under insättning av buprenorfin/metadon. För varje faktor uppge siffran som bäst beskriver det du kan observera hos patienten. Ta bara med symptom som kan orsakas av abstinens – exempelvis om patienten just har varit med om något fysiskt ansträngande som orsak till ökad puls, ska detta inte skattas. Lägg märke till att alla siffror 1-5 inte alltid finns med under respektive symptom.

Tidpunkt för skattning: 0 = strax innan intag av medicin, 30 min efter intag, 2 timmar efter intag, 6 timmar efter intag	0 min	30 min	2 tim	6 tim
Vilopuls: *mäts efter minst en minuts vila:* 0 <80: 1=81-100: 2= 101-120: 4>120				
Svettning: *under senaste 30 minuter som inte beror på värme i rummet* 0=ingen, 1=patienten uppger frysning/svettning: 2=observerbar lätt svettning i ansiktet: 3=svettpärlor i pannan: 4=rinnande svett				
Rastlöshet: *observerbar under skattningen* 0=kan sitta still: 1=uppger att det är svårt att sitta still men gör så ändå: 3= rör armar/ben, kan inte vara stilla: 5= kan inte vara i stillhet alls				
Pupiller: *jämfört med vad som förväntas vid aktuell belysning* 0=normalstorlek: 1=något större än förväntat: 2= klart större än förväntat: 5=maximalt förstorade				
Värk i ben/leder: *om det finns annan orsak till värk bedöms bara graden av ökade besvär som kan bero på abstinens* 0=ingen värk: 1=milt diffust obehag: 2= patienten uppger svår värk i leder/muskler: 4= patienten masserar muskler/leder, kan inte vara stilla på grund av värk				
Rinnande näsa/tårar: *som inte beror på förkylning eller allergi* 0=ingen: 1=täppt i näsan, fuktiga ögon: 2=rinnande näsa/tårar: 4=kraftigt rinnande näsa, tårar som rinner ner på kinderna				
Magbesvär: *avser de senaste 30 minuterna* 0=inget: 1=uppger kramper i magen: 2=illamående, lös avföring: 3=enstaka kräkning/diarré: 5= upprepade kräkningar/diarréer				
Delsumma sid 1:				

Patient: _____ Datum:_____

Skakningar (tremor): *observerbar vid utsträckta armar/händer* 0=ingen: 1=lätt skakning kan kännas men syns inte: 2=lätt skakning kan ses: 4=påtagligt synbar skakning				
Gäspning: *observeras under stunden för bedömning* 0=ingen: 1=gäspar någon gång: 2= tre till sex gånger under bedömning: 4= gäspar upprepade gånger under hela bedömningen				
Ångest/irritabilitet: *observerbara symtom* 0=ingen: 1=patienten uppger symtom men inget uppenbart i stunden: 2=klart ökad ångest/irritabilitet: 4=patienten är så ångestfylld/irriterad att det är svårt att genomföra bedömningen				
Gåshud: *ska kunna ses och kännas* 0=huden slät: 3=håren på armarna har rest sig något: 5=påtaglig gåshud				
Delsumma sid 2:				
Delsumma sid 1:				
Totalsumma:				

Graden av observerbar opioidabstinens:

Mild = 5-12

Medel = 13-24

Medelsvår = 25-36

Svår = Mer än 36

Bilaga 4

SOWS – Självskattning

Patientinstruktioner:

Var god och välj på var och en av de 16 punkterna nedan hur du känner just nu. Markera endast ett nummer.

0. Inte alls 1. Lite 2. Medel 3. Ganska mycket 4. Extremt

1 Jag känner mig nervös/orolig	0	1	2	3	4
2 Jag känner att jag vill gäspa	0	1	2	3	4
3 Jag svettas	0	1	2	3	4
4 Mina ögon tåras	0	1	2	3	4
5 Min näsa rinner	0	1	2	3	4
6 Jag har gåshud	0	1	2	3	4
7 Jag skakar	0	1	2	3	4
8 Jag har värmevallningar	0	1	2	3	4
9 Jag har köldvallningar	0	1	2	3	4
10 Jag har ont i mina ben och muskler	0	1	2	3	4
11 Jag känner mig rastlös	0	1	2	3	4
12 Jag känner mig illamående	0	1	2	3	4
13 Det känns som om jag vill kräkas	0	1	2	3	4
14 Mina muskler hoppar	0	1	2	3	4
15 Jag har magkramper	0	1	2	3	4
16 Jag vill använda opioider nu	0	1	2	3	4

Bilaga 5

RMR LARO, terapisvikt och avslut

Det finns evidens för att kvarstannande i behandling påverkar patientens funktion positivt och minskar risk för substansbrukets skadeverkningar både för individen, hälsoekonomin och samhällsperspektivet. Därför skall stora ansträngningar göras för att försöka få till en fungerande behandling innan ett avslut kan övervägas.

Terapisvikt indikerar risk för patients säkerhet och kräver läkarbedömning, inte minst för att se över patientens lämplighet för egenvård. (SOSFS 2009:6). Om patienten inte bedöms lämplig för egenvård längre, bör patienten besöka mottagningen för övervakat medicintag under tillsyn av sjukvårdspersonal tills patienten bedöms lämplig för egenvård igen. Patienten behöver tätare kontakt med vården, och orsak till terapisvikt bör kartläggas och resurser för stabilisering av patienten mobiliseras. Baserad på kartläggningen bör vårdplan uppdateras tillsammans med patienten.

Åtgärder vid terapisvikt

Vid terapisvikt kan till exempel följande frågor ställas: Har patienten för låg dos? Kan byte av beredningsform vara gynnsamt? Kan preparatbyte vara aktuellt? Är patienten utsatt för olika former av stress som går att minska eller eliminera? Behövs mer stödinsatser? SIP?

Vid fortsatt terapisvikt trots uttömda insatser från sjukvården övervägs LVM-anmälan.

Beslut om avslut

Patienter avslutas från LARO av olika anledningar.

1. Patientens egen begäran. LARO-behandling är en frivillig sjukvårdsinsats. Om patienten väljer att avsluta sin behandling bör patientens val respekteras.
2. När den medicinska säkerheten inte kan garanteras utifrån bristande följsamhet till vårdplan, bör vårdplan omprövas i första hand innan beslut om avslut.
3. Hot och våld tolereras inte och patienten kommer att avslutas när en säker arbetsmiljö för personal inte längre kan garanteras.
4. Fortsatt terapisvikt där alla insatser bedöms uttömda och oro kring om patient erhåller en god och säker vård föreligger: Risk/nyttavärdering utförs med målsättning kring fortsatt behandling alternativt avslut.

Avslut från LARO kan innebära stora risker för patientens hälsa och samhället, därför fattas och dokumenteras skäl för beslut av specialistläkare.

Åtgärder vid avslut

1. Informera patienten om beslutet.
2. Överväg anmälningsskyldighet till socialtjänst (LVM, Orosanmälan kring barn).
3. Erbjud läkemedelsnedtrappning. Metadon trappas ner 10 mg var 3:e dag (tre dagar på samma dos). Buprenorfin trappas ner 2 mg varannan dag (två dagar på samma dos).

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Hans Ackerot, (hanac), Överläkare

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-777

Version: 4.0

Giltig från: 2026-10-21

Giltig till: 2027-04-21