

Naloxon kan rädda liv

– bedömningar av nuläget och nästa steg

Delbetänkande av Narkotikautredningen

Stockholm 2022



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2022:54

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2022

ISBN 978-91-525-0482-6 (tryck)

ISBN 978-91-978-91-525-0483-3 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet Ardalan Shekarabi

Regeringen beslutade den 24 mars 2022 att uppdra åt en särskild utredare att föreslå hur en fortsatt restriktiv narkotikapolitik kan kombineras med ett effektivt narkotikaförebyggande arbete, en god missbruks- och beroendevård som innehåller insatser för skademinimering samt insatser för att ingen ska dö till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar (Dir. 2022:24). Utredningen fick också i uppdrag att genom en delredovisning den 14 oktober 2022 analysera om andra yrkesgrupper än hälso- och sjukvårdspersonal, och i så fall vilka, ska kunna ge naloxon mot opioidöverdoser samt vid behov lämna författningsförslag för hur det bör regleras. Den 24 mars 2022 förordnades Thomas Lindén, avdelningschef vid Socialstyrelsen, avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården, som särskild utredare.

Den 20 juni 2022 förordnades följande personer som sakkunniga att bistå utredningen: departementssekreterare Kalle Brandstedt, kansliråd Sophia Busk, ämnesråd Linda Mohlin, kansliråd Anders Persson, kansliråd Annika Remaeus och ämnesråd Helena Rosén. Kalle Brandstedt entledigades den 29 september 2022 och kansliråd Hanna M Eriksson förordnades samma dag. Den 20 juni förordnades som experter: undervisningsråd Annika Berggren, t.f. verksamhetsdirektör Birgitta Dahlberg, socialrättsjurist Monica Engström, ordförande Inger Forsgren, enhetschef Thomas Hvitfeldt, överläkare Sahar Janfada-Baloo, enhetschef Martin Lardén, specialistpsykolog och verksamhetssamordnare Johannes Lundell, handläggare Mikael Malm, utvecklingsledare Jonas Melinder, handläggare Zophia Mellgren, inspektör Ulf Modin, förbundsordförande Sofia Rydgren Stale, enhetschef Joakim Strandberg, medicinskt sakkunnig Pontus Strålin, enhetschef Marcus Sverdén och utredare Lena Thunander Sundbom.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 2 maj 2022 utredare Lina Pastorek. Som sekreterare i utredningen anställdes den

1 juni 2022 utredare Martin Lindblom och utredare Helena Löfgren först på deltid men från den 1 augusti på heltid. Den 13 juni 2022 anställdes juristen Anne Terdén som sekreterare i utredningen.

Utredningen har utsett en vetenskaplig referensgrupp som har bistått utredningen i arbetet. Den vetenskapliga referensgruppen består av docent Mats Anderberg, professor Anne Berman, docent Disa Dahlman, professor Johan Franck, professor Markus Heilig, professor Björn Johnson, docent Moa Kindström Dahlin, med. dr. Martin Kåberg, fil. dr. Håkan Leifman, professor Lena Lundgren och professor Anette Skårner.

Vi vill tacka alla medarbetare, verksamhetsföreträdare och organisationer som har bidragit med kunskap och erfarenhet. Vi vill särskilt rikta ett tack till företrädare och representanter för det civila samhället som också har bidragit i arbetet liksom Elisabeth Berglind från Vårdförbundet.

Utredningen överlämnar härmed delbetänkandet *Naloxon kan rädda liv – bedömningar av nuläget och nästa steg*.

Stockholm i oktober 2022

Thomas Lindén

/Lina Pastorek
Anne Terdén
Martin Lindblom
Helena Löfgren

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Bakgrund och uppdrag.....	9
1.1 Direktiv.....	9
1.2 Utredningens arbete och närmare om deluppdraget	10
1.3 Avgränsningar och tolkning av direktiven för delbetänkandet	11
1.4 Språkbruk och begrepp.....	13
1.5 Avgränsningar i förhållande till pågående regeringsuppdrag om naloxon.....	15
2 Problembeskrivning och kunskapsläge	17
2.1 Läkemedlet naloxon kan stoppa en opioidförgiftning.....	17
2.2 Vilka bör enligt nationella rekommendationer ges tillgång till naloxon?	18
2.3 Medicinska risker vid användning av naloxon är begränsade	19
2.4 Dödlighet till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar	20
2.5 Naloxon kan bara påverka dödsfall där opioider intagits	21
2.6 När och var är risken för opioidförgiftning som störst?	22
2.7 Är naloxon effektivt för att begränsa dödsfall till följd av läkemedels- eller opioidförgiftningar?	24

2.8	Vilka yrkesgrupper finns vid platser där opioidförgiftningar uppkommer?	25
2.9	Internationella och nationella initiativ om naloxon och kort historik.....	26
3	Internationella erfarenheter av naloxon.....	31
3.1	Erfarenheten från internationella organisationer	31
3.2	Situationen inom EU.....	32
3.3	Frankrike.....	32
3.4	Estland.....	33
3.5	Italien.....	33
3.6	Norge	34
3.7	Danmark.....	35
3.8	Finland	36
3.9	Island.....	36
3.10	USA.....	37
3.11	Sammanfattning av de internationella erfarenheterna.....	38
4	Gällande rätt	39
4.1	Hälso- och sjukvårdslagen	40
4.2	Patientsäkerhetslagen	42
4.2.1	Vem tillhör hälso- och sjukvårdspersonal?.....	44
4.2.2	Hälso- och sjukvård utanför HSL.....	46
4.3	Patientlagen.....	47
4.3.1	Samtycke inom hälso- och sjukvården.....	48
4.3.2	Undantag från samtycket	50
4.3.3	Den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § brottsbalken.....	51
4.4	Förskrivning, rekvirering och administration av naloxon	54

4.4.1	Godkännande och krav vid utlämnande av naloxon	54
4.4.2	Föreskrivning av naloxon	55
4.4.3	Egenvård och utlämnande av naloxon.....	57
4.4.4	Administration av naloxon	58
4.5	Sammanfattning	59
5	Etiska utgångspunkter och bedömningar	61
5.1	Möjligheten att rädda liv är av överordnad betydelse i en värdehierarki.....	61
5.1.1	Olika värden och perspektiv behöver balanseras om andra yrkesgrupper ska få administrera naloxon	61
6	Analys och bedömningar	65
6.1	Naloxon är en av flera insatser för att förhindra opioidorsakad död.....	65
6.1.1	För att minska narkotika- och läkemedelsorsakade dödsfall behövs betydligt fler insatser än naloxon	65
6.1.2	Implementering av naloxonutdelning till enskilda behöver förstärkas	66
6.1.3	Framtida reglering behöver anta nya och framtida utmaningar.....	67
6.2	Både reglering och stöd i implementeringsarbetet behövs.....	68
6.2.1	Gällande rätt skapar otydlighet om vad yrkesverksamma får och inte får göra vad avser naloxon.....	69
6.2.2	Implementering av naloxon utanför hälso- och sjukvården halkar efter	70
6.2.3	Arbetet med hjärtstartare och hjärt- och lungräddning (HLR) kan fungera som inspiration	71
6.2.4	Vilja och förankring högt upp i en organisation spelar roll för genomförandet	72

6.3	Ska andra yrkesgrupper kunna administrera naloxon och i så fall vilka yrkesgrupper?	73
6.3.1	Naloxon bör få administreras av andra än hälso- och sjukvårdspersonal	73
6.3.2	Ska det vara en möjlighet eller en skyldighet att få administrera naloxon?	74
6.3.3	Begreppet yrkesgrupper behöver utvidgas för att även inkludera verksamheter och platser.....	74
6.3.4	Möjliga bedömningskriterier för Narkotikautredningens fortsatta arbete med att föreslå vilka yrkesgrupper som ska få administrera naloxon	76
6.4	Sammanfattning och fortsatt utredningsarbete	80
7	Juridiska slutsatser	83
7.1	Möjligheter och hinder inom gällande rätt	84
7.1.1	Rättsliga krav för hälso- och sjukvården med relevans för andra yrkesgrupper.....	85
7.1.2	Är den allmänna nödbestämmelsen en framkomlig väg?	86
7.1.3	Möjligheter att ge naloxon inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen	88
7.1.4	Läkemedel med rekvisition.....	88
7.1.5	Läkemedelsbehandling med generellt direktiv	90
7.1.6	Avslutande diskussion	92
7.1.7	Den vidare utredningen	93
8	Slutsatser	95
	Referenser.....	97
	Bilaga	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2022:24.....	105

Sammanfattning

Naloxon är ett läkemedel som räddar liv genom att häva opioidförgiftningar och som gör det med begränsade medicinska risker. En rad initiativ har under de senaste åren vidtagits för att öka tillgängligheten till naloxon i Sverige. Vi har haft till uppgift att överväga om yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården ska få ge (administrera) naloxon till en person som drabbats av opioidförgiftning och som då själv inte kan administrera läkemedlet, samt hur det i så fall ska regleras.

Vi bedömer i detta delbetänkande att tillgången till naloxon behöver ingå som en av flera insatser i ett nationellt program för att förhindra narkotika- och läkemedelsorsakad dödlighet. Nässpray som innehåller naloxon kan rädda liv och är ett befintligt verktyg som i större utsträckning än i dag behöver tillgängliggöras i samhället. Narkotikautredningen återkommer med förslag på ett sådant nationellt program i sitt slutbetänkande, där naloxon bedöms behöva ingå som en av flera beståndsdelar.

Även om många opioidförgiftningar sker i hemmet så gäller det långt ifrån alla. Vi gör i detta delbetänkande ett principiellt ställningstagande om att det i syfte att rädda liv bör bli möjligt för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att kunna administrera naloxon vid en opioidförgiftning inom ramen för sina arbetsuppgifter. För att så ska bli möjligt behöver vi dock fortsätta utredningsarbetet för att kunna lägga förslag med tillhörande ändamålsenlig reglering och stöd för implementering.

Vi gör i delbetänkandet en initial analys av vilka olika yrkesgrupper och personal vid olika verksamheter som skulle kunna ges möjlighet att administrera naloxon. Vi har två alternativa inriktningar i det fortsatta arbetet beroende på vad som bedöms vara rättsligt möjligt. För att inte exkludera någon yrkesgrupp från att kunna administrera naloxon inom ramen för sina arbetsuppgifter kan ett undantag från gällande rätt övervägas och behöver då utredas vidare. Om detta

av juridiska skäl inte kan göras, föreslår vi olika grupper av yrken och verksamheter som underlag för vårt fortsatta utredningsarbete och analys. Denna gruppindelning väger samman olika perspektiv, kunskap om platser, yrken, aktuell forskning och juridiska förutsättningar.

Vår bedömning är att nödrätten inte bör användas som grund för ett systematiskt arbete med naloxon i samhället där yrkesgrupper administrerar naloxon som en del i sitt arbete. Därför behöver andra juridiskt gångbara lösningar identifieras och vi lämnar inga författningsförslag i betänkandet. Att yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården ska kunna administrera läkemedel på personer utan samtycke väcker flera rättsliga frågor som fortsatt behöver utredas och olika alternativ analyseras. Behandling med läkemedel ska enligt gällande rätt göras inom hälso- och sjukvården under noggrant reglerade former. I betänkandet resonerar vi om möjliga regulatoriska vägar framåt. För att naloxon ska kunna administreras av andra utanför hälso- och sjukvården är två förutsättningar nödvändiga; dels behövs tillgång till läkemedlet, dels behövs befogenhet att få administrera det till en person med opioidförgiftning. Båda dessa förutsättningar behöver lösas i en framtida reglering.

Vi har i detta betänkande också gjort en internationell utblick som visar att några länder tillgängliggjort naloxon mer brett i samhället, exempelvis USA, Norge och Danmark. Vi kommer i det fortsatta utredningsarbetet att närmare studera dessa lösningar för att hämta inspiration, särskilt vad gäller juridiska förutsättningarna för sådana lösningar i Sverige.

Utöver de juridiska förutsättningar som behöver komma på plats och förtydligas för att likvärdig tillämpning i hela landet ska kunna ske, så bör också olika former av implementeringsstöd eller vägledning övervägas.

1 Bakgrund och uppdrag

I detta kapitel redogör vi för direktiven, hur vi har organiserat vårt arbete, definitioner och avgränsningar samt delbetänkandets frågeställningar.

1.1 Direktiv

Regeringen beslutade vid regeringssammanträde den 24 mars 2022 kommittédirektiv för En svensk narkotikapolitik anpassad till nutidens och framtidens utmaningar. Fullständiga kommittédirektiv finns i bilaga 1. I korthet innebär direktiven att en särskild utredare ska föreslå hur en fortsatt restriktiv narkotikapolitik kan kombineras med ett effektivt narkotikaförebyggande arbete, en god missbruks- och beroendevård som innehåller insatser för skademinimering samt insatser för att ingen ska dö till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Syftet med utredningen är att säkerställa att narkotikapolitiken är förenlig med kraven på evidensbaserad vård, beprövad erfarenhet och skademinimering samt att den utvecklas och anpassas till nutidens och framtidens utmaningar. Dessa delar ska redovisas i slutbetänkandet senast den 29 september 2023 och ligger utanför det här delbetänkandet. Enligt direktiven ska utredningen lämna en delredovisning senast den 14 oktober 2022 avseende följande deluppdrag:

Analysera om andra yrkesgrupper än hälso- och sjukvårdspersonal, och i så fall vilka, ska kunna ge naloxon mot opioidöverdoser samt vid behov lämna författningsförslag för hur det bör regleras.

Naloxon är en opioidantagonist och ett motgift mot alla sorters opioider såsom exempelvis heroin, metadon, fentanyl, buprenorfin, tramadol och oxikodon. Genom användningen av naloxon kan opioidförgiftningar behandlas och liv räddas.

1.2 Utredningens arbete och närmare om deluppdraget

Utredningen En svensk narkotikapolitik anpassad till nutidens och framtidens utmaningar har valt att kalla sig Narkotikautredningen. Utredaren är ensam ansvarig för innehållet i betänkandet. Betänkandet är skrivet i vi-form med vilket avses utredare och sekretariat.

Sedan utredningens direktiv beslutades i mars 2022 har vi fokuserat på att planera arbetet framåt, utveckla arbetsplaner, rekrytera personal, identifiera referensgrupper samt etablera nödvändiga externa kontakter. Utöver den expertgrupp som utsetts av Regeringskansliet har även en vetenskaplig referensgrupp etablerats. När detta delbetänkande överlämnas till regeringen har både expertgrupp och vetenskaplig referensgrupp hunnit träffas en gång. Vidare har vi genomfört en hearing för civilsamhället och organisationer med kunskap inom narkotikaområdet. Synpunkter om naloxon från samtliga dessa möten har beaktats i framtagandet av detta delbetänkande. Vi har också inlett ett samarbete med Samhällsnytta vid Karlstads Universitet för att genom intervjuer och möten med personer som använder narkotika säkerställa att vårt arbete och förslag utgår från deras behov.

Vi blev fullt bemannade först i augusti 2022 vilket begränsat möjligheterna att genomföra en fullständig analys i de delar om naloxonläkemedel som enligt direktiven ska rapporteras till regeringen senast den 14 oktober 2022. Vi kommer därför inte att lämna fullständiga analyser eller författningsförslag. Delbetänkandet innehåller preliminära bedömningar som vi avser arbeta vidare med. I linje med detta innehåller delbetänkandet ingen konsekvensanalys.

Delbetänkandet bygger i huvudsak på rapporter framtagna av internationella och nationella myndigheter, forskningssammanställningar, vetenskapliga artiklar samt möten och samtal med personer, myndigheter och organisationer som har erfarenhet av naloxonfrågor. Den juridiska delen av betänkandet utgår från gällande rätt, primärt inom medicinsk rätt med angränsande områden. Vi har gjort en internationell utblick för att inhämta kunskap från andra länder och internationella organisationer om deras erfarenheter av naloxon. Utblicken bygger i huvudsak på svar vi fått från dessa länders hälso- och sjukvården. Överblicken redovisas i kapitel 3.

Även om detta delbetänkande endast omfattar en del av våra fullständiga direktiv kan det vara värt att notera att flera delar som ska avrapporteras först den 29 september 2023 hänger tätt samman med frågan om det ska vara möjligt för andra yrkesgrupper att kunna administrera naloxon. Det handlar exempelvis om kopplingen till punkterna i utredningsdirektiven att vi ska

- genomföra en analys av utfallet av insatser som i ett internationellt perspektiv har vidtagits i syfte att minska narkotikadödligheten,
- föreslå ett nationellt program för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar samt
- föreslå en modell för en ändamålsenlig uppföljning av missbruks- och beroendevården, vilken även ska inkludera en ändamålsenlig uppföljning av användningen av naloxonläkemedel samt hur uppföljningen ska utvecklas över tid.

Detta innebär att förslag om andra yrkesgrupper utöver hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna administrera naloxon, måste hänga samman med eventuella kommande förslag om program för att minska dödlighet. Detsamma gäller uppdraget att föreslå en modell för uppföljning av naloxonläkemedel. Detta avser vi återkomma med först i slutbetänkandet.

1.3 Avgränsningar och tolkning av direktiven för delbetänkandet

I utredningens direktiv framgår bland annat följande:

Tillgängligheten till naloxon skulle kunna öka ytterligare om naloxon kan förskrivas på ett sådant sätt att ytterligare yrkesgrupper kan administrera läkemedlet till personer som har tagit en överdos. Genom att fler grupper innehar och administrerar naloxon kan ett snabbt och effektivt agerande möjliggöras för att rädda liv. Läkemedelsverket och Socialstyrelsen bedömde 2018 att förslag som möjliggör för nyckelgrupper utanför hälso- och sjukvården att inneha och administrera naloxonläkemedel till en annan person behöver utredas i särskild ordning. Myndigheterna konstaterade att ett sådant förslag nödvändiggör övergripande överväganden om bland annat grundlagsskyddade rättigheter, och de eventuella författningsändringar de föranleder måste sannolikt göras på lag- och förordningsnivå i stor utsträckning. Utöver

detta är det viktigt att arbetsmiljö-, ansvars- och kompetensfrågor utreds i förhållande till berörda aktörers uppdrag och förutsättningar.

Vi har tolkat direktiven så att vårt uppdrag inte primärt har fokus på hur enskilda personer, såsom närstående, patienter eller allmänhet, ska få tillgång till naloxon. Frågan är dock angelägen. Detta kan vi tänkas återkomma till i vårt slutbetänkande när vi ska föreslå ett nationellt program för att minska dödlighet till följd av narkotika- eller läkemedel. Vi har i vissa delar av detta betänkande behövt beskriva även hur regelverk och förskrivning till enskilda, liksom enskildas möjlighet att administrera naloxon, ser ut. Vår uppgift är i första hand att analysera och utreda de rättsliga möjligheterna för andra yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården även om det också är angeläget att arbeta för en ökad tillgänglighet till naloxon också för enskilda.

Andra yrkesgrupper än hälso- och sjukvårdspersonal definierar vi som yrkesgrupper och verksamheter som inte lyder under hälso- och sjukvårdens regelverk (se kapitel 4). Vidare har vi bedömt att vår uppgift enligt utredningsdirektivens skrivning vad avser att ge, är avgränsad till frågan om vilka yrkesgrupper som ska kunna *administrera*¹ (ge) läkemedlet till en person som drabbats av opioidförgiftning och som själv inte kan administrera läkemedlet i den situationen. Att *administrera* innefattar att yrkesgrupperna också har tillgång till naloxon varför även sådana resonemang tas upp i betänkandet. Vi har därför inte utrett om yrkesgrupperna också skulle kunna ge i bemärkelsen dela vidare/dela ut läkemedlet till enskilda (såsom personer som använder narkotika och närstående). Detta är dock en angelägen fråga som vi i det kommande utredningsarbetet kan behöva återkomma till.

Ytterligare en viktig begränsning i vårt arbete handlar om innebörden av ordet *kunna* ge i våra direktiv det vill säga om yrkespersonal utanför hälso- och sjukvården ska *kunna* ge. Vi tolkar det som att innebörden av detta är att föreslå vilka yrkesgrupper som bedöms behöva kunna administrera naloxon inom ramen för sina arbetsuppgifter. *Kunna* skulle även kunna tolkas innefatta en viss mån av frivillighet, i motsats till en skyldighet. Vi utreder därför frågan utifrån både att *kunna* om man vill som lekman och vilka risker/

¹ Begreppet "administrera" har en mer specifik betydelse än "ge". Administrera innebär att ge det färdigställda läkemedlet till en patient och är skilt från begreppet att överlämna läkemedlet. Exempelvis får apotekare överlämna läkemedel, men inte administrera läkemedel.

utmaningar det i så fall innebär samt *kunna* som en del av ens uppdrag som yrkesverksam med allt vad det innebär.

Vi har begränsat arbetet till att fokusera på yrkesgrupper som möter personer som har ett skadligt bruk eller beroende. Opioidförgiftning kan också drabba personer som använder förskrivna opioider som exempelvis smärtpatienter inom hälso- och sjukvården, det vill säga patienter utan skadligt bruk eller beroende. Bedömningen är att dessa patienter i huvudsak möter yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som redan i dag omfattas av regelverk som möjliggör både tillgång till naloxon samt administrering av naloxon. Därför exkluderas de i detta arbete. Däremot kan dessa patienters möjlighet att få tillgång till naloxon behöva utvecklas ytterligare, vilket vi kan behöva återkomma till i vårt slutbetänkande.

I detta delbetänkande analyserar vi i första hand nässpray som innehåller naloxon och inte naloxon i andra beredningsformer.

Sammanfattningsvis har vi avgränsat detta delbetänkande till att fokusera på

- yrkesgrupper, inte enskilda, utanför hälso- och sjukvården,
- vilken reglering som finns att förhålla sig till i dag,
- vilka avvägningar som behöver göras mellan olika värden och intressen för att kunna reglera området,
- vilka yrkesgrupper som ska kunna få tillgång till och kunna administrera läkemedlet naloxon och
- vad som krävs för att detta skulle kunna ske systematiskt inom ramen för dessas arbetsuppgifter.

1.4 Språkbruk och begrepp

En individ inom vård och omsorg kallas ibland patient, ibland brukare och ibland klient. För att undvika begreppsförvirring har vi i huvudsak valt att genomgående i stället skriva *personer som använder narkotika*.

Vi använder inte ordet *missbruk* utan i stället *skadligt bruk och beroende*. Definitionen utgår från ett av de diagnosystem som används i Sverige och internationellt.² I vår definition av *personer som*

² International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).

använder narkotika ingår *skadligt bruk och beroende*, men vår definition inkluderar även personer som använder narkotika utan att ha uppfyllt de kriterier som beskrivs i diagnossystemen.

Naloxon kan användas för behandling i situationer där en individ avsiktligt (suicid) och oavsiktligt (överdos) drabbats av opioidförgiftning varför vi valt att genomgående skriva *opioidförgiftning* eller *narkotika- och läkemedelsförgiftningar* i betänkandet.

Naloxon är en aktiv substans som inryms i det vidare begreppet opioidantagonist. Även om det för närvarande är naloxon i olika beredningsformer som används världen runt, kan det inför framtiden vara värt att överväga att använda begreppet *opioidantagonist*, såsom naloxon, för att eventuell lagstiftning ska kunna hålla över tid.

Eftersom begreppet *att ge naloxon* skulle kunna uppfattas både som att ge vidare i form av distribution och som att ge som behandling, använder vi den juridiska terminologin att *administrera* läkemedlet när vi avser användningen av naloxon till en person som drabbats av opioidförgiftning.

Att förskriva läkemedel är i dag förbehållet hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige. Förskrivning kan inte ske utanför hälso- och sjukvården. Om andra ger naloxon vidare skriver vi i stället ger (exempelvis om användaren av narkotika delar vidare läkemedlet, eller andra verksamheter utan hälso- och sjukvårdskompetens).

Att inhandla receptbelagda läkemedel genom beställning från apotek får i dag endast ske av hälso- och sjukvården. Detta kallar vi att *rekvirera* läkemedel. För att andra yrkesgrupper ska kunna få tillgång till naloxon behöver de kunna rekvirera läkemedlet.

Lekmän är det begrepp vi använder för att beskriva enskilda och yrkesverksamma utanför hälso- och sjukvården för det fall de ska ge behandling genom att administrera naloxon.

Anhöriga och närstående är begrepp som används för att beskriva både familj och vänner.

1.5 Avgränsningar i förhållande till pågående regeringsuppdrag om naloxon

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att arbeta för att öka tillgängligheten till naloxon.³ Uppdraget, som justerades i regleringsbrevet för 2022, delredovisades till regeringen den 31 mars 2022. Socialstyrelsen avser enligt delredovisningen, arbeta vidare med olika kunskapshöjande insatser, information, e-utbildningar och så vidare för att stimulera ökad tillgänglighet till naloxon inom i dag gällande regelverk. Socialstyrelsen bedömer även att det finns fortsatta utvecklingsmöjligheter i att förskrivning av naloxon som egenvård (för att öka tillgängligheten till naloxon bland personer som använder narkotika) ska kunna ske av sjuksköterskor inom verksamheter utanför hälso- och sjukvård såsom hem för vård och boende (HVB), kriminalvård, socialtjänst eller andra verksamheter.⁴ I delredovisningen redogjorde Socialstyrelsen för att myndigheten, tillsammans med Läkemedelsverket, avsåg att se över möjligheten att göra naloxon receptfritt i syfte att öka tillgängligheten i samhället.⁵ Läkemedelsverket har därefter analyserat frågan och publicerade i september 2022 en rapport där myndigheten redogör för sin bedömning av läget om receptfrihet. Läkemedelsverket bedömer att det inte finns något läkemedel med naloxon i form av nässpray som det i nuläget är rättsligt möjligt att klassificera som receptfritt. Läkemedelsverket redogör för olika tänkbara vägar framåt för att kunna godkänna ett naloxonläkemedel med receptfri status.⁶

Oavsett om naloxon på sikt kan bli receptfritt eller ej så behöver frågan om vilka yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården som ska kunna administrera naloxon vid en opioidförgiftning utredas. Narkotikautredningen kompletterar därför Socialstyrelsens pågående regeringsuppdrag i dessa delar.

³ Uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon, Regeringskansliet, 2021-06-10 S2021/04973.

⁴ Uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon – Delredovisning om genomförda och planerade aktiviteter inom ramen för uppdraget, Socialstyrelsen 2022.

⁵ Ibid.

⁶ Receptfrihetsstatus för naloxon i nasal beredning, Läkemedelsverket, 2022.

2 Problembeskrivning och kunskapsläge

I detta kapitel beskriver vi vad naloxon är och hur läkemedlet kan användas vid en opioidförgiftning. Vi beskriver också mer generellt dödlighet orsakad av narkotika- och läkemedel och när risken för opioidförgiftning är som störst liksom var förgiftningarna sker.

2.1 Läkemedlet naloxon kan stoppa en opioidförgiftning

Naloxon är ett motgift mot alla sorters opioider. Exempel på opioider är: heroin, metadon, fentanyl, buprenorfin, tramadol och oxikodon. En alltför stor dos av opioider kan medföra att spontanandningen upphör. Utan motgift kan man få syrebrist, och till slut hjärtstopp. Naloxon tar bort opioidernas effekt i ungefär en halvtimme och gör så att personen kan andas igen.¹ Vid opioidförgiftningar orsakade av fentanyl, som är mer potent, behövs högre dos naloxon eller högre koncentration av naloxon.² Naloxon är verksamt oavsett om opioidförgiftningen orsakats av narkotikaklassade legala läkemedel eller illegal narkotika som innehåller opioider och oavsett om förgiftningen var avsiktlig (suicid) eller oavsiktlig (överdos). Naloxon används inte för att behandla ett beroendetillstånd, utan för att häva en förgiftning och omedelbart rädda liv.

I Sverige används naloxon sedan länge inom hälso- och sjukvården för att i akuta situationer kunna häva andningsstillestånd vid opioidförgiftningar. Naloxon finns i flera olika beredningsformer. Vanligt inom hälso- och sjukvården är att preparatet finns för intramuskulär injektion och intravenös användning med infusions-

¹ Lär dig rädda liv med naloxon – Information om opioid-motgiftet naloxon, Socialstyrelsen, 2019.

² Naloxone to revert synthetic opioids overdose – evidence summary, EMCDDA, 2022.

vätska och kanyl separerade. Förfyllda sprutor och autoinjektor har tidigare marknadsförts i Sverige, men finns inte längre på den svenska marknaden.³

År 2017/2018 godkände Läkemedelsverket för första gången naloxonläkemedel som nässpray. Det finns i dag två nässprayer godkända för den svenska marknaden, *Nyxoid* och *Respinal*.⁴ Enligt FASS kostar preparatet *Nyxoid* 335 kronor och preparatet *Respinal* 449 kronor (båda har förmånspris med recept och två doser per förpackning). Regionerna kan ha upphandlat till lägre priser. För användning utanför hälso- och sjukvården, såsom av enskilda, används i princip uteslutande naloxon som nässpray. Enligt godkännande får dessa två nässprayer som innehåller naloxon administreras av annan än patienten själv. Vid utlämnandet ska enligt godkännandet den som tar emot läkemedlet få viss utbildning och information om hur läkemedlet ska administreras.

2.2 Vilka bör enligt nationella rekommendationer ges tillgång till naloxon?

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende rekommenderar huvudmännen olika evidensbaserade insatser.⁵ Riktlinjerna innehåller en rekommendation av högsta prioritet (prioritet 1) som omfattar naloxon. Enligt rekommendationen bör

hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda naloxon till personer med opioidberoende och risk för överdos. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan ha en livräddande effekt, samtidigt som biverkningarna är begränsade. Dessutom finns inga alternativa åtgärder för att häva en opioidöverdos. Rekommendationen utgår från befintliga studier och experters bedömningar, och tar också stöd i WHO:s expertkommittés bedömning av och rekommendation om åtgärden.⁶

Socialstyrelsen har publicerat informationsmaterial i olika format för att kunna nå fram med nödvändig information till användare av opioider, deras närstående samt personal som möter användare av opio-

³ När produkten marknadsfördes i Sverige kostade den cirka 330 kronor per förpackning.

⁴ FASS.se riktat till allmänheten.

⁵ Notera att Socialstyrelsens riktlinjer inom området riktar sig till båda huvudmännen oavsett om det finns regulatoriska begränsningar för någon av dem att ge insatsen, såsom är fallet vid exempelvis läkemedelsbehandling.

⁶ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen, 2019.

ider. I informationsmaterialet är fokus på användningen av nässpray, även om materialet också gäller för andra beredningsformer. Informationsmaterialet är uppbyggt som en utbildningsinsats med information om hur man känner igen en opioidförgiftning, säkrar andningsvägar, ger andningshjälp och naloxon samt bör ringa 112.⁷

I kapitel 4 redovisas vad som gäller för yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården som har befogenhet att administrera naloxon. Det finns också vissa undantag för andra yrkesverksamma att administrera naloxon och i samtliga dessa fall finns någon koppling till hälso- och sjukvårdslagstiftningen, vilka också redovisas.

2.3 Medicinska risker vid användning av naloxon är begränsade

Användningen av naloxon har begränsade medicinska risker och biverkningar.⁸ Detta gäller även om läkemedlet administreras på en person som inte har en opioidförgiftning. Naloxon ger inget rus och inget beroende. Att naloxon gjorts tillgängligt genom naloxonprogram i olika länder förefaller varken ha lett till ökad användning av opioider eller ökat risktagande hos personer som använder narkotika.¹⁰

Om läkemedlet administreras korrekt finns en risk att personen som är beroende av opioider kan hamna i abstinens vilket kan behöva medicinsk behandling. Ytterligare en risk är att opioidförgiftningen kan återkomma när läkemedlets effekt upphört och innan hälso- och sjukvårdspersonal är på plats.¹¹ I sådant fall kan en andra dos ges, vilket den som administrerar läkemedlet behöver känna till.¹²

Naloxon som nässpray har bara önskad effekt om den som administrerar läkemedlet utför insatsen enligt instruktion som framgår av bipacksedel. Om exempelvis den som administrerar läkemedlet spru-

⁷ Lär dig rädda liv med naloxon – Information om opioid-motgiftet naloxon, Socialstyrelsen, 2019.

⁸ FASS.se riktat till allmänheten.

⁹ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen, 2019.

¹⁰ Does naloxone provision lead to increased substance use? A systematic review to assess if there is evidence of a 'moral hazard' associated with naloxone supply; W. C. Tse, F. Djordjevic, V. Borja, L. Picco, T. Lam, A. Olsen, S. Larney, P. Dietze, S. Nielsen, *The International Journal of Drug Policy*, February 2022.

¹¹ FASS.se riktat till allmänheten.

¹² Vad gäller naloxon avsett för att injiceras kan andra risker finnas, såsom om kanylen inte är ren eller liknande. Då vi i detta betänkande endast analyserar nässprayen, har sådana eventuella risker för naloxon i annan beredningsform inte beaktats.

tar i luften och inte i näsan (varje flaska innehåller endast en dos) så har sprayen ingen effekt. Kännedom om hur läkemedlet administreras är därför viktigt.

2.4 Dödlighet till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Sverige har under de senaste decennierna haft en ökande dödlighet till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Under åren 2012–2020 har i genomsnitt 890 personer årligen avlidit till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Under tioårsperioden 2010–2019 ökade dödligheten i oavsiktliga förgiftningar med 88 procent.¹³ Sedan 2019 har dock dödlighet orsakad av narkotika och läkemedel minskat. År 2020 avled 822 personer av nämnda dödsorsaker, vilket innebär en minskning med åtta procent jämfört med föregående år.¹⁴ År 2021 hade dödligheten minskat ytterligare och enligt Socialstyrelsen avled det året 774 personer av läkemedels- och narkotikaförgiftningar.¹⁵ Personer som dör av läkemedels- och narkotikaförgiftningar är en heterogen grupp individer, med olika grad av skadligt bruk eller beroende eller inget skadligt bruk eller beroende alls. Flera substanser bidrar ofta i samverkan till dödsfallet. Dödsfallet kategoriseras i den nationella statistiken som avsiktligt (suicid med läkemedel eller narkotika), oavsiktligt (vilket är det som brukar benämnas överdos), och förgiftning med oklar avsikt där det inte gått att utreda om den varit avsiktlig eller oavsiktlig. Av dödsfallen 2012–2020 var närmare hälften klassificerade som olycksfallsförgiftningar och drygt en fjärdedel som suicid. Det är vanligt att de som vårdas för narkotika- eller läkemedelsorsakad förgiftning vid landets akutmottagningar har både en psykiatrisk diagnos och en substansrelaterad diagnos.¹⁶

Under perioden 2012–2020 var opioider vanligast bland de oavsiktliga förgiftningarna (överdoser) medan ångestdämpande och

¹³ Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar – en statistiksammanställning, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket, 2022.

¹⁴ Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2012–2020, Socialstyrelsen, 2021.

¹⁵ Socialstyrelsens statistikdatabas, besökt 2022-09-14.

¹⁶ Vårdprocesser för narkotikarelaterad förgiftning – Kartläggning av patientflöden, insatser och samverkan samt identifiering av brister och utvecklingsområden, Socialstyrelsen, 2021.

lugnande medel dominerade bland de avsiktliga dödsfallen (suicid).¹⁷ De oavsiktliga förgiftningsfallen utgörs till övervägande del av män, medan det omvända gäller vid suicid där det är vanligare med kvinnor. Under samma period var heroin vanligast i kategorin olycksfall (överdoser), följt av opioiderna buprenorfin och metadon. Dödsfallen kan också kategoriseras beroende på om det endast var illegala substanser, endast en substans eller flera eller ett eller flera narkotikaklassade läkemedel som orsakade dödsfallet. Den största kategorin av dödsfall 2019 omfattade ett eller flera narkotikaklassade läkemedel där såväl opioider som bensodiazepiner var vanligt.¹⁸ Av de totalt 832 förgiftningsdödsfall som Rättsmedicinalverket rapporterade år 2019 hade cirka 63 procent opioider i blodet (521 personer) och i 54 procent av förgiftningsfallen var opioider, ensamt eller i kombination med andra substanser, orsak till dödsfallet (447 personer).¹⁹

2.5 Naloxon kan bara påverka dödsfall där opioider intagits

I mars 2022 beslutade regeringen en skrivelse som innehåller en ambition att ingen ska dö till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar.²⁰ Genom ökad tillgänglighet till naloxon kan fler opioidförgiftningar behandlas. När det handlar om naloxon är det angeläget att beakta att naloxon enbart kan bidra till att minska de opioidorsakade dödsfallen, eller dödsfall där opioider bidragit till dödsfallet såsom i blandförgiftningar, men inte andra dödsfall orsakade av narkotika eller läkemedel. Som framgår ovan är dock opioidförgiftningar vanliga orsaker till dödsfall i Sverige.

¹⁷ Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar – en statistiksammanställning, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läke-medelsverket, Rättsmedicinalverket, 2022.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Dnr KOMM 2022/00359/S_2022:01-17 Inkommet material från Rättsmedicinalverket.

²⁰ En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025, Regeringen, 2022.

2.6 När och var är risken för opioidförgiftning som störst?

Opioidförgiftningar kan ske på många olika platser. Det är av betydelse för vårt arbete att identifiera vanliga platser för opioidförgiftningar för att därefter kunna koppla ihop platsen med yrkesgrupper och verksamheter som finns på sådana platser, vilket sker i kapitel 6.

Risken för opioidförgiftning är som störst när en person som använder narkotika varit drogfri och börjar använda opioider igen. Enkelt uttryckt tål en person mindre mängd opioider om den varit utan opioider under några dagar och risken för förgiftning är då större. En sådan situation är exempelvis vid utskrivning från slutenvård/ behandling i någon form inom hälso- och sjukvården, häkte, institution (såsom vård med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, eller hem för vård eller boende, förkortat HVB) eller anstaltsvistelse. Även när en person varit drogfri på frivillig väg i hemmiljö och åter använder opioider är risken stor för opioidförgiftning. Det är svårt att förutse var personen kommer att vistas vid en förgiftning och vilken yrkesgrupp som finns tillgänglig. Opioidförgiftning kan ske hemma, ute, på en offentlig toalett eller på ett tåg, för att ge några exempel.

Risken för förgiftning av opioider är också stor när en individ kombinerar olika substanser och/eller alkohol. Det kan då vara svårare att avgöra hur olika substanser interagerar och påverkar kroppen. Vidare finns risk för förgiftning om preparat innehåller andra substanser än det som narkotikaanvändaren trott, såsom exempelvis fentanyl eller andra högpotenta opioider, blandat i andra substanser.

Enligt en studie baserad på rättsmedicinskt undersökta dödsfall i Skåne har de som avlidit till följd av överdos²¹ i huvudsak överdoserat i hemmet eller i en annan persons bostad (cirka 82 procent).²² En mindre andel inträffade på hotell, härbärke, gruppboende eller behandlingshem (cirka 9 procent), offentlig miljö såsom park, toalett (cirka 6 procent) och övrigt (cirka 4 procent). I en nyligen publicerad rapport analyserades dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar för samtliga substanser (inte bara opioider). År 2019 skedde 55 procent av dessa förgiftningar (som ledde till död) i

²¹ Överdosis är det begrepp som används i studien, vi använder i övrigt opioidförgiftning.

²² Dödlig överdos skedde ofta utan person nära som kunde ingripa – kunskap om närvaron av vittnen är betydelsefull för hur naloxonprogram bör utformas, L. Andersson och B. Johnson, Läkartidningen volym 119, 2022.

hemmet, 26 procent i annan bostad, 14 procent på institution och fem procent på annan plats. I rapporten redovisades också om den som avled varit ensam eller med andra. Totalt var 29 procent ensamma när förgiftningen inträffade och bland oavsiktliga förgiftningar (överdos) var siffran 20 procent medan det bland de avsiktliga förgiftningarna (suicid) var 44 procent.²³

Registerstudien gjord i Skåne, med fokus just på avlidna till följd av opioidförgiftning, visade att det var vanligt att den avlidne varit själv eller i en bostad där en annan person antingen sov eller vistades i ett annat rum och därför inte kunde ingripa vid överdosen.²⁴

Data om användarrapporterad användning av naloxon skiljer sig något från de data som utgått från faktiska dödsfall där hemmet eller annan persons bostad utgjorde en mycket stor andel av opioidförgiftningarna. Det kan vara så att opioidförgiftningar med respektive utan dödlig utgång skiljer sig åt vad gäller plats och närvaro av vittnen. Insamling av data vid sprututbytet i Stockholm ger viss vägledning kring var opioidförgiftningar ofta inträffar då användare också rapporterar vilken plats de använt naloxonet på. Cirka 50 procent uppger annans/egen bostad, 9,2 procent offentlig toalett, 30 procent utomhus, 12 procent annat.²⁵ I en norsk studie från 2022 var fördelningen mellan de platser opioidförgiftningen inträffat och när naloxonet använts liknande situationen i Sverige. Cirka 59 procent skedde hemma, tre procent på härbärge, 28 procent på gatan eller i offentliga miljöer.²⁶

Platser som är vanligt förekommande för opioidförgiftningar varierar också utifrån lokal och regional kontext. I städer kan de vara kopplade till platser där narkotikaförsäljning är vanligt förekommande, parker och närliggande platser. I mindre städer eller glesbygd kan andra lokala förutsättningar avgöra vilka platser där opioidförgiftningar riskerar att ske.

²³ Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar – en statistiksammanställning, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket, 2022.

²⁴ Dödlig överdos skedde ofta utan person nära som kunde ingripa – kunskap om närvaron av vittnen är betydelsefull för hur naloxonprogram bör utformas, L. Andersson och B. Johnson, Läkartidningen volym 119, 2022.

²⁵ Dnr KOMM2022/00359/S_2022:01-11 Personlig kommunikation med Martin Kåberg.

²⁶ Who is using take-home naloxone? An examination of supersavers; D. Eide, P. Lobmeier and T. Clausen, Harm Reduction Journal, 2022.

2.7 Är naloxon effektivt för att begränsa dödsfall till följd av läkemedels- eller opioidförgiftningar?

Socialstyrelsens bedömning är att naloxon är ett effektivt och lättanvänt läkemedel som kan häva förgiftningar av opioider, till exempel heroin.²⁷ När Socialstyrelsens riktlinjer publicerades år 2019 fanns det begränsningar i det vetenskapliga underlaget för rekommendationen utifrån de allra högst ställda kriterierna enligt GRADE. Det finns dock metodologiska förklaringar till detta, varför även annan kunskap som inte uppfyller de allra högst ställda kriterierna för vetenskaplig kvalitet i stället ligger till grund för Socialstyrelsens rekommendationer inom området.²⁸ Ny kunskap och forskning om naloxon har också utvecklats sedan dess. Sammanvägningar av tillgängliga studier om naloxonanvändning utanför hälso- och sjukvården visar på minskad dödlighet i opioidförgiftning till följd av att narkotikaanvändare fått naloxon och kunnat administrera läkemedlet på andra vid opioidförgiftning.²⁹ I Sverige kan kunskap från befintliga naloxonprogram ge viss vägledning. Enligt sprututbytesprogrammet i Stockholm som följt sin utdelning av naloxon till patienter från januari 2018 till april 2022, har 1 790 av de utdelade 11 950 doserna använts i en överdossituation.³⁰ Stockholms sprututbytesprogram har delat ut/förskrivit nässprayen till 1 477 personer januari 2018 – januari 2022 (det vill säga något kortare tid). I gruppen har över 1 500 fall av överdoser inträffat och studien visar att 95 procent av dem som fått naloxon administrerat i en överdossituation överlevde.³¹

En studie från Skåne om hur naloxon använts visar att personer med egna riskfaktorer för opioidförgiftning (exempelvis injektionsanvändning, samtidig användning av bensodiazepiner och tidigare egen erfarenhet av opioidförgiftning) var de som i störst utsträckning rapporterade att de administrerat naloxon i en förgiftningssituation. Tretton procent av det utdelade naloxonet rapporterades

²⁷ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen 2019.

²⁸ Socialstyrelsen menar att utifrån den vetenskapliga litteraturen med de högst ställda kriterierna för vetenskaplig kvalitet, är det svårt att slå fast att tillgängliggörande av naloxon minskar dödligheten hos personer med opioidberoende. Socialstyrelsen har bedömt det vetenskapliga stödet för åtgärden som otillräckligt i en systematisk granskning av forskningslitteraturen, enligt evidensgraderingsmetoden GRADE.

²⁹ Yousefifard et al., 2020, EMCDDA, 2015, Chimbar, 2018.

³⁰ Verksamheten använder termen överdos, vi i utredningen skriver opioidförgiftning.

³¹ High levels of uptake and use of naloxone among participants in a Take-Home-Naloxone program in Stockholm, Sweden, E. Holmén M. Kåberg, 2022.

ha använts vid opioidförgiftning. En majoritet av opioidförgiftningarna rapporterades ha skett i privata miljöer, där den som bevittnade situationen var en vän eller bekant till den drabbade. Av de 1 079 deltagarna i studien återkom 22 procent för att fylla på med nytt naloxon.³²

Naloxon kan alltså rädda liv och det finns stöd för att ett tillgängliggörande av läkemedlet till personer som använder narkotika är effektivt. Rekommendationer om det finns dessutom både inom EU och FN. Även om många opioidförgiftningar sker i hemmet så gäller det långt ifrån alla.

Personer som är anhöriga till, eller arbetar med personer som använder opioider omfattas av de internationella rekommendationerna för naloxonprogram. För att utreda om andra yrkesgrupper ska kunna administrera naloxon, behöver insatsens effekter värderas och ställas i relation till för- och nackdelar på samhällsnivå. Studier som särskilt fokuserar på att specifika yrkesgrupper givits möjlighet att administrera naloxon är begränsade i antal. Enskilda amerikanska studier som undersöker effekten av att poliser och räddningstjänst getts möjligheten att administrera naloxon vid opioidförgiftningar tyder på att insatsen kan associeras med en nedgång i opioidorsakade dödsfall samt att majoriteten av de tillfällen där naloxon administrerades hade avsedd effekt.³³

2.8 Vilka yrkesgrupper finns vid platser där opioidförgiftningar uppkommer?

Många olika yrkesgrupper kan tänkas finnas på platser där opioidförgiftningar uppkommer. I underlag från tidigare regeringsuppdrag framkommer att ordningsvakter, väktare och poliser skulle vara yrkesgrupper som ofta kommer först till platsen när en opioidförgiftning inträffat och där man kan överväga om de skulle kunna administrera naloxon.³⁴ Sådana yrkesgrupper som tillkallas kan således hamna i situationer där naloxon kan behövas för att tidigt behandla förgiftningen, men har i sitt arbete en bredare målgrupp än personer som

³² Characteristics of and Experience Among People Who Use Take-Home Naloxone in Skåne County, Sweden: K. Troberg, P. Isendahl, M. Alanko Blomé, D. Dahlman, A. Håkansson, 2022.

³³ Rando et al., 2015, Fischer et al., 2016.

³⁴ Dnr KOM2022/0359/S 2022:01–3 Underlag från Socialstyrelsens dialogmöten med olika professioner, verksamheter och brukarorganisationer genomförda 2017.

använder narkotika. Andra yrkesgrupper som skulle kunna vara aktuella är personal verksamma vid institutioner där de boende har narkotikaproblem. Det kan vara yrkesgrupper på någon av de hem för tvångsvård som bedrivs av Statens Institutionsstyrelse (LVM och LVU), HVB-hem där behandling för personer med skadligt bruk eller beroende sker, anstalt (Kriminalvård) eller häkte (Kriminalvård). Då dessa institutioner utanför hälso- och sjukvården fungerar som bostad under en tid för personer som använder eller har använt narkotika, finns risk för opioidförgiftning också där. Det finns en rad yrkesgrupper inom den sociala sektorn som är verksamma med inriktning på personer med skadligt bruk och beroende av narkotika. Det kan vara socialtjänstens verksamheter, härbärgen, akutboenden, skyddade boenden, civilsamhällets och kyrkornas/trossamfundens verksamheter, daglig verksamhet, frivården och sociala center med mera. Eller socialtjänstens uppsökande verksamheter, hemtjänst, boendestödjare med mera. Aktörer med ansvar för sådana verksamheter kan vara kommuner, statliga myndigheter, företag eller ideell sektor. Slutligen finns också andra yrkesgrupper som arbetar nära eller på en plats där opioidförgiftningar är vanliga, såsom exempelvis städpersonal på offentliga toaletter, personal inom lokaltrafik och länstrafik, personer som arbetar i anslutning till platser där narkotikaförsäljning och narkotikaanvändning är vanlig såsom personal i restauranger eller butiker, parkarbetare med flera.

2.9 Internationella och nationella initiativ om naloxon och kort historik

Dödligheten i Sverige orsakad av läkemedel och narkotika har föranlett en rad olika initiativ på nationell nivå under senare år. För att sätta våra analyser och bedömningar i detta delbetänkande i kontext, listas nationella och internationella initiativ inom området här nedan.

- 2014 lanserade Världshälsoorganisationen (WHO) nya riktlinjer för första-hjälpen-insatser vid opioidförgiftningar. Utgångspunkten är att många människoliv kan räddas genom att öka tillgången till snabbverkande motgiftsläkemedel som naloxon. WHO:s riktlinjer innebär att länder uppmanas göra motgiftet naloxon tillgängligt för personer som använder narkotika samt personer i högriskindividers närhet. Detta kallades för take-home naloxone

(THN). Poliser, samhällsarbetare, familjemedlemmar och vänner till narkotikaanvändare ska kunna ha naloxon för att kunna agera vid en opioidförgiftning.³⁵

- 2017 återrapporterade Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten ett gemensamt regeringsuppdrag för att minska narkotikarelaterad dödlighet.³⁶ I återrapporteringen klargjorde aktörerna att svensk lagstiftning vid det tillfället inte var förenlig med konceptet naloxonprogram vilket skulle innebära att naloxon görs tillgängligt för icke sjukvårdsutbildade personer i högriskindividers närhet.
- 2017 fick Socialstyrelsen och Läkemedelsverket två nya uppdrag av regeringen. I uppdragen ingick att utreda förutsättningarna för att på ett säkert och effektivt sätt minska dödligheten vid opioidförgiftning genom ett ökat tillgängliggörande utanför hälso- och sjukvården av motgift i form av naloxonläkemedel. Inom ramen för uppdraget skulle Läkemedelsverket och Socialstyrelsen även föreslå de lagändringar som krävdes, samt hur distribution, utbildning och information skulle kunna ske.³⁷ Läkemedelsverket och Socialstyrelsen rapporterade 2017 respektive 2018 de olika regeringsuppdragen. Genom regelförändringar utvidgades möjligheten att förskriva naloxon till patienter för administration utanför hälso- och sjukvården och sjuksköterskor gavs behörighet att förskriva naloxon. Läkemedlen fick lämnas ut i samband med förskrivningstillfället och även icke-legitimerad personal i ambulanssjukvården och räddningstjänsten fick möjlighet att administrera naloxon. Vad gäller frågan huruvida nyckelgrupper utanför hälso- och sjukvården skulle få inneha och administrera naloxonläkemedel bedömde Läkemedelsverket att detta behövde utredas i särskild ordning och inte på myndighetsnivå i första hand.³⁸ Även Socialstyrelsen och Polismyndigheten delade den bedömningen.

³⁵ Community management of opioid overdose, WHO, 2014.

³⁶ Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet – Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, 2017.

³⁷ Uppdrag om ökat tillgängliggörande av vissa läkemedel i syfte att motverka narkotikarelaterad dödlighet, S2017/02196/FS, Regeringskansliet.

³⁸ Uppdrag om ökat tillgängliggörande av vissa läkemedel i syfte att motverka narkotikarelaterad dödlighet, Rapport 1.12-2017-029584, Läkemedelsverket, 2018.

- Vid 2019 års revidering av *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* inkluderades en rekommendation om naloxon som högsta prioritet.³⁹
- Vid 2020 års revidering av WHO:s och UNODC:s (FN:s kontor mot narkotika och brottslighet) *International Standards for the treatment of drug use disorders* inkluderades behovet av naloxon inom och utom hälso- och sjukvården, i kombination med andra insatser.⁴⁰
- I *EU:s narkotikastrategi för åren 2021–2025* finns skrivningar om ”naloxon för hemmabruk” som en viktig insats i punkterna 7.2 och 8.3.⁴¹ Den nya strategin anger den politiska inriktningen och prioriteringarna för EU:s narkotikapolitik och kompletterar medlemsstaternas politik.
- 2021 tillkännagav riksdagen för regeringen att fler insatser krävs för att öka tillgängligheten i hela landet till naloxonläkemedel mot opioidförgiftningar. Användandet bör enligt riksdagen följas upp på nationell nivå och det bör utredas om fler grupper utanför hälso- och sjukvården ska kunna ge naloxonläkemedel mot överdoser.⁴²
- 2021 fick Socialstyrelsen i uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon. Uppdraget justerades i regleringsbrevet för 2022 och uppdragstiden förlängdes till 2024. En delredovisning publicerades våren 2022.⁴³
- I mars 2022 beslutade regeringen om en skrivelse med en nollvision som innebär att ingen ska dö till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. I skrivelsen beskrivs också pågående arbete om naloxon.⁴⁴

³⁹ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen, 2019.

⁴⁰ International Standards for the treatment of drug use disorders – Revised edition, WHO and UNODC, 2020.

⁴¹ EU:s narkotikastrategi 2021–2025, 14 178/1/20, Europeiska unionens Råd, 2021.

⁴² Socialutskottets betänkande 2020/21: SoU20, Alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spelfrågor.

⁴³ Uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon – Delredovisning av genomförda och planerade aktiviteter inom ramen för uppdraget, Socialstyrelsen, 2022.

⁴⁴ Skr.2021/22:213 En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025, Regeringen, 2022.

- I mars 2022 tillsattes Narkotikautredningen med uppdrag att i en delredovisning senast den 14 oktober 2022 analysera om andra yrkesgrupper än hälso- och sjukvårdspersonal, och i så fall vilka, ska kunna ge naloxon mot opioidförgiftningar samt vid behov lämna författningsförslag för hur det bör regleras.
- I juni 2022 tillkännagav riksdagen att regeringen utan dröjsmål bör vidta nödvändiga åtgärder när det gäller ökat tillgängliggörande av naloxon.⁴⁵
- I september 2022 publicerade Läkemedelsverket rapporten *Receptfrihetsstatus för naloxon i nasal beredning*.⁴⁶ I rapporten redogör verket för sin bedömning att det inte finns något läkemedel med naloxon i form av nässpray som det i nuläget är möjligt att klassificera som receptfritt.

⁴⁵ Socialutskottets betänkande 2021/22:SoU25, En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025.

⁴⁶ Receptfrihetsstatus för naloxon i nasal beredning, Läkemedelsverket, 2022.

3 Internationella erfarenheter av naloxon

Vi redovisar i detta kapitel andra länders reglering och hantering av naloxon utanför hälso- och sjukvården. Vi har skickat frågor till ett urval länder och till EU:s narkotikabyrå (EMCDDA), Världshälsoorganisationen (WHO) liksom FN:s kontor mot narkotika och brottslighet (UNODC). Svar har inkommit på olika språk, i olika detaljerad grad och tiden för att svara har varit begränsad, varför vår redogörelse i detta kapitel är att betrakta som en generell överblick och inspiration för fortsatt arbete, snarare än en fullständig beskrivning av regelverken i olika länder.

3.1 Erfarenheten från internationella organisationer

Riktlinjer om ”take-home naloxone” (THN) publicerades av WHO 2014.¹ Vi kallar det hädanefter naloxonprogram. Insatsen finns också med i behandlingsriktlinjer utfärdade av WHO och UNODC.² Varken WHO eller UNODC har gjort någon uppföljning av hur rekommendationen efterlevs. Naloxonprogram finns i 11 länder inom EU samt i Norge.³ Program finns också i Australien, Canada och USA. WHO/UNODC:s projekt SOS (*Stop Overdose Safely*) som pågår i Ukraina, Tadjikistan, Kazakstan, Kirgizistan är också naloxonprogram. Programmen riktar sig till personer som använder opioider, deras familjer, vänner och andra utanför hälso- och sjukvården som kan komma att bevittna opioidförgiftningar. Det faktum att naloxon är ett läkemedel innebär att det i de flesta länder finns krav på förskriv-

¹ Community management of opioid overdose, WHO, 2014.

² International Standards for the treatment of drug use disorders, UNODC och WHO, 2020.

³ EMCDDA:s hemsida <https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/take-home-naloxone>, 2019.

ning av hälso- och sjukvårdspersonal till en patient, vilket kommit att försvåra arbetet med att göra naloxon tillgängligt på det vis som WHO har rekommenderat sedan 2014. Olika länder har försökt hitta lösningar och göra undantag från regleringar som i övrigt gäller läkemedelshantering, förskrivning, hälso- och sjukvård och behandling.

3.2 Situationen inom EU

Utredningen har tagit del av de svar som Läkemedelsverket inhämtat från andra länder i sin prövning att överväga om naloxon kan bli receptfritt.⁴ Frågor skickades till samtliga EU:s medlemsstater plus Norge och Island. 23 länder svarade och ingen av dem tillåter nässpray som innehåller naloxon utan recept. De flesta länderna rapporterar att naloxon endast kan förskrivas av läkare och till en patient, men inte till grupper, närstående eller andra yrkesgrupper. Däremot uppmuntras patienten som erhåller naloxon att informera vänner och annan personal som den har kontakt med om var nässprayen finns för att den ska kunna användas i en akut situation. Några länder rapporterar att de har en ordning för hur naloxon ska kunna hanteras utanför hälso- och sjukvården. Dessa länder är Portugal, Danmark, Norge, Estland, Italien och Frankrike.

Vi har gjort en egen förfrågan till ett urval länder och vi redogör nedan för svar från deras hälsoministerier eller motsvarande. Detta har även kompletterats med material från officiella hemsidor.

3.3 Frankrike

I Frankrike krävs recept för att få tillgång till nässpray som innehåller naloxon. Nässprayen delas ut av hälso- och sjukvården, vid olika behandlingsinrättningar, vid lågtröskelverksamheter samt inom kriminalvården. Naloxon avsedd för injicering är dock receptfri och kan köpas på apotek av den som så önskar och är vuxen.⁵ Båda beredningsformerna omfattas av socialförsäkringen och för det fall de hämtas ut på apotek ersätts 65 procent av kostnaden, medan läkemedlet ofta är gratis vid lågtröskelverksamheter och behandlings-

⁴ Dnr KOMM2022/00359/S_2022:01-4 inkommet från Läkemedelsverket.

⁵ Vi har i utredningen inte haft möjlighet att följa upp skälen till att naloxon i beredningsform att injicera godkännts som receptfritt i Frankrike och Italien.

inrättningar. I Frankrike är den nationella rekommendationen att alla som tar del av läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) ska erbjudas naloxon, inklusive information om hur man identifierar en opioidförgiftning.⁶ Utbildning om naloxon och hur man känner igen opioidförgiftning ges också till personal inom olika verksamheter som arbetar med personer som använder narkotika. Sådan utbildning är tillgänglig både fysiskt och online.⁷

3.4 Estland

Estland, liksom Sverige, överväger hur naloxon ska kunna administreras av yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården. Ännu finns ingen sådan juridisk lösning identifierad. Tills vidare sker förskrivning av naloxon till patienter inom hälso- och sjukvården. Dessutom finns möjlighet för hälso- och sjukvårdspersonal att dela ut naloxon genom olika sociala verksamheter och lågtröskelverksamheter till målgruppen personer som använder opioider. Denna utdelning ska dock dokumenteras i enlighet med regelverk för hälso- och sjukvård.⁸

3.5 Italien

I Italien kan naloxon i beredningsform för att injiceras köpas receptfritt på apotek, vilket varit möjligt sedan tidigt 90-tal. Naloxonprogram riktade till narkotikaanvändare och deras närstående, där naloxon delas ut och utbildning ges, har funnits i Italien i tjugo år. Dessa program är ojämnt fördelade över landet och sker i huvudsak av mobila enheter. Nässpray som innehåller naloxon används än så länge i liten utsträckning i Italien.⁹

⁶ <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/naloxone-fichememo-pros-maj-janv2022.pdf>.

⁷ Dnr KOMM2022/00359/S_2022:01-6 svar på frågor som inkommit från Frankrike.

⁸ Dnr KOMM2022/00359/S_2022:01-10 svar på frågor som inkommit från Estland.

⁹ Dnr KOMM2022/00359/S_2022:01-7 svar på frågor som inkommit från Italien.

3.6 Norge

I Norge finns möjlighet att få naloxon genom förskrivning och på recept av hälso- och sjukvården, men också på så vis att man kan hämta nässprayen vid något av de 120 olika distributionsställen som finns etablerade för just naloxonutdelning. Det senare är organiserat som ett projekt och startade 2014 som en delkomponent i en nationell överdosstrategi.¹⁰

De distributionsställen som deltar i projektet har en läkare knuten till sig och läkaren kan rekvirera som högst 500 förpackningar åt gången. Rekvisitionen går till en av de tre samordnare som finns för projektet i Bergen, Oslo och Trondheim, som i sin tur för rekvisitionen vidare till något av de fyra apotek i Stavanger, Bergen, Oslo och Trondheim som alla är anslutna till Universitetssjukhuset i Oslo. Ordningen bygger på att det är statliga medel som finansierar läkemedlen som rekquireras inom projektet. Nässprayen levereras därefter till distributionsstället. Personalen på distributionsstället måste vara anställd av kommunen, men behöver inte vara hälso- och sjukvårdspersonal. Varje utlämningsställe behöver ha en läkare knuten till sig som är den som har ansvaret för att rekquirera läkemedlet och delegerat distributionsansvaret till de kommunalt anställda vid utlämningsställena. Tillsammans med utdelningen av läkemedel sker även en kort och riktad utbildning i tecken och symtom på opioidförgiftning samt om användning av nässpray som innehåller naloxon. Detta görs utan individuellt recept. Vissa utlämningsställen riktar sig enbart till användare av opioider medan andra är öppna för alla (inklusive anhöriga och andra yrkesgrupper).¹¹

För att andra yrkesgrupper som tror sig behöva använda naloxon ska kunna få tillgång till naloxon, måste de ta del av en utbildningsinsats. Utbildningsinsatsen kan ta mellan 5–30 minuter och ske fysiskt eller digitalt och handlar om hur man känner igen opioidförgiftningar, hur naloxon fungerar och ska användas och hur man registrerar användning (då detta är viktigt för uppföljning, utvärdering och forskning). Erfarenheterna från de norska naloxonprogrammen visar att andra yrkesgrupper som deltar i utbildningar utgörs av olika uppsökande verksamheter, såsom personal inom kriminal-

¹⁰ National Overdose Strategy 2014–2017 “Sure you can quit drugs – but first you have to survive”, Helsedirektoratet, 2014.

¹¹ www.nalokson.uio.no.

vården, mobila verksamheter för personer med skadligt bruk och beroende, psykiatriverksamheter, ACT-verksamheter¹² med mera.

Norge ser för närvarande över vilka möjligheter som finns för att ytterligare utveckla arbetet så att närstående eller andra i en patients nätverk och närhet ska kunna få tillgång till naloxon.¹³

3.7 Danmark

Danmark har i mer än tio år haft naloxonprojekt som innebär att till exempel personer med skadligt bruk och beroende av narkotika, deras närstående och vissa yrkesgrupper (polis, socialarbetare med flera) kan få naloxon i syfte att administrera det vid opioidförgiftning. En förutsättning för att få naloxon är deltagande i en utbildning om förstahjälpen och hur naloxon ska användas. År 2019 kompletterades arbetet i Danmark med att alla som deltar i substitutionsbehandling med exempelvis buprenorfin eller metadon vid skadligt bruk eller beroende av opioider, ska erbjudas motsvarande utbildning och kan få naloxon som nässpray efter genomförd utbildning. Erfarenheter och synpunkter som framkommit under projektiden resulterade i att reglerna för vem som får rekvirera och dela ut naloxon behövde förtydligas och uppdaterad reglering i lag och förordning trädde i kraft den 1 maj 2022. En av förändringarna innebär att även sjuksköterskor ges behörighet att dela ut naloxon (tidigare endast läkare). En annan förändring är att administration av läkemedlet naloxon undantas från i övrigt gällande bestämmelser om att endast läkare får administrera receptbelagda läkemedel. Undantaget grundar sig i att nässpray med naloxon inte har beroendepotential, att risken för skada eller biverkningar är mycket begränsade i förhållande till andra risker som kan uppkomma vid en obehandlad opioidförgiftning samt att inga patientsäkerhetsrisker som är kända av hälsomyndigheterna uppkommit under den tid projekten pågått i Danmark. I samband med författningsändringarna som trädde i kraft i maj 2022 gjordes också förändringar för att nässprayen ska kunna rekvireras av andra än hälso- och sjukvården. Det infördes ett undantag för nässpray i läkemedelslagstiftningen vilket innebär att verksamheter inte längre behöver söka tillstånd från det danska läke-

¹² Assertive Community Treatment, ACT.

¹³ Dnr KOMM2022/00359/S_2022:01–12 svar på frågor som inkommit från Norge.

medelsverket för att få rekvirera naloxon. Apoteken kan nu få en rekvisition från läkare och sjuksköterskor som är anslutna till en kommunal institution som erbjuder behandling för skadligt bruk eller beroende av narkotika, en regional psykiatrisk verksamhet/ behandlingsinstitution eller ett naloxonprojekt vid en civilsamhällesorganisation. Vid sådana verksamheter arbetar ofta personal som inte är läkare eller sjuksköterska, men som ändå genom kopplingen till en sjuksköterska eller läkare, får dela ut naloxon. Naloxon kan således delas ut kostnadsfritt till personer som vill och behöver ha läkemedlet i syfte att administrera det vid opioidförgiftning ("offentligheten").¹⁴

3.8 Finland

I Finland finns ännu inte etablerade naloxonprogram. Naloxon kan dock förskrivas av läkare till patienter, men då läkemedlet är relativt kostsamt har förskrivningen och efterfrågan varit begränsad enligt det finska Social- och hälsoministeriet. Det pågår en del arbete i Finland inom olika arbetsgrupper som arbetar med skadereducering för att naloxonprogram ska kunna inrättas. Det finns viss efterfrågan på program som syftar till att ge yrkesgrupper som arbetar med personer som använder opioider möjlighet att få naloxon och kunna administrera det vid opioidförgiftning. Det saknas dock politiska beslut i denna riktning. Även initiativ om att poliser bör kunna administrera naloxon har förekommit, men efterfrågan på sådana insatser har bedömts vara liten och inte tagits vidare till nationell nivå. I dagsläget har vissa behandlingsverksamheter, liksom laboratorier inom rättsmedicin och kriminalrättslig utredning, tillgång till naloxon.¹⁵

3.9 Island

Från och med den 1 juli 2022 finns statlig finansiering för naloxonläkemedel, som därmed kommer att vara gratis för användare och inte längre enbart delas ut vid sjukhus. Nationella insatser pågår för att göra nässpray som innehåller naloxon tillgängligt tillsammans med en utbildningsinsats. Det förväntas att distributionen och administration av läkemedlet kommer att ske bland annat av följande

¹⁴ Dnr KOMM2022/00359/S_2022:01–5 svar på frågor som inkommit från Danmark.

¹⁵ Dnr KOMM2022/00359/S_2022:01–8 svar på frågor som inkommit från Finland.

verksamheter: Isländska Röda Korset på *Fru Ragnheiður* (skadereducerande verksamhet) och konsumtionsrummet *Ylja*, polis, hälso- och sjukvård, räddningspersonal samt kommunens socialtjänst och andra som arbetar med personer med skadligt bruk eller beroende av opioider.¹⁶

3.10 USA

I USA finns både federal och delstatlig reglering för naloxon. Den federala administrationen presenterade hösten 2021 en modell som stöd för att olika delstater ska kunna reglera naloxon så att det blir ännu mer tillgängligt, på ett rättssäkert sätt.¹⁷ I de flesta delstater kan den som har rätt att förskriva läkemedel (exempelvis läkare) genom ”standing order” också förskriva naloxon till en hel verksamhet utan att varje individ behöver ha ett eget recept. Det innebär att personal utanför hälso- och sjukvården (såsom personal vid härbärgen, sociala verksamheter och polis) kan rekvirera läkemedlet. Farmaceuter har också möjlighet att på apotek förskriva naloxon till personer som använder narkotika, även utan att personen har ett recept från läkare, om apoteket har upprättat ett avtal om förskrivning av opioidantagonister. I det fall användaren har en sjukvårdsförsäkring kan läkemedlet ersättas, i annat fall kan man behöva betala det själv. Lågtröskelverksamheter delar dock också ut naloxon gratis, antingen som nässpray eller som förfylld engångsspruta/autoinjektor. Regelverket för hur andra yrkesgrupper (med fokus på polis, räddningstjänst och ambulanspersonal) tillåtits att administrera läkemedlet grundar sig i ”barmhärtig-samarit-lagstiftning”.¹⁸ 35 delstater har barmhärtig-samarit-lagstiftning som skyddar den som administrerar naloxon eller en opioidantagonist till en person med opioidförgiftning genom att immunitet ges från civil- och straffrättsligt ansvar. Det innebär att den som agerat med gott uppsåt för att rädda liv inte riskerar straff, varför specifik och detaljerad reglering kring vem som kan administrera naloxon inte bedömts behövas.¹⁹ Den omfattande användningen av opioider i USA och den därtill höga opioidorsakade

¹⁶ Isländska hälsoministeriets hemsida.

¹⁷ Vita husets hemsida.

¹⁸ Noteras bör att i USA är det vanligt förekommande att enskilda kan bli stämnda, vilket kan förklara tillkomsten av ”barmhärtig-samarit-lagstiftning”.

¹⁹ Model expanding access to emergency opioid antagonist act; LAPP (Legislative Analysis and Public Policy Association), 2021.

dödligheten, har medfört att insatser för att förebygga opioidorsakade förgiftningar har hög prioritet på både federal- och delstatsnivå. Det dödlighetsförebyggande arbetet har kommit att omfatta många olika samhällssektorer. Inom polisorganisationen fanns en engagerad ledning som drev arbetet framåt för att naloxon skulle kunna bäras och administreras av poliser och att polisens roll inte bara är att beivra brott utan också när det är möjligt, bidra till att rädda liv.²⁰

3.11 Sammanfattning av de internationella erfarenheterna

Juridiska system eller ramverk för hälso- och sjukvård och läkemedel är komplexa och svåra att jämföra mellan länder. Vi ger därför en mer generell överblick över regelverket kring naloxon i ett urval länder, som kan fungera som inspiration för det fortsatta utredningsarbetet. Sammanfattningsvis har flera länder tagit steg för att naloxon ska kunna vara tillgängligt i samhället på olika sätt. För många finns dock juridiska utmaningar i att få till en sådan ordning. Flera länder har angett att arbetet har underlättats av att naloxon finns som nässpray.

I USA kan naloxon administreras utanför hälso- och sjukvården exempelvis av polis, räddningstjänst och ambulanspersonal. I Norge finns ett nationellt projekt för att nå ut med naloxon till användare av opioider, men också andra yrkesgrupper. Danmark har nyligen lagstiftat inom området för att både tillgång till och administrering av naloxon utanför hälso- och sjukvården ska vara möjligt. Andra länder, såsom Estland, ser också över hur andra yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården ska kunna administrera naloxon. I Frankrike och Italien är naloxon i beredningsform avsedd för injicering receptfritt.

I flera länder är läkemedlet fortsatt receptbelagt, men den praktiska tillämpningen har hanterats som någon form av ”receptfrihet”. Det sker genom att naloxon delas ut till personer som använder narkotika, anhöriga eller närstående samt yrkesverksamma. Utdelningen sker via verksamheter som är kopplade till en ansvarig läkare, men där övrig personal inte nödvändigtvis utgör hälso- och sjukvårdspersonal.

²⁰ Mötesanteckningar upprättade efter möte med USA, ONDCP.
Dnr KOMM2022/00359/S_2022:01-13.

4 Gällande rätt

Behandling av en opioidförgiftning ska enligt gällande rätt göras inom ramen för hälso- och sjukvården. Det innefattar befogenhet att förskriva eller rekvirera läkemedlet naloxon samt att administrera behandlingen. För andra yrkesgrupper saknas i allt väsentligt motsvarande bestämmelser och dessa grupper anses i detta avseende vara lekmän. Naloxon är ett godkänt läkemedel förenat med särskilda villkor vad avser förskrivning, rekvirering och utlämnande från apotek. Det får enligt godkännandet administreras av annan än patienten. Konkret förutsätter det att personen som ger naloxon både har läkemedlet och rätt att administrera det på en person som befinner sig i en akut nödsituation.

I detta kapitel redovisas det centrala i de lagar som styr hälso- och sjukvården. Det är inriktat på lagarnas syfte, ansvarsfördelning och organisering samt skyldigheter och rättigheter för personal och patienter. Den allmänna nödbestämmelsen i brottsbalken diskuteras efter patientlagen (2014:821). Anledningen är att det inom hälso- och sjukvården finns ett krav att patienten ska samtycka till åtgärder och behandling. Det innebär att ingen utan samtycke får ges eller utan stöd i lag tvingas till vård eller behandling. Om så ändå sker, kan avsaknaden av samtycke komma att prövas av nödbestämmelsen. Avslutningsvis redovisas vissa centrala bestämmelser i lagstiftningen om läkemedel och Socialstyrelsens föreskrifter i detta avseende. Det görs med reservation för att det kan förekomma dubbelreglering på föreskriftsområdet.

Vi har avgränsat framställningen till de delar och bestämmelser som bedöms ha störst betydelse för vår vidare utredning. Frågor om offentlighet- och sekretess samt behandling av personuppgifter återkommer vi med i slutbetänkandet.

4.1 Hälsa- och sjukvårdslagen

Hälsa- och sjukvården regleras sedan länge i några få lagar. Den centrala lagen är hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30) HSL, vilken har starka kopplingar till patientsäkerhetslagen (2010:659) PSL och patientlagen (2014:821). HSL innehåller bestämmelser om hur hälsa- och sjukvård ska bedrivas och organiseras. Där saknas en allmän-giltig definition på hälsa och i stället används begrepp beroende av ekonomiska resurser, vetenskapens nivå och utveckling, olika för-hållanden i miljön och så vidare.¹

Vården ska vara jämlik och lika för alla och den som har störst behov till vård ska få företräde till den². Principen om behovs-anpassad vård på lika villkor har i lagen en vidare betydelse än vad som gäller för kommunala likställighetsprincipen. Inom hälsa- och sjukvården syftar principen till att säkerställa att sociala, personliga eller andra faktorer inte ska ha betydelse för tillgången till vård. Vidare gäller att verksamheten ska bedrivas så att kraven på god vård upprätthålls. Det betyder att vården ska vara:

- av god kvalitet med en god hygienisk standard,
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
- främja goda kontakter mellan patienten och hälsa- och sjuk-vårdspersonalen och
- lätt tillgänglig (5 kap. 1 § HSL).

Begreppet hälsa- och sjukvård markerar lagens syfte att vården har den dubbla rollen att behandla och förebygga sjukdomar och skador. Detta framgår uttryckligen av 3 kap. 2 § HSL på så sätt att hälsa- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

När det gäller ansvarsfördelningen finns begreppen huvudman och vårdgivare. Av 2 kap. 2 § HSL framgår följande: Med huvudman avses i denna lag den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälsa- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.

¹ Prop. 1981/82:97 s. 113 till HSL (1982:763) och Vahlne Westerhäll Hälsa- och sjukvårds-lagen (2017:30) 3 kap. 1 § Karnov (JUNO) (besökt 2022-07-15).

² 3 kap. 1 § HSL

Regioner och kommuner pekades ut som huvudmän och har ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård inom sina geografiska områden. I bestämmelsen definieras termen huvudman. I förarbetena uttalades följande om huvudmannaskapet.

Av definitionen följer att det centrala i huvudmannaskapet är ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård. Huvudmannen har inte någon skyldighet att bedriva vården i egen regi utan utförandet av vården kan överlåtas på någon annan. Huvudmannen har dock alltid kvar det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvården inom sitt geografiska område.

Kvalitetsuppföljningen är en viktig uppgift³ mot bakgrund av att det är huvudmannen som ytterst ansvarar för hälso- och sjukvården.

Vårdgivare definieras som statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Begreppet tar således sikte på den som bedriver sjukvårdsverksamhet.

En huvudman är i allmänhet samtidigt vårdgivare och bedriver hälso- och sjukvård inom sin region eller kommun. Huvudmannen måste inte bedriva sjukvårdsverksamheten själv utan kan teckna avtal med en annan vårdgivare om att denna ska bedriva verksamheten. Dock är det inte möjligt för huvudmannen att avtala bort sitt huvudmannaskap och uppgifter som myndighetsutövning får inte med stöd av HSL överlämnas till juridisk person eller en enskild individ.⁴

Enligt 5 kap. socialtjänstlagen, (2001:453), förkortad SoL har socialtjänsten särskilt ansvar för bland annat äldre personer och personer med funktionsnedsättningar⁵ och ska inrätta särskilda boenden för dessa grupper. Syftet är att ge stöd i boendet åt dem som tillhör personkretsen och behöver sådant stöd. Bestämmelserna omfattar även äldre och funktionshindrade som endast vistas i kommunen. I dessa fall är kommunen huvudman enligt HSL och ska tillhandahålla hälso- och sjukvård på boendena, så kallad kommunal hälso- och sjukvård.⁶ Det finns även möjlighet att bo kvar i sin egen bostad och där få tillgång till hälso- och sjukvård. Det ställs samma krav på tillgång och kvalitet som gäller allmänt för hälso- och sjukvård, med undantag av den vård som ges av läkare. Hälso- och sjukvården inom de särskilda boendena leds oftast av en medicinskt ansvarig sjuk-

³ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

⁴ 15 kap. 1 § HSL.

⁵ Lagen (1993:387) om stöd och service åt vissa funktionshindrade (LSS).

⁶ 11–13 kap. HSL.

sköterska (MAS). Även andra legitimerade grupper kan leda verksamheten beroende på inriktningen på det särskilda boendet.

Socialtjänsten har även, rättsligt sett, särskilt ansvar för personer med skadligt bruk och beroende.⁷ För denna grupp finns ingen motsvarande skyldighet i HSL för kommunen att inrätta särskilda boenden och därmed erbjuda hälso- och sjukvård. Gruppen är hänvisad till att ansöka om bistånd eller nödhjälp till boende eller i vissa fall härbärgen. Hur kommunen ska organisera sina boendeinsatser är inte reglerat. På dessa boenden finns ingen skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård.

4.2 Patientsäkerhetslagen

Syftet med patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, är att främja god patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och vissa andra områden. I lagen finns en rättslig koppling till HSL med den skillnaden att PSL:s tillämpningsområde är vidare.⁸

PSL tar sikte på vårdgivare, hälso- och sjukvårdspersonal och Inspektionens för vård och omsorg (IVO) tillsynsuppgift. Av dessa riktar sig lagen i första hand till hälso- och sjukvårdspersonalen och deras skyldigheter gentemot patienten. Patientsäkerhet är ett centralt begrepp och definieras som skydd mot vårdskada enligt 1 kap. 6 § PSL.

IVO utövar tillsyn över hälso- och sjukvården och tillsynen är inriktad mot att kontrollera om skyldigheterna i 3 kap. PSL följs. Det finns olika tillsynsformer och IVO har befogenhet att vidta åtgärder och sanktioner om brister upptäcks i vården. Det finns också möjlighet för enskild att lämna in klagomål på vården till IVO som prövar klagomål av mer allvarlig natur.

Socialstyrelsen prövar frågor om legitimation och andra behörighetsfrågor för hälso- och sjukvårdspersonal enligt 4 kap. PSL. Besluten är överklagbara till allmän förvaltningsdomstol. Vad avser återkallande av legitimation anmäler IVO detta till Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSAN) som prövar ärendena enligt 9 kap. PSL.

⁷ 5 kap. 9 § SoL

⁸ Se Johnsson, Patientsäkerhetslagen, en kommentar, 1 kap. 2 § PSL Karnov (JUNO) (besökt 2022-07-18) kommentar till 1 kap. 2 § patientsäkerhetslagen. Patientsäkerhetslagen omfattar även flera andra lagar bland annat lagen (2009:266) med handel med läkemedel.

PSL slår också fast vårdgivares skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.⁹ Patientsäkerhet är nära förknippat med begreppet god vård enligt 5 kap. 1 § HSL. Vård som inte står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet kan innebära en risk för vårdskada och en fara för patientsäkerheten. I förarbetena uttalades följande

Det ska handla om verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård. I ordet bedriver ligger att det är fråga om vårdåtgärder i en regelbundet pågående verksamhet. Det saknar betydelse om verksamheten bedrivs i offentlig eller privat regi. Vid den praktiska tillämpningen kan ordet "bedriver" ibland ge upphov till tveksamheter. I förarbetena till den numera upphävda äldre hälso- och sjukvårdslagen, se prop. 1981/82:97 s. 33, konstaterade det föredragande statsrådet följande. Med vårdgivare avser jag den som rent faktiskt meddelar vården; vare sig detta bygger på en skyldighet eller sker rent frivilligt.¹⁰

Detta förtydligande anses fortfarande gälla. Vårdgivarna är skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete¹¹ och säkerställa att verksamheten uppfyller de mål och krav som finns i olika författningar. Konkret innebär det att vårdgivare ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vidare ska vårdgivare vidta de åtgärder som behövs mot brister inom vården samt utreda och anmäla händelser till IVO.

Det finns också mer detaljerade bestämmelser i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det ska finnas styrsystem för verksamhetsledningen som ska användas för att leda, planera, kontrollera, följa upp och utvärdera verksamheten.¹² Det är inget som hindrar att vårdgivaren själv ställer upp högre mål och krav. Författningen anger endast en miniminivå.

Som en del av patientsäkerhetsarbetet syftar lagen till att stärka patienternas rättigheter. En god kvalitet bygger på tydliga krav och åligganden för den personal som är verksam och att de olika professionerna utför sina uppgifter i linje med vetenskap och beprövad

⁹ 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.

¹⁰ Se Vahlne Westerhäll, Patientsäkerhetslagen (2010: 659) 1 kap. 6 § Karnov (JUNO) (besökt 2022-7-18), se även Se även Johnsson, Patientsäkerhetslagen, en kommentar, 3 kap. 1 § PSL(JUNO).

¹¹ 3 kap. patientsäkerhetslagen.

¹² Se Johnsson, Patientsäkerhetslagen, JUNO version 1 (3 december 2020) kommentar till 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.

erfarenhet. Till skyldigheterna för hälso- och sjukvårdspersonal hör att personalen på ett betryggande sätt ska förvara, hantera och i förekommande fall dela ut läkemedel som han eller hon har hand om.¹³

4.2.1 Vem tillhör hälso- och sjukvårdspersonal?

Hälso- och sjukvårdspersonal består av flera grupper med tydliga skyldigheter. Begreppet hälso- och sjukvårdspersonal omfattar i princip alla som arbetar i vården och medverkar i vårdarbetet. Det innefattar även den personal som inte har direkt kontakt med patienten, som exempelvis laboratoriepersonal. Hälso- och sjukvårdspersonal står under IVO:s tillsyn.

I 1 kap. 4 § PSL anges vilka grupper som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Det är personal som är legitimerad eller verksam inom vården, alternativt biträder någon som är legitimerad. Även apotekspersonal och personal vid Giftinformationscentralen räknas som hälso- och sjukvårdspersonal. Jämfört med tidigare lagstiftning har nya grupper tillkommit. I PSL tillhör även personal vid larmcentraler och sjukvårdsrådgivningen hälso- och sjukvårdspersonal. De senare är grupper vars uppgifter ligger i gränslandet mellan behandling och information.

En avgörande faktor för att anses som hälso- och sjukvårdspersonal är att den anställde medverkar i arbetet med vården. Det viktiga är anknytningen till hälso- och sjukvården och inte själva anställningsformen. Det innebär att även arbetstagare på entreprenad omfattas. Det har inte heller betydelse om den biträdande saknar utbildning och övrig kompetens för sina uppgifter.

I rättsfallet RÅ 1997 not. 28 medverkade i viss utsträckning en föreståndare utan medicinsk utbildning på en privat klinik, där hårtransplantationer utfördes. Enligt Högsta förvaltningsdomstolen ansågs föreståndaren ha biträtt med hälso- och sjukvårdande uppgifter i sådan utsträckning och med sådan regelbundenhet att den tillhörde hälso- och sjukvårdspersonalen.¹⁴

Kravet på en god hälso- och sjukvård förutsätter att det finns välutbildad och i övrigt kompetent personal som omhändertar patienten på bästa sätt. I 6 kap. PSL regleras de grundläggande skyldig-

¹³ 7 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen.

¹⁴ Se Johnsson, Patientsäkerhetslagen, JUNO version 1 (3 december 2020) kommentar till 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen.

heterna för hälso- och sjukvårdspersonalen. Dessa kompletteras av patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och ett stort antal föreskrifter på området.

Utgångspunkten är att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.¹⁵ Av kapitlet framgår att hälso- och sjukvårdspersonalen har flera skyldigheter i sin verksamhet, som exempelvis att bidra till hög patientsäkerhet, rapportera brister, ta hand om patienten på rätt nivå och lämna avpassad och tillräcklig information. Några av dessa skyldigheter framgår i första hand av bestämmelserna i 6 kap. PSL. Här finns en koppling till patientens rättigheter i patientlagen. Innehållet i och gränserna för yrkesverksamheten framgår också av bland annat Socialstyrelsens föreskrifter. Hälso- och sjukvårdspersonalen kan i princip endast vidta sådana vårdåtgärder som faller inom ramen för vad som kan hänföras till sakkunnig och omsorgsfull vård. Saken har prövats i rättsfallet RÅ 2009 ref. 65 som illustrerar kraven på personal inom hälso- och sjukvården och vikten av god patientsäkerhet:

En läkare hade vid åtskilliga tillfällen och under lång tid ställt diagnoserna tungmetallförgiftning och elöverkänslighet utan tillräckligt vetenskapligt stöd och utan att ha beaktat andra möjliga diagnoser som kunnat förklara patientens besvär. Han hade på grund av diagnoserna genomfört behandlingar som inte står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och som han inte heller kunnat motivera på annan grund. Behandlingarna hade inte varit riskfria. Bristerna var systematiska och avsiktliga. Han hade inte tagit rättelse efter upprepad kritik från Socialstyrelsen. Mot den bakgrunden bedömdes han ha varit grovt oskicklig i yrkesutövningen, och legitimationen återkallades.¹⁶

Sammanfattningsvis ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sina arbetsuppgifter i linje med de skyldigheter som anges 6 kap. 1 § HSL och andra författningar som reglerar hälso- och sjukvården.

¹⁵ 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen

¹⁶ Se Johansson, Patientsäkerhetslagen, en kommentar JUNO version 1 (besökt 21022-07-28) kommentar till 5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.

4.2.2 Hälso- och sjukvård utanför HSL

I 5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen regleras vad som gäller om någon yrkesmässigt bedriver viss hälso- och sjukvårdsverksamhet utanför hälso- och sjukvårdens område. Bestämmelsen är inte uttömmande utan det kan finnas begränsningar, exempelvis på läkemedelsområdet.

Utgångspunkten för bestämmelsen, som har motsvarigheter i den gamla kvacksalverilagen och sedan i 4 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) är att var och en får vara yrkesverksam på hälso- och sjukvårdens område och använda alternativmedicinska behandlingsmetoder. Det är kopplat till näringsfriheten vilken å andra sidan begränsas i 5 kap. 1 § PSL.¹⁷

Bestämmelsens tillämpningsområde har utformats negativt. Det innebär att det i bestämmelsen räknas upp vilka åtgärder som är förbjudna att yrkesmässigt vidta för andra än hälso- och sjukvårdspersonal. Det som anges som förbjudet ska i linje med detta bara göras inom den hälso- och sjukvård som bedrivs med stöd av HSL. Förbuden rör allvarliga sjukdomstillstånd och behandlingsmetoder samt krav på undersökning innan anvisningar görs om eventuell behandling. Det är också förbjudet att undersöka eller behandla barn under åtta år samt att prova ut kontaktlinser.

Som framgått av förra avsnittet ska hälso- och sjukvårdspersonal utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. För de yrkesutövare som inte är hälso- och sjukvårdspersonal och som 5 kap. 1 § PSL tar sikte på finns inte motsvarande skyldigheter.

En sådan yrkesutövares verksamhet begränsas främst av förbuden i 5 kap. 1 § PSL. I linje med detta går det inte att ålägga någon som är verksam enligt 5 kap. 1 § att vidta en viss åtgärd eftersom lagen endast anger vad som är otillåtet. Så länge som den yrkesverksamme inte bryter mot 5 kap. 1 §, eller någon annan föreskrift med betydelse för yrkesverksamheten finns ingen begränsning av vilka metoder som får användas.¹⁸ Det är dock möjligt att straffbelägga den som överträder förbuden i bestämmelsen.¹⁹

¹⁷ Se Vahlne-Westerhäll, Patientsäkerhetslagen, en kommentar Karnov (JUNO) (besökt 2022-07-28).

¹⁸ Se Johnsson, Patientsäkerhetslagen, JUNO version 1 (3 december 2020) kommentar till 5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (besökt 22-07-28).

¹⁹ 10 kap. och 8 § patientsäkerhetslagen.

Straffbestämmelser med mera för överträdelse av 5 kap. 1 § PSL finns i 10 kap. 6–8 §§. PSL. Där framgår att den omständigheten att gärningsmannen på grund av brist i utbildning och erfarenhet inte kunnat inse sjukdomens natur eller förutse skadan eller faran inte befriar denne från ansvar. Eftersom det är förenat med risker att sakna kunskap och insikt om vad som kan behandlas ska sådan verksamhet ske inom ramen för hälso- och sjukvården. Det är denna risk med annan verksamhet som 5 kap. 1 § PSL tar sikte på.

Förbuden i 5 kap. 1 § PSL kan också vara straffbelagda enligt bestämmelser i exempelvis brottsbalken. Om en gärning skulle vara belagd med ett strängare straff i någon annan lag än PSL, har dessa regler företräde, se 10 kap. 7 § PSL. Vidare anges i 10 kap. 8 § att IVO kan förbjuda sådan verksamhet om någon dömts enligt 10 kap. 6 §. Förbudet kan förenas med vite.²⁰

Sammanfattningsvis kan var och en bedriva hälso- och sjukvård utanför den reglerade hälso- och sjukvården. Eftersom dessa personer inte omfattas av den reglerade hälso- och vårdens krav är vissa sjukdomstillstånd och vissa behandlingsmetoder förbjudna och eventuella felaktigheter kan medföra straffansvar.

4.3 Patientlagen

Patientlagen syftar till att stärka patientens ställning och att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Med patient avses den som på eget initiativ eller på annat sätt etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal angående sitt eget hälsotillstånd.²¹ Patientlagen har samma definitioner som HSL och gäller för vård som ges med stöd av den lagen.²²

Genom att fastslå att patienten har rättigheter är tanken att patienten ska ha inflytande i den vård som kan bli aktuell. Skälet är att patienten (jämfört med tidigare) behöver ha en mer aktiv roll i vården och få mer och bättre information för att kunna påverka sin hälsa och sitt behov av vård. Vidare ska vården vara frivillig, det vill säga patienten ska samtycka till vården.

²⁰ Se Johnsson, Patientsäkerhetslagen, JUNO version 1 (3 december 2020) kommentar till 5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (besökt 22-07-28).

²¹ prop. 1993/94:149 s. 73.

²² prop. 2013/14:106 s. 45.

Information om sjukvård av mer övergripande natur såsom information om vårdens kvalitet och resultat kan vara svår att hitta. Det kan leda till patienten i en valsituation inte känner till alternativa vårdgivare och behandlingsmetoder. Sett i ljuset av detta är tillgång till information en framträdande patienträttighet. Information ges ofta av den behandlande personalen i det personliga mötet med patienten. Att få information eller ha tillgång till information är en förutsättning för patientens rätt till självbestämmande och för att patientens rätt sin integritet ska kunna realiseras.²³

Patientens rättigheter motsvaras av skyldigheter för huvudmannen, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Det är inte en rättighetslagstiftning i den meningen att rättigheterna kan utkrävas av den ansvarige för att sedan överprövas av domstol.²⁴

4.3.1 Samtycke inom hälso- och sjukvården

Att vara patient innebär att befinna sig i en beroendesituation. Det väcker frågor om patientens självbestämmande till vård och behandling. Den rättsliga utgångspunkten för den enskildes skydd i detta sammanhang regleras i regeringsformen.

I 1 kap. 2 § regeringsformen fastslås att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. För hälso- och sjukvårdens del gäller 2 kap. 6 § regeringsformen. Av nämnda lagrum framgår följande. Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp även i annat fall än som avses i 4 och 5 §§ som avser skyddet mot tortyr och dödsstraff. Här fastslås att var och en har skydd för sin kroppsliga integritet gentemot det allmänna. Skyddet för den kroppsliga integriteten från enskilda regleras straffrättsligt.

Skyddet för den kroppsliga integriteten är en relativ rättighet och får begränsas genom lag enligt vad som sägs i 2 kap. 6 och 20 §§ regeringsformen. Det betyder att skyddet för den kroppsliga integriteten i hälso- och sjukvården bara kan begränsas om intresset att vidta ett kroppsligt ingrepp väger tyngre än intresset att skydda den kroppsliga integriteten. Lagstiftaren har ställt krav på nivån på norm-

²³ Se Lönnheim, Patientlagen (2014:821) 2–3 kap. Karnov (JUNO) (besökt 2022-07-19).

²⁴ Se Lönnheim, Patientlagen (2014:821) Introduktion Karnov (JUNO) (besökt 2022-07-19).

givningen det vill säga att begränsning av skyddet för den kroppsliga integriteten ska göras i lag.²⁵

Begreppet kroppsliga ingrepp omfattar således såväl lindriga som allvarliga åtgärder inom hälso- och sjukvården. Det handlar om läkarundersökning, vaccinering och blodprov och företeelser som brukar betecknas kroppsbesiktning. Redan en undersökning av en fullt påklädd patient hör hit. Det betyder att var och en är skyddad mot behandling inom hälso- och sjukvård. Annorlunda uttryckt får inte behandling ges mot någons vilja det vill säga med tvång såvida det inte särskilt framgår av lag.

Principen om samtycke till hälso- och sjukvård är grundläggande och regleras i 4 kap. 1 § patientlagen. Det finns ingen motsvarighet i äldre eller gällande HSL utan det handlade om formuleringar som samråd, omtanke och respekt. Av förarbeten till äldre HSL framgår att patienten i princip har en obegränsad rätt att avstå från behandling och att den kan kräva att en åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas.²⁶ I praktiken har innebörden av samråd, omtanke och respekt tolkats som krav på samtycke.

Även ingrepp som vidtas med syfte att utreda och behandla sjukdomar eller skador omfattas av skyddet. Det betyder att inte ens en åtgärd som objektivt sett är till största nytta för en patient får vidtas mot patientens vilja.

Ett fall som gäller en bröstoperation refereras i Regeringsrättens årsbok 6:69/86. Det rör en anmälan från en kvinna som inte lämnat medgivande till ingreppet att ta bort hela bröstet. I patientjournalen fanns antecknat bland annat:

Op är noggrant genomdiskuterad, pat vill ej genomgå ablatio även om förändringen visar sig vara malign.

Ansvar för läkaren som genomförde operationen prövades av kammarrätten. Domstolen konstaterade att oavsett hur berättigad en operation har varit från medicinsk synpunkt har åtgärden att ta bort hela bröstet inte varit tillåten utan patientens samtycke.

Tilläggs bör att alla vårdgivare måste ha en patientförsäkring. Det gäller både offentliga och privata vårdgivare. De närmare förutsättningar för att få ersättning regleras i patientskadelagen (1996:799).

²⁵ 2 kap. 20 § p. 2 regeringsformen.

²⁶ prop. 1981/82:97 s. 118.

4.3.2 Undantag från samtycket

När frågan om samtycke behandlades i förarbeten till patientlagen diskuterades även situationen när patientens vilja inte kan utredas. Bland annat uttalades följande.

Inom hälso- och sjukvården uppkommer ofta situationer då personer av olika anledningar saknar möjlighet att ge samtycke till nödvändiga vårdinsatser. Det handlar framför allt om akuta situationer då en person exempelvis är medvetslös och sjukvårdsinsatser måste vidtas omedelbart för att rädda personens liv eller i övrigt för att undvika svåra konsekvenser för den enskildes hälsa.

Det legala stöd som kan åberopas vid dylika situationer är möjligen 24 kap. 4 § brottsbalken som reglerar under vilka förutsättningar ett handlande i en nödsituation kan vara fritt från straffrättsligt ansvar. Enligt denna bestämmelse kan nöd föreligga när fara hotar bland annat liv eller hälsa. En gärning som någon begår i nöd utgör brott endast om den är oförsvarlig med hänsyn till ”farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt”. Enligt utredningens uppfattning bör hälso- och sjukvårdens insatser i den här typen av situationer ha stöd i den lagstiftning som reglerar patientens ställning och inte i uttolkning av allmänna regler i brottsbalken.²⁷

I specialmotiveringen gjordes följande uttalande om skälen till att införa en bestämmelse om undantag från samtycket.

Patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.

Bestämmelsen utgör ett undantag från huvudregeln i 2 § och innebär att hälso- och sjukvårdspersonal i en nödsituation med stöd av paragrafen ska kunna ge hälso- och sjukvård till en patient som inte är i stånd att samtycka till vården.

Det är enbart sådan vård som behövs för att avvärja en fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa som får ges utan patientens samtycke. Det ska således vara fråga om sådan nödvändig vård som inte kan anstå tills en patient eventuellt själv kan ta ställning till åtgärden. Bestämmelsen gäller enbart i situationer där det handlar om att rädda patientens liv eller i övrigt för att undvika svåra konsekvenser för hans eller hennes hälsa.

Paragrafen avser situationer då en patients vilja på grund av medvetlöshet eller av annan orsak inte kan utredas. Andra orsaker till att patienten inte kan ge sitt samtycke än att han eller hon är medvetslös kan vara att patienten är okontaktbar på grund av chock, är på väg in i medvetlöshet eller är påverkad av exempelvis narkotiska preparat.

²⁷ prop. 2013/14 s. 61 och s. 120

Bestämmelsen är även tillämplig när en person som mer varaktigt får anses sakna beslutsförmåga befinner sig i en nödsituation.²⁸

I 4 kap. 4 § patientlagen regleras undantaget från kravet att patienten ska samtycka till hälso- och sjukvård. Det är tillämpligt för nödvändig vård som inte kan anstå och då patienten inte kan uttrycka sin vilja till vårdinsatsen, exempelvis vid medvetlöshet eller påverkan av narkotiska preparat. Bestämmelsen tar sikte på nödsituationer där det handlar om att rädda patientens liv eller för att undvika svåra konsekvenser för dennes hälsa.

Så länge det handlar om nödvändig vård med ett akut omhändertagande är det en nödsituation. Därefter kan vård inte ges med stöd av bestämmelsen om undantag även om patienten inte kan uttrycka sin vilja. Det innebär att undantaget inte är tillämpligt för fortlöpande vård till en person som varaktigt inte är förmögen att fatta beslut om behovet av hälso- och sjukvård. I dessa fall bör den rättsliga grunden att ge vård även fortsättningsvis vara nödbestämmelsen i brottsbalken.²⁹

Sammanfattningsvis gäller undantag från samtycket personer i akuta nödsituationer som exempelvis är medvetlösa eller så påverkade av narkotiska preparat att deras vilja inte kan utredas.

4.3.3 Den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § brottsbalken

I förra avsnittet behandlades vad som gäller i akuta nödsituationer när sjukvårdsåtgärder vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal. Det framgick att behandling i dessa situationer kan ske eftersom det finns stöd i lag att göra undantag från patientens samtycke. I detta avsnitt är fokus på vad som gäller när allmänheten, lekmän eller yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården behöver ge behandling till en person i en akut nödsituation.

Att var och en är skyddad mot kroppsliga ingrepp från det allmänna betyder att ingen (i normalfallet³⁰) kan tvingas till hälso- och sjukvård. När en person har drabbats av en opioidförgiftning kan personens liv och hälsa hotas och personen befinner sig i en akut

²⁸ Prop. 2013/14:106 s. 121 och 160.

²⁹ Prop. 2013/14:106 s. 121.

³⁰ Det finns tvångslagstiftning som reglerar förutsättningar att bedriva vård mot någons vilja inom den psykiatriska vården och enligt smittskyddslagen.

nödsituation. Rättsligt sett står två grundlagsskyddade rättigheter mot varandra: rätten till liv och rätten att skyddas från kroppsliga ingrepp. I en sådan situation aktualiseras om bestämmelsen om nöd i 24 kap. 4 § brottsbalken kan vara tillämplig.

I svensk rätt infördes bestämmelsen om nöd när brottsbalken trädde i kraft. I likhet med nödvärn är nöd en objektiv ansvarsfrihetsgrund vilket innebär att syftet med gärningen saknar betydelse för den straffrättsliga bedömningen.³¹ Bestämmelsen är negativt utformad med presumtionen att när någon i nöd begår en gärning är det ett brott endast om det med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkats annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig.

Under strafflagens tid accepterades utan uttryckligt lagstöd en nödrätt. Det innebar att ingen kunde straffas för en handling som var oundgängligen nödvändig för att rädda liv, hälsa eller egendom av betydande värde. Det hotade skulle vara särdeles betydande³² i förhållande till den skada som nödhandlingen orsakade. Även samhällseliga intressen kunde omfattas. Nödbestämmelsen har ändrats redaktionellt sedan den infördes i brottsbalken utan några ändringar i sak. 24 kap. 4 § brottsbalken har följande lydelse: En gärning som någon, i annat fall än som tidigare nämnts i detta kapitel, begår i nöd utgör brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig.

Nöd föreligger när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse. Bestämmelsen är subsidiär i förhållande till nödvärnsrätten det vill säga den ska tillämpas först när ansvarsfrihet enligt denna bestämmelse inte är aktuell. Av lagtexten framgår att liv, hälsa och egendom är prioriterade skyddsintressen. Det kan också röra ett annat viktigt intresse som skyddas av rättsordningen så som ett allmänt intresse. Om ett allmänt intresse är hotat ska nödrätten användas restriktivt eller så ska det allmänna intresset vara av synnerlig vikt.³³

En förutsättning för ansvarsfrihet när en handling sker i nöd är att den inte ska vara ”oförsvarlig”. En nödhandling kan anses vara oförsvarlig om dess följder inte står i proportion till den hotande faran eller skadan, eller om den som åberopar nöd hade möjlighet att undvika faran eller skadan på ett annat sätt än genom att begå en

³¹ prop. 1993/94:130 s. 35.

³² Se Bäcklund m.fl. Kommentar till brottsbalken 18 juni 2022, Version 20 (JUNO).

³³ prop. 1962:10, del B, s. 337 och prop. 1993/94:130, s. 34.

straffbelagd gärning.³⁴ Det innebär att utrymmet för nödhandlingar är snävare än för nödvärnshandlingar och att den som handlar i nöd i högre grad behöver sätta sina egna intressen åt sidan. I princip gäller att den gärning som företas i nöd skall vara påkallad av ett intresse av betydligt större vikt än det som offras. Nödbestämmelsen är avsedd att tillämpas endast i undantagsfall.³⁵

Det behöver inte ha skett en brottslig gärning för att nödbestämmelsen ska vara tillämplig. Inte heller förutsätter regeln att det är personen som vidtar gärningen själv som är i nöd utan den omfattar till skillnad från nödvärnrätten även tredjeman. En annan skillnad är att nöd inte som nödvärn förutsätter att det är ett påbörjat eller överhängande angrepp på ett skyddat intresse.

Bestämmelsen tar i första hand sikte på akuta situationer men enligt nyare praxis utesluts inte att det kan vara en mer bestående situation. En nödsituation tar sikte på av rättsordningen skyddade intressen vilket inbegriper allmänna intressen. Bestämmelsen om nöd medger dock inte för enskilda att ingripa i sådant som myndigheter ska hantera eller verkställa. I regel krävs att det är allmänna intressen av synnerligen vikt exempelvis att hindra en spion från att lämna uppgift om hemliga förhållanden om rikets försvar.³⁶

NJA 2018 s. 1 051 handlar om huruvida ett frihetsberövande på ett kommunalt vård- och omsorgsboende varit tillåtet med stöd av nöd eller social adekvans. Rättsfallet illustrerar att nöd eller oskrivna regler tillämpas restriktivt som grund för ansvarsfrihet i akuta situationer inom hälso- och sjukvården och närliggande verksamheter. En anställd hade berövat en vårdtagare friheten genom att blockera dörren till vårdtagarens bostadsrum med en fåtölj och själv suttit i fåtöljen. Av 2 kap. 8 och 20 §§ regeringsformen följer att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot frihetsberövanden som inte har stöd i lag.

Högsta domstolen kom fram till det inte varit en nödsituation i den meningen att det fanns skäl för behandlaren att hålla vårdtagaren inspärrad.³⁷ Det bedömdes inte heller handla om social adekvans det vill säga sådana oskrivna regler som från samhällligt intresse ska

³⁴ Se Zila, Kommentar till Brottsbalken ((1962:700) 24 kap. Karnov (JUNO) (besökt 2022-07-20).

³⁵ Ibid.

³⁶ Digital lagkommentar JUNO version 20 publicerad i juni 2022.

³⁷ NJA 2018 ref 1051: Enligt tingsrättens mening har det inte heller förelegat sådan fara för liv, hälsa eller egendom att det varit fråga om en nödsituation och att åtgärden att hålla målsäganden inspärrad på sitt rum varit berättigad.

tillåtas trots att det egentligen kan utgöra brott. Utgångspunkten är att oskrivna regler ska tillämpas återhållsamt med följd att frihetsberövandet inte heller var tillåtet med stöd av social adekvans.³⁸

Sammanfattningsvis sker vid prövning av nödbestämmelsen dels prövning om det varit en akut nödsituation, dels om handlingen anses oförsvarlig i förhållande till det hotade intresset innefattande att det inte kunnat göras på annat sätt. Även allmänna intressen anses skyddsvärda och tillämpbara på nöd dock ska det ske restriktivt och i grunden inte gälla en fråga som myndigheter ska hantera.

4.4 Förskrivning, rekvirering och administration av naloxon

4.4.1 Godkännande och krav vid utlämnande av naloxon

De grundläggande regelverken om läkemedelshantering utgörs av läkemedelslagen (2015:315) och lagen (2009:366) om handel med läkemedel. På området finns också ett stort antal föreskrifter.

Huvudregeln för att ett läkemedel ska kunna försälas är att det först ska vara godkänt eller registrerat³⁹ vilket är ett införlivande av EU-rättsliga bestämmelser.⁴⁰

Två naloxonläkemedel i form av nässpray finns godkända i Sverige sedan 2017. De är godkända genom olika procedurer på europeisk nivå och är båda klassificerade som receptbelagda. Av godkännandet framgår att vissa krav ska vara uppfyllda bland annat om krav på utbildning för att läkemedlet ska kunna förskrivas eller tillhandahållas. Om ett läkemedel och dess villkor ska ändras initieras nya rättsliga processer på nationell och europeisk nivå. I sammanfattningen i Läkemedelverkets rapport uttalas följande.

På grund av de krav på riskminimerande åtgärder avseende utbildningsinsatser som ställs i samtliga villkor för godkännandet av naloxon i form av nässpray är produkterna receptbelagda i Sverige samt i samtliga EU/EES-länder som svarat (23 av 30 medlemsländer) på Läkemedelverkets undersökning om receptstatus för naloxon. Dessa villkor är ur rättslig synpunkt inte möjliga att bortse ifrån vid en omklassificering.

³⁸ NJA 2018 ref 1051; domskälen p. 11 och 12.

³⁹ 5 kap. 1 § 1 och 2 läkemedelslagen.

⁴⁰ Artiklar 2 och 6 i direktiv 2001/83/EG(2).

En omklassificering av receptstatus kan ske till exempel om innehavaren av godkännandet för försäljning ansöker om detta.⁴¹

För receptbelagda läkemedel som naloxon gäller enligt 2 kap. 9 a § lagen om handel med läkemedel följande krav: Vid expediering av en förskrivning ska en farmaceut lämna information och rådgivning enligt 6 § p. 11 och utföra de övriga uppgifter som har särskild betydelse för en säker hantering och användning av läkemedlet.

Syftet med föreskriften är att farmaceuten så långt det är möjligt ska se till att läkemedlet kommer att användas på rätt sätt. Skyldighet att lämna nödvändiga anvisningar när ett läkemedel lämnas ut från apotek framgår också i 3 kap. 5 § i Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021: 75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Dessa föreskrifter gäller inte för förordnande vid utlämnande av läkemedel som ska användas på sjukhus. Även i 8 kap. 1 § samma föreskrifter betonas vikten av att apotekspersonal vid utlämnandet ska lämna information och rådgivning samt utföra de uppgifter som är av betydelse för en säker hantering av läkemedlet.

4.4.2 Förskrivning av naloxon

Förskrivning innebär att en behörig legitimerad yrkesutövare utfärdar ett recept på ett läkemedel till en patient som behöver läkemedlet och ska använda det själv.⁴² Det är bara möjligt att förskriva recept direkt till en patient och inte till tredjeperson som inte själv behöver läkemedlet utan som har för avsikt att behandla någon annan. Förskrivning ställer krav på den som förskriver att göra en individuell medicinsk bedömning av patientens behov och om det är lämpligt i det enskilda fallet.⁴³ Förskrivning kan också ske för att läkemedlet ska administreras av hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (SOSFS 2017:37, tidigare 2000:1).⁴⁴

Det är endast legitimerad läkare eller sjuksköterska som är behöriga att förordna om naloxon. Det följer av Läkemedelsverkets

⁴¹ Receptfrihetsstatus för naloxon i nasal beredning, Läkemedelsverket 2022.

⁴² Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

⁴³ Socialstyrelsens och Läkemedelsverkets rapport publicerad på Socialstyrelsen.se juni 2017 (artikelnummer 2017-6-6).

⁴⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Föreskriften är inte tillämplig för förordnande eller utlämnande av läkemedel och teknisk sprit som ska användas på sjukhus.⁴⁵ Termen förordna omfattar både förskrivning av läkemedel på recept och utfärdande av rekvisitioner av läkemedel.

I detta sammanhang är det legitimerad läkare och sjuksköterska som är aktuella för förskrivning av naloxon som hämtas ut från öppenvårdsapotek.⁴⁶ Rätten att förordna om ett läkemedel är kopplad till rätten att ordinera läkemedlet. Endast den som är behörig att ordinera ett läkemedel har behörighet att förskriva det.

Av 6 kap. 1 § HSLF-FS 2021:75 framgår att den som är behörig förskrivare enligt 2 kap. också får rekvirera och motta sådant som omfattas av behörigheten. Av samma bestämmelse framgår att en rekvisition får utfärdas enligt 7 §. Det handlar om särskilda bestämmelser för rekvisition utfärdad av annan än förskrivare. Av denna bestämmelse framgår de olika grupper som får utfärda rekvisition och i 8 § anges kravet på att rekvisitionen ska vara skriftlig. Följande grupper får rekvirera läkemedel för olika ändamål:

- Grupp 1 består av föreståndare för vetenskaplig institution eller motsvarande.
- Grupp 2 består av sakkunnig person som har tillverknings- eller partihandelstillstånd för läkemedel.
- Grupp 3 är farmaceut som tjänstgör i Försvarmaktens förband.
- Grupp 4 består av befälhavare eller motsvarande på fartyg med koppling till föreskrifter om sjukvård och apotek på fartyg. Kraven på viss sjukvård på fartyg finns i internationella konventioner och handlar primärt om personalen som arbetar ombord men även i viss mån om passagerare.
- Grupp 5 riktar sig till enskilda personer som yrkesmässigt utför elektriskt svetsningsarbete och behöver ögondroppar mot akuta ögonsmärter.

Sammanfattningsvis tar möjligheten att utfärda rekvisition för andra än förskrivare sikte på olika grupper. Några av grupperna behöver

⁴⁵ I Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning finns bestämmelser om hantering av läkemedel genom sjukhusapotek.

⁴⁶ HSLF-FS 2021:75, 2 kap.

bedriva akut sjukvård i sin verksamhet och det kan inte ske av en behörig förskrivare inom hälso- och sjukvården.

4.4.3 Egenvård och utlämnande av naloxon

När naloxon förskrivs till en patient är det inte sannolikt att personen själv kan använda det utan hjälp av någon annan. Den legitimerade läkaren eller sjuksköterskan har möjlighet att bedöma om patienten kan använda läkemedlet enligt föreskriften SOSFS 2009:6 som reglerar egenvård.⁴⁷

Egenvård betyder att patienten själv kan göra en vårdinsats. Begreppet innefattar också vårdinsatser som patienten behöver hjälp med av sitt sociala nätverk, privat och professionellt. Tanken är att patienter som på grund av psykisk eller fysisk funktionsnedsättning behöver hjälp att administrera läkemedel ska kunna få sådan hjälp av personal eller anhöriga som har kännedom om patienten. Förskrivaren gör en bedömning om egenvård är lämpligt och ska göra regelbundna uppföljningar med tanke på patientsäkerheten enligt 1 kap. 2 § föreskriften. Det är viktigt att notera att egenvård inte räknas som hälso- och sjukvård enligt vad som framgår av samma föreskrift 2 kap. 1 §.

För naloxon gäller också att förskrivare har rätt att lämna ut läkemedlet, vilket följer av 3 kap. 4 § Läkemedelverkets föreskrifter HSLFS-FS (2021:75). Av nämnda föreskrift framgår följande. Förskrivare får till patient som genom missbruk eller beroende löper risk att överdosera opioidpreparat lämna ut läkemedel som innehåller naloxon och som enligt sitt godkännande kan administreras av annan än hälso- och sjukvårdspersonal. Ett sådant utlämnande förutsätter att förskrivaren har behörighet att förordna läkemedlet och att patienten kan erbjudas behandling mot missbruk eller beroende. Vid utlämnandet ska förskrivaren säkerställa att nödvändig utbildning avseende åtgärder som behöver vidtas vid en överdos, inkluderande administrering av läkemedlet, har genomförts.

Bestämmelsen ställer således krav på att andra åtgärder vidtas parallellt med att patienten får naloxon för egenvård.

⁴⁷ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:06) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan användas som egenvård.

4.4.4 Administration av naloxon

Bestämmelser om läkemedelsförsörjningen till och inom sjukhus finns i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:8) om sjukhusens läkemedelsförsörjning. Bestämmelser om ordination och administration av läkemedel inom hälso- och sjukvården finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd HSLFS-FS (2017:37) om ordination och hantering av läkemedel inom hälso- och sjukvården. Läkare, tandläkare och sjuksköterskor har en generell behörighet att administrera läkemedel medan andra yrkesgrupper har en begränsad behörighet att administrera. Det är möjligt för annan hälso- och sjukvårdspersonal att administrera och överlämna läkemedel om uppgiften har delegerats av läkare eller sjuksköterska. Förutsättningarna för delegering regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Det finns även andra icke-legitimerade yrkesgrupper som har en begränsad möjlighet att administrera vissa läkemedel. En sådan behörighet är möjlig med stöd av i 6 kap. 6 § HSLFS-FS (2017:37) läkares generella direktiv om läkemedelsbehandling. Ett generellt direktiv ska vara skriftligt och vårdgivare ska ha rutiner där det framgår vilka läkare som får utfärda generella direktiv och att det säkerställs att läkemedelsbehandlingen utfärdas på ett patientsäkert sätt. Föreskriften är tänkt att användas i undantagssituationer och ska tillämpas restriktivt.

Syftet med det generella direktivet är att läkare ska kunna ordinaera läkemedelsbehandling till en patientgrupp som den har kännedom om och som har liknande medicinsk status. Efter det generella direktivet har utfärdats, ska en sjuksköterska innan det iordningställs och administreras eller överlämnas till patienten, göra en behovsprövning av patientens behov av medicinen. Sjuksköterskan ska också kontrollera läkemedlets indikation och kontraindikationer samt dokumentera sin bedömning i patientjournalen enligt 6 kap. 7 § nämnd föreskrift.

Av intresse i detta sammanhang är Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård. 7 kapitlet handlar om personal som arbetar med att ge första hjälpen i väntan på ambulans. Grunden för uppdraget är ett IVPA⁴⁸-avtal med stöd av 3 kap. 2 §

⁴⁸ I Väntan På Ambulans, IVPA.

lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter. Syftet är att säkerställa att personer i akuta nödsituationer får första hjälpen med enkla hjälpmedel i väntan på att ambulans anländer. I avtalet ska framgå om defibrillering ingår i uppdraget. Detsamma gäller avseende behandling med oxygen och naloxon.⁴⁹ IVPA-personalen anses som hälso- och sjukvårdspersonal när den ger behandling med defibrillering eller läkemedlen oxygen och naloxon. Personalen står under IVO:s tillsyn och ska dokumentera behandlingen i patientjournalen.

4.5 Sammanfattning

I detta kapitel har vi redovisat några centrala bestämmelser inom hälso- och sjukvårdsrätten och hur den allmänna nödbestämmelsen aktualiserats inom området. Hälso- och sjukvård är ett tydligt avgränsat rättsligt område där ansvar, rättigheter och skyldigheter står i centrum likväl som de grundlagsskyddade rättigheterna rätten till liv och skyddet mot kroppsliga ingrepp som inte har stöd i lag. Frågan om vem som får göra vad inom hälso- och sjukvården är noga reglerad i olika författningar på olika normgivningsnivåer. Det finns också detaljerade föreskrifter för hur olika situationer ska hanteras och vem som är ansvarig om det går fel. En grundläggande princip inom hälso- och sjukvården är det systematiska kvalitetsarbetet; allt med tanke på att patientsäkerheten och riskerna för skador i vården så långt möjligt ska förhindras. Vi återkommer i kapitel 7 med juridiska slutsatser om vilken betydelse regleringen bedöms ha för andra yrkesgruppers förutsättningar att administrera naloxon.

⁴⁹ 1-3 §§ SOSFS (2009:10) om ambulanssjukvård.

5 Etiska utgångspunkter och bedömningar

I detta kapitel gör vi en kortare etisk reflektion om vilka värden och etiska principer som kommer ligga till grund för vårt fortsatta arbete.

5.1 Möjligheten att rädda liv är av överordnad betydelse i en värdehierarki

Bedömning: Möjligheten att rädda liv bör ha stor betydelse i förhållande till andra värden, risker och principer som kan stå i konflikt med principen att rädda liv. Detta kommer att ha betydelse för våra framtida förslag om vilka andra verksamheter och yrkesgrupper som ska kunna administrera naloxon.

5.1.1 Olika värden och perspektiv behöver balanseras om andra yrkesgrupper ska få administrera naloxon

Lagstiftning styrs typiskt av värderationalitet där det system som skapas ska spegla och främja de värderingar lagstiftaren vill ska vara vägledande i samhället. Detta förutsätter i princip alltid avvägningar mellan olika värden. Den centrala etiska frågan i vårt uppdrag är om det är godtagbart för yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården att vidta kroppsliga och behandlande ingrepp på en medvetlös människa utan dennes samtycke i syfte att rädda dennes liv.

Principer som att rädda liv och *göra gott* har stor betydelse inom etiken. Möjligheten att rädda liv har exempelvis i USA lagt grunden för hur naloxonarbetet bedrivs (med "barmhärtig-samarit-lagar" och undantag genom en "standing order" från andra gällande lagar).

En av grundprinciperna inom den medicinska etiken är *autonomi* eller rätten till självbestämmande. Principen innebär att man själv ska få bestämma över sitt eget liv och sina egna handlingar under förutsättning att det inte kränker andras självbestämmanderätt.¹ Detta är också till stor del överfört till den medicinska rätten genom att det som huvudregel krävs att patienten ska samtycka till behandling och andra vårdinsatser inom hälso- och sjukvården. Detta redogör vi för i kapitel 4.

Principen att *inte skada* är en annan viktig princip. Skada kan inbegripa många olika handlingar som påverkar en person negativt; fysiskt, psykisk, socialt, integritetsmässigt, med mera. All läkemedelsanvändning är förenad med någon form av risk för skada. Vad gäller naloxon som nässpray har vi i tidigare kapitel beskrivit att biverkningar eller skador till följd av naloxon förefaller vara begränsade.

En risk för skada av mer integritetsmässig karaktär är det påtvingade kroppsliga ingreppet i sig. I tidigare regeringsuppdrag framfördes farhågor om maktobalans och maktmissbruk om andra yrkesgrupper alltför brett fick ge naloxon.

Flera nyckelgrupper lyfte att det är viktigt att det finns ett förtroende mellan den potentielle behandlaren och brukaren. Om naloxon tillgängliggörs för brett i samhället skulle en potentiell risk kunna vara att det skapas en oro bland brukare för att bli behandlad mot sin vilja. Det skulle kunna uppfattas som en maktförskjutning och potentiellt leda till att förtroendet för myndigheter och nyckelgrupper minskar och i värsta fall kunna skrämja bort brukare från offentliga platser och vård- och stödinsatser.²

Vidare framfördes farhågor att dessa yrkesgrupper skulle kunna ha svårt att identifiera om det verkligen handlade om en överdos där individen behövde naloxon, eller om individen ”bara” var påverkad. I det senare fallet skulle en möjlig negativ konsekvens utifrån användarens perspektiv kunna vara att effekten av opioiden uteblir. Nu har nässpray med naloxon funnits i Sverige i några år och med grund i dagens erfarenheter bedömer vi att de farhågor som fanns för några

¹ Statens Medicinsk-etiska råd, Några medicinsk-etiska begrepp, www.smer.se besökt 2022-08-29.

² Uppdrag om ökat tillgängliggörande av vissa läkemedel i syfte att motverka narkotikarelaterad dödlighet, Läkemedelsverket, 2018.

år sedan inte längre är relevanta och att risken för skada av integritetsmässig karaktär är liten.³

Människovärdesprincipen är en annan princip av stor betydelse i detta sammanhang. Människovärdet är inte bundet till våra egenskaper utan är knutet till varje enskild människa oberoende av prestationer.⁴ Många gånger möts personer som använder narkotika, eller har skadligt bruk eller beroende, av rädsla, avsky och avståndstagande.⁵ Det handlar både om omgivningens och samhällets attityder, om olika yrkesgruppers attityder, samt om bemötande inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. I en nyligen genomförd befolkningsundersökning svarade en hög andel av allmänheten att man ansåg att alkohol- och drogberoende i högre grad än andra psykiatriska diagnoser var orsakade av personen själv. Detta resultat ligger i linje med studier som visat att allmänheten sällan uppfattar alkohol- och narkotikaberoende som ett psykiatriskt tillstånd och där personer med dessa tillstånd oftare skuldbeläggs än personer som har andra psykiatriska tillstånd.⁶ De moraliska slutsatser som utvecklas till följd av sådana uppfattningar kan leda till stigmatisering. Konsekvenser av stigmatisering kan vara att personer med narkotikaberoende upplever att de får ett sämre bemötande och sämre behandling för fysiska hälsoproblem eller kan leda till att man inte söker vård alls. Stigma riktat mot personer med beroendesjukdom kan även indirekt påverka hur resurser prioriteras och fördelas. Det finns därför anledning att arbeta på flera olika sätt för att minska stigmatiseringen mot personer som använder narkotika och stärka och utveckla tillgången till insatser som kan förbättra hälsan och rädda liv i denna grupp. Alla människors lika värde och rätt till liv är därför också en utgångspunkt i vårt fortsatta arbete.

Proportionalitet är en viktig aspekt om att åtgärder inte ska sträcka sig längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet. Det innebär att måttet av förväntad effekt av insatsen behöver vägas in i den samlade bedömningen. Att utvidga möjligheten att ad-

³ I exempelvis USA där polisen sedan en tid tillbaka får administrera naloxon har detta dilemma inte uppmärksammats eller blivit realitet. Inte heller verkar brukarorganisationer i Sverige i dag särskilt oroade för en sådan utveckling, vilket Narkotikautredningen inhämtade synpunkter på vid en hearing för civila samhället den 8 september 2022.

⁴ Statens Medicinsk-etiska råd, Några medicinsk-etiska begrepp, www.smer.se besökt 2022-08-29.

⁵ Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet, SOU 2021:93.

⁶ Synen på psykisk ohälsa och suicid – En befolkningsundersökning om kunskaper och attityder, Folkhälsomyndigheten, 2022.

ministrera naloxon till andra yrkesgrupper eller att kanske till och med överväga en skyldighet eller åtagande i specifika fall, kan vara förknippat både med kostnader och utbildningar som måste vägas in i en samlad bedömning. I vårt arbete ser vi både över möjligheten att få administrera naloxon utifrån frivillighet som enskild, och utifrån någon form av möjlighet att göra det som en del i yrkesutövningen. I det senare fallet behöver det inte vara proportionerligt att ålägga alla inom en viss yrkesgrupp denna uppgift, även om det skulle kunna rädda ett människoliv. I verksamheter eller yrken där en eventuell opioidförgiftning skulle kunna vara en sällanhändelse och mer av en hypotetisk situation, vore det troligen inte proportionerligt att införa ett åtagande att införskaffa naloxon, säkerställa en korrekt läkemedelshantering och utbilda samtlig personal i hur läkemedlet administreras.

Vår samlade bedömning är att möjligheten att rädda liv väger tungt i balansen mellan olika värden samtidigt som våra analyser och förslag behöver vara proportionerliga i förhållande till förväntad effekt. Vår bedömning är att risken för skada av att fler kan administrera naloxon får anses vara ringa och att nyttan med att olika verksamheter och yrkesgrupper kan, eller kanske till och med i vissa fall bör/ska, ge naloxon överväger riskerna. Vår bedömning är att möjligheten att rädda liv också väger tyngre än risken för ett eventuellt integritetsmässigt intrång. I de etiska koder som gäller i samhället bör allas rätt till liv gälla lika oavsett om ingripanden handlar om att förhindra suicidförsök, återuppliva vid hjärtstopp eller återuppliva med hjälp av naloxon, även om det kan tänkas innebära en kränkning av mer integritetsmässig karaktär. Dessa bedömningar kommer att ligga till grund för det fortsatta arbetet med att tillgängliggöra naloxon för fler yrkesgrupper.

6 Analys och bedömningar

I detta kapitel utgår vi från bakgrunden som lagts i de tidigare kapitlen och analyserar tillgängliggörande av naloxon som en del i ett bredare förebyggande arbete i syfte att minska narkotika- och läkemedelsorsakad dödlighet. Vi gör bedömningar om andra yrkesgrupper ska kunna administrera naloxon och om reglering eller annat stöd som kan behövas. Bedömningarna kommer att utgöra underlag för vårt fortsatta utredningsarbete och behöver utvecklas ytterligare.

6.1 Naloxon är en av flera insatser för att förhindra opioidorsakad död

Bedömning: Bred tillgång till opioidantagonister, såsom naloxon, i syfte att administrera läkemedlet till personer som drabbats av opioidförgiftning bör ingå som en av flera insatser i ett nationellt program för att förhindra narkotika- och läkemedelsorsakad dödlighet. Narkotikautredningen återkommer med förslag på ett sådant nationellt program i sitt slutbetänkande.

6.1.1 För att minska narkotika- och läkemedelsorsakade dödsfall behövs betydligt fler insatser än naloxon

Skadligt bruk och beroende av narkotika är en komplex företeelse och vi bedömer att det därför behövs många olika insatser på olika nivåer i samhället för att förebygga dödlighet orsakad av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Naloxon kan vara en viktig del av lösningen, men betydligt fler insatser behövs. Förebyggande insatser och god tillgänglighet till vård och stöd är av allt att döma avgörande för att på sikt kunna påverka narkotika- och läkemedelsorsakad dödlighet.

Ytterligare insatser inom det skadereducerande området behöver, vid sidan om naloxon, också värderas som möjliga komponenter för att minska narkotikaorsakad dödlighet. Detta är frågor vi avser återkomma till i slutbetänkandet och i arbetet med att föreslå ett nationellt program för att minska dödlighet orsakad av läkemedel och narkotika.

6.1.2 Implementering av naloxonutdelning till enskilda behöver förstärkas

Det är i dag möjligt att förskriva naloxon till personer som använder narkotika. Socialstyrelsen har vid två tillfällen följt upp om regionerna påbörjat ett systematiskt arbete med att förskriva naloxonläkemedel till patienter. 13 av 20 regioner svarade år 2019 att de bedriver ett systematiskt arbete för att tillgängliggöra naloxon till patienter.¹ Vid en uppföljande enkät ett år senare svarade 18 av 21 regioner att de gjorde det.² Även om arbetet med att förskriva naloxon till patienter påbörjats i många regioner, så finns det möjlighet att ytterligare stärka implementeringen. Exempelvis har i dag inte alla LARO-mottagningar³ påbörjat en systematisk förskrivning av naloxon trots att möjligheten finns. I andra länder (Danmark och Frankrike exempelvis) är erbjudandet om utbildning och naloxonutdelning standard för patienter i LARO-behandling och i Sverige har rekommendationen om naloxon högsta prioritet i nationella riktlinjer. I Sverige är tillgång till naloxon för patienter som får förskriva opioider, exempelvis mot smärtproblematik, begränsad i dagsläget. Ett mer systematiskt arbete med naloxon också till dessa patienter behöver övervägas framöver.

Personer som vistas inom kriminalvård eller på någon av Statens Institutionsstyrelses institutioner (exempelvis LVM), kan inom gällande regelverk få naloxon förskrivet. Arbetet har påbörjats, men även här finns det utrymme att stärka implementeringen. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) bedriver för

¹ Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2020, Socialstyrelsen, 2020.

² Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar – Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar, Socialstyrelsen, 2021.

³ Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

närvarande ett arbete för att stödja Kriminalvården och regionerna i deras arbete för att öka naloxonförskrivning inom Kriminalvården.⁴

För att öka tillgängligheten till nässpray som innehåller naloxon har Läkemedelsverket, i dialog med Socialstyrelsen, utrett möjligheten att göra läkemedlet receptfritt. Läkemedelsverkets rapport som publicerades i september 2022 beskriver att det i nuläget inte finns något tillgängligt läkemedel med naloxon i form av nässpray som det är rättsligt möjligt att klassificera som receptfritt. Läkemedelsverket redogör för de alternativ som finns för att i framtiden kunna godkänna ett naloxonläkemedel med receptfri status, men ingen av dessa vägar är enkla eller snabba. I grunden handlar problemet med receptfrihet om de utbildningskrav som är kopplade till godkännande av läkemedlet, om nationell gällande rätt om befogenhet för apotekspersonal samt slutligen om hur godkännande av läkemedel inom EU är reglerat.⁵ Receptfrihet skulle enligt vår bedömning kunna vara ett sätt att underlätta för exempelvis anhöriga och närstående att få tillgång till läkemedlet. Även andra, såsom verk-attökasamheter och företag som ser behov av att ha läkemedlet tillgängligt, skulle då också kunna köpa det på apotek.

Vår bedömning är att förskrivning och utdelning av naloxon behöver ske vid fler verksamheter än som hittills varit fallet för att tillgängligheten ska anses vara god och för att full effekt av detta verktyg ska uppnås. Socialstyrelsens, och andra aktörers, arbete för att stödja implementeringen på nationell nivå behöver därför fortsätta.

6.1.3 Framtida reglering behöver anta nya och framtida utmaningar

Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* och det vetenskapliga underlaget som ligger till grund för rekommendationen i riktlinjerna, tar sikte på individer med skadligt bruk eller beroende av opioider.⁶ Det kan dock inte uteslutas att opioidförgiftning också kan förkomma bland individer som inte utvecklat ett skadligt bruk eller beroende. Det kan också hända att en person som använder annan narkotika än opioider bevittnar en

⁴ Uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon – Delredovisning om genomförda och planerade aktiviteter inom ramen för uppdraget, Socialstyrelsen, 2022.

⁵ Receptfrihetsstatus för naloxon i nasal beredning, Läkemedelsverket 2022.

⁶ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen, 2019.

opioidförgiftning. Liksom att det kan förekomma att olika narkotiska substanser blandas ut med andra substanser. I USA har fentanyl blandat med andra preparat orsakat många dödsfall. I Sverige förefaller detta ännu vara ovanligt, även om viss rapportering framkommit om fentanyl i bensodiazepiner i enstaka kommuner.⁷ Det går dock inte att förutse om en sådan utveckling som i USA även kan ske i Sverige i framtiden. I vårt arbete ska vi lämna förslag för en narkotikapolitik anpassad till nutidens och framtidens utmaningar. Vi utesluter inte att eventuell reglering kring naloxon eller andra insatser också bör omfatta en bredare målgrupp än personer med skadligt bruk och beroende av opioider (som just nu är den primära riskgruppen för opioidorsakad förgiftning), om detta skulle visa sig vara effektivt. Det är heller inte uteslutet att andra opioidantagonister än naloxon utvecklas, varför eventuellt framtida arbete behöver beakta sådana omständigheter.

6.2 Både reglering och stöd i implementeringsarbetet behövs

Bedömning: För att andra yrkesgrupper (och andra verksamheter) utanför hälso- och sjukvården ska kunna administrera opioidantagonister (såsom naloxon) i sitt arbete, bör gällande regelverk förtydligas och kompletteras. Vidare kan nationellt stöd för implementering av naloxonprogram behöva stärkas för att tillgängligheten till naloxon bland personer som använder narkotika och andra ska öka.

⁷ Tullverket har inte gjort några beslag av amfetamin, tramadol eller heroin som också innehåller fentanyl, varken 2022 eller tidigare år. Heroin blandat med fentanyl förekommer i andra länder, men varken Tullverkets eller polisens analyser tyder på att det förekommer i Sverige. Beslag av fentanyl och fentanylanaloger är numera ytterst sällsynta och har under 2021 och 2022 enbart förekommit som fentanylplåster. Folkhälsomyndigheten ansvarar för Varnings-system Narkotika (VSN) som är ett nationellt informations- och varningssystem där syftet är att underlätta informationsutbytet mellan anslutna aktörer från nationella myndigheter, hälso- och sjukvård och socialtjänst. I VSN har någon enstaka rapport om fentanyl uppblandat i andra substanser förekommit under 2022.

6.2.1 Gällande rätt skapar otydlighet om vad yrkesverksamma får och inte får göra vad avser naloxon

I de dialoger vi haft har det framkommit att det råder osäkerhet, framför allt inom sociala verksamheter, om personal ska och får administrera naloxon eller ej i en situation där en person drabbats av opioidförgiftning. Detsamma framgår i Socialstyrelsens delrapportering av regeringsuppdrag.⁸ Tack vare de senaste årens arbete med att öka tillgängligheten till naloxon hos narkotikaanvändare, har vi i olika dialoger fått bekräftat att nässpray som innehåller naloxon i många fall finns tillgänglig vid exempelvis lågtröskelboenden. Brukare kan ha glömt sprayen som då tas omhand och förvaras av personalen. Andra överlämnar sprayen till personalen inom ramen för egenvård (som beskrivits i kapitel 4). Trots att verksamheten inte haft möjlighet eller rätt att rekvirera läkemedlet, kan det således ändå finnas tillgängligt. Men frågan huruvida personalen får administrera läkemedlet är oklar, vilket innebär att verksamhetsansvariga i dag när det saknas nationell vägledning eller reglering, inte har en tillräckligt tydlig möjlighet att ålägga, tillåta eller rekommendera personal att administrera nässpray som innehåller naloxon.

Polismyndigheten har i ljuset av dessa oklarheter tagit ställning till att i händelse av påträffad opioidförgiftning ska poliser använda HLR tills enheter från hälso- och sjukvården kommer och biträder.⁹

På SiS ungdomshem och LVM-hem kan yrkesgrupper, som inte omfattas av hälso- och sjukvårdens regelverk, administrera naloxon efter att ha mottagit delegering av sjuksköterska i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter.¹⁰ Patienter, för vilka det finns en risk för intag av opioider på institutionen, ordinerar naloxon som vidbehovsläkemedel. Detta möjliggör för personal som har delegation enligt SiS delegationsordning att använda naloxon när inte legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal finns på plats och i enlighet med SiS läkemedelsrekommendationer 2022. För patienter som inte har en förskrivning av naloxon, finns läkemedlet med på myndighetens lista med generella direktiv. För att kunna ge läkemedel utifrån generella direktiv behövs en kontakt med legitimerad sjuksköterska. Inom

⁸ Uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon – Delredovisning om genomförda och planerade aktiviteter inom ramen för uppdraget, Socialstyrelsen, 2022.

⁹ Dnr KOMM2022/00359/S_2022:01–02 Inkommet material från polisen om agerande vid påträffande av och administration av Naloxon.

¹⁰ HSLF-FS 2017:37 ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården och SOSFS 1997:14 delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

ungdomsvården finns det en nationell sjuksköterskejour som kan kontaktas.¹¹

Kriminalvårdens mål är att även kriminalvårdspersonal på sikt ska kunna ge nässpray som innehåller naloxon, men har ännu inte identifierat hur utbildningsinsatsen ska kunna genomföras och om all personal ska omfattas eller endast särskilt utvald personal med någon form av delegation.¹²

Hur andra aktörer, såsom verksamheter som drivs av ideell sektor eller företag gör, har vi inte haft möjlighet att utreda.

Avsaknaden av tydlig reglering skapar ett handlingsutrymme för aktörer att göra olika tolkningar, vilket inte främjar jämlik tillgång till naloxon över hela landet. I kapitel 7 motiverar vi varför det kan behövas lagstöd och komplettering i förordning eller föreskrifter för att andra än hälso- och sjukvårdspersonal på ett systematiskt sätt ska kunna administrera naloxon som en del av sitt arbete.

6.2.2 Implementering av naloxon utanför hälso- och sjukvården halkar efter

Vad gäller verksamheter och yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården så har personal inom räddningstjänst och icke-legitimerad ambulanspersonal sedan 2018 en möjlighet att administrera naloxon, vilket vi beskrev i kapitel 4.¹³ Vi bedömer att det för dessa yrkesgrupper redan finns en tydlig reglering i föreskrifter för att kunna administrera naloxon, men att stöd för implementering kan behöva utvecklas. I våra dialoger framkommer att arbetet generellt inte har påbörjats, med undantag i någon enstaka region, trots att stöd finns i föreskrifter. För att räddningstjänsten ska få tillgång till naloxon och adekvat utbildning behöver frågan omfattas av avtal mellan region och räddningstjänst, vilket inte finns i de flesta regioner. Det kan bero på att avtalen för vem som åker på larm ser olika ut över landet, att behoven inte bedöms finnas eller att vare sig räddningstjänsten eller regionen drivit på frågorna. Vidare behöver också tillgången till naloxon hanteras inom ramen för sådana avtal, då räddningstjänst i dagsläget inte får rekvirera läkemedel från apotek.¹⁴

¹¹ Dnr KOMM2022/00359/S_2022 :01–15 Svar inkommit från Statens Institutionsstyrelse.

¹² Dnr KOMM2022/00359/S_2022 :01–14 Svar inkommit från Kriminalvården.

¹³ 1–3 §§ SOSFS (2009:10) om ambulanssjukvård.

¹⁴ Samtal med räddningstjänst och IVPA ansvariga i landet.

Vi bedömer att eventuella regelförändringar för att andra yrkesgrupper ska kunna administrera naloxon behöver åtföljas av ett stödjande arbete. Förändringarna i regelverket för räddningstjänst och ambulanspersonal har visat att arbetet trots detta inte påbörjats i någon större utsträckning. Det tyder på ett behov av uppföljning och stöd i genomförandet vilket är angeläget om ytterligare yrkesgrupper ska få möjlighet att administrera naloxon.

6.2.3 Arbetet med hjärtstartare och hjärt- och lungräddning (HLR) kan fungera som inspiration

I vårt arbete har vi diskuterat om naloxon borde kunna hanteras på liknande sätt som det nationella arbetet med hjärtstartare. Det kan finnas en hel del likheter och arbetet med HLR är både systematiskt och angeläget. Hjärtstartare är definierad som en produkt. Arbetet med ökad tillgänglighet till hjärtstartare i samhället, liksom utbildning och registrering av hjärtstartare, hanteras av svenska rådet för hjärt-lungräddning (HLR-rådet). HLR-rådet är en nationell kunskaps- och utbildningsorganisation. HLR-rådet uppmanar att alla hjärtstartare registreras i Sveriges hjärtstartarregister och att all verksamhet kopplad till hjärtstartare utanför sjukhus registreras i Svenska Hjärt-Lungräddningsregistret (SHLR) som är ett kvalitetsregister som drivs av HLR-rådet.¹⁵ I HLR-rådets arbete förekommer tre övergripande målgrupper för att öka användningen av hjärtstartare.¹⁶

- Insatspersonal, primärt avses räddningstjänst och polis utrustade med hjärtstartare. Dessa kan larmas ut parallellt med ambulansen vid misstänkta hjärtstopp.
- Tränade lekmän med skyldighet att agera. Det kan vara inom ett strukturerat program och gäller exempelvis säkerhetsvakter, hotellpersonal eller badvakter.
- Hjärtstartare tillgängliga för allmänheten, så kallade "vilda" hjärtstartare som inte ingår i ett program. Dessa har en fast position och används av både utbildade och utbildade lekmän.

¹⁵ <https://www.hlr.nu/organisation/>.

¹⁶ Nationell strategi för plötsligt hjärtstopp i Sverige, HLR-rådet, 2021.

Både naloxon och hjärtstartare syftar till att rädda liv. Men det finns också flera skillnader vilka behöver beaktas, exempelvis att hjärtstartare är en produkt och inte ett läkemedel. Vår bedömning är att arbetet med hjärtstartare kan utgöra inspiration för det fortsatta utredningsarbetet, även om det finns skillnader.

6.2.4 Vilja och förankring högt upp i en organisation spelar roll för genomförandet

Utöver tydlig reglering och stöd för implementering finns också andra faktorer som påverkar huruvida insatser genomförs. Inom implementeringsforskningen lyfts inte sällan politisk vilja fram som en betydande faktor för att underlätta genomförande av initiativ och strategier. I vår internationella utblick var detta också omständigheter som lyftes fram som avgörande. Det tydligaste exemplet är USA där de opioidorsakade dödsfallen ökat till sådana nivåer att situationen beskrivs som en nationell kris. I den situationen behövde alla hjälpa till och högt uppsatta inom och utom polismyndigheten drev frågan om att poliser som är först på plats vid larm behöver kunna bidra i arbetet. Det fanns en vilja i organisationens ledning att utföra arbetsuppgifter som tidigare inte bedömts vara en del av polisens arbete. Samtidigt fanns en tillräcklig tydlighet i regelverk om att insatser som sker med goda intentioner inte kunde bli straffbart eftersom möjligheten att rädda liv var prioriterad.¹⁷

I Norge har naloxonarbetet bedrivits som ett projekt med nationell koppling. Arbetet inkluderades i en nationell strategi och det fanns en tydlig politisk vilja att genomföra insatsen som också har fungerat väl.¹⁸

Även regioner i Sverige med tydliga uppdrag och finansiering för naloxon förefaller också ha kommit längre i implementeringen av naloxonprogram.

¹⁷ Dnr KOMM2022/00359/S_10 mötesanteckningar möte USA.

¹⁸ National Overdose Strategy 2014-2017 "Sure you can quit drugs– but first you have to survive", Helsedirektoratet, 2014.

6.3 Ska andra yrkesgrupper kunna administrera naloxon och i så fall vilka yrkesgrupper?

Bedömning: Yrkesgrupper som ofta hamnar i situationer där opioidförgiftningar förekommer, bör tillåtas att administrera opioidantagonister såsom naloxon, inom ramen för sina arbetsuppgifter.

Vi har två inriktningar i det fortsatta arbetet beroende på vad som bedöms rättsligt möjligt. För att inte exkludera någon yrkesgrupp från att kunna administrera naloxon inom ramen för sina arbetsuppgifter skulle ett undantag från gällande rätt kunna övervägas och behöver då utredas vidare. Då behöver inte yrkesgrupper specificeras. Om detta av juridiska skäl inte kan göras, föreslår vi olika grupper av yrken och verksamheter som underlag för vårt fortsatta utredningsarbete och analys. En sådan gruppindelning väger samman olika perspektiv, verksamheter, platser, yrken, aktuell forskning och juridiska förutsättningar.

6.3.1 Naloxon bör få administreras av andra än hälso- och sjukvårdspersonal

Vi gör bedömningen att möjligheten att rädda liv med naloxon behöver prioriteras i Sverige. Vi menar att det framöver bör finnas stöd för att administrera naloxon för yrkesgrupper och verksamheter som ofta hamnar i situationer där naloxon skulle kunna rädda liv.¹⁹ Sådana yrken och verksamheter behöver dock få klarhet i frågor gällande med vilket lagstöd eller stöd i förordning eller forskrift insatsen görs, vem som ansvarar, om det är en skyldighet eller möjlighet att administrera naloxon, med mera. Detta behöver vi utreda vidare, vilket vi återkommer till i de nästföljande avsnitten.

¹⁹ Utöver de yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården som redan i dag har sådana möjligheter och som vi redogjort för i kapitel 4.

6.3.2 Ska det vara en möjlighet eller en skyldighet att få administrera naloxon?

I det fortsatta arbetet med att föreslå reglering för att andra än hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna ha tillgång till och kunna administrera naloxon, kan detta regleras antingen som en möjlighet (kan/får) eller en skyldighet (bör/ska) för olika yrkesgrupper eller verksamheter.

Det är angeläget att så många som möjligt i samhället får administrera naloxon, exempelvis genom någon form av bred reglering som inte utesluter någon. Detta skulle skapa bäst förutsättningar för att bidra till målet om att ingen ska dö till följd av narkotika eller läkemedel som antagits av regeringen. I nuläget kan andra yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården, i likhet med allmänheten eller lekmän, agera i en nödsituation genom att administrera naloxon under förutsättning att naloxon finns till hands, vilket vi beskriver i kapitel 4 och 7. En sådan situation bygger rättsligt på att personen som administrerar naloxon gör det frivilligt och på eget ansvar samt med stöd av den allmänna nödbestämmelsen i brottsbalken.

I arbetet med att analysera om andra yrkesgrupper eller verksamheter ska kunna administrera naloxon utgår vi dock från att vi ska identifiera en ordning som möjliggör insatsen inom ramen för arbetet och där arbetsgivaren är ansvarig för åtgärden och den enskildes agerande. Detta förutsätter en tydlig ordning och reglering. Det innebär också att avvägningar om effekt och proportionalitet beaktas. Om insatsen att administrera naloxon ska utformas som en skyldighet och ett krav för specifika verksamheter behöver troligen också nationellt stöd i någon form utvecklas. Vi återkommer till dessa frågor i vårt fortsatta utredningsarbete.

6.3.3 Begreppet yrkesgrupper behöver utvidgas för att även inkludera verksamheter och platser

I våra direktiv har vi uppdraget att utreda om yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården ska kunna ge naloxon. Ett yrke eller en profession är ofta en grupp människor med vissa gemensamma drag. Bland dessa drag finns exempelvis avgränsning mot andra yrkesgrupper, förfogande över särskild kunskap, arbetsuppgifter som innehåller unika eller varierande moment, självständighet i yrkesutövningen

och en särskild yrkeskodex. Inte sällan kan yrket ha en titel som på något vis förutsätter särskild utbildning eller kompetens såsom sjuksköterska, socionom, polis, ordningsvakt med mera.

Vi bedömer inte att det är ändamålsenligt att bara utgå från begreppet *yrke* i vårt arbete. Anledningen är att personer som använder narkotika, av vilka vissa har förhöjd risk för opioidförgiftningar, i hög grad har kontaktytor i minst lika hög grad gentemot verksamheter och platser som gentemot yrkesgrupper. Det handlar om verksamheter dessa individer ofta besöker, vistas eller bor i. Såväl plats, verksamhet och yrke har således betydelse för bedömningen av vilka yrkesgrupper som bör kunna administrera naloxon, vilket vi illustrerar i exemplen nedan.

Ett exempel skulle kunna vara ett lågtröskelboende för personer med skadligt bruk eller beroende. I en sådan verksamhet finns flera yrken som skulle kunna behandla opioidförgiftning om de haft möjlighet att administrera naloxon. Det kan handla om yrket socionom, men också personal utan socionomutbildning som arbetar med de boende, såsom väktare, städare, arbetsterapeut eller annan personal som finns inom verksamheten. Särskilt nattetid saknas inom sociala verksamheter ofta personal med specifik kompetens eller utbildning. I sådana fall vore det mer ändamålsenligt att utvidga möjligheten att administrera naloxon till hela verksamhetens personal och inte bara till yrkesgruppen socionom, för att ge ett exempel.

Ett annat exempel där verksamheten i sig utgör en kontaktyta till personer som använder narkotika skulle kunna vara frivården. Det är vanligt att personer som använder narkotika avtjänar straff inom frivården och därmed har kontakt med frivårdens personal. När allt fler klienter verkställer straff med elektronisk övervakning (fotboja) kommer också frivårdens arbete, exempelvis hembesök för att kontrollera att personen följer villkoren för verkställigheten, att behöva öka. Även om det inte bedöms som särskilt vanligt förekommande att en person drabbas av opioidförgiftning när den besöker sin kontaktperson eller handläggare inom frivården, så kan individuella bedömningar behöva göras. Att systematiskt ålägga hela frivårdens personal att administrera naloxon, och arbetsgivaren att införskaffa läkemedlet skulle troligen ha begränsad effekt på opioidorsakad dödlighet i Sverige även om verksamheten i sig utgör en kontaktyta

gentemot målgruppen.²⁰ Detta tydliggör att det inom en verksamhet som utgör kontaktyta gentemot målgruppen kan finnas olika behov av att administrera naloxon.

Ett annat exempel där en specifik geografisk plats har betydelse är runt platser där användning av narkotika är vanlig. En polis vars arbetsuppgift är att patrullera vid öppna drogsener eller utemiljöer i stadskärnor där narkotikaanvändning är vanlig, skulle troligen mer sannolikt kunna hamna i en situation där det kan finnas behov av att administrera naloxon, än en polis med uppgift att utreda brottslighet på ett kontor. Yrket polis ger således inte tillräcklig vägledning, utan det är yrket i kombination med platsen som visar på var nyttan kan vara störst. Likaså har en socialsekreterare som arbetar inom myndighetsutövning troligen lägre sannolikhet att hamna i en situation där den behöver administrera naloxon till en brukare som besöker socialkontoret, än en socialsekreterare som arbetar uppsökande i miljöer (i personers bostad eller ute) bland personer som använder narkotika.

Sammanfattningsvis är vår bedömning att det är komplicerat att enbart utgå ifrån yrkeskategorier utan att beakta plats, verksamhet, kontext eller regionala/lokala förutsättningar när det handlar om vilka som på ett systematiskt sätt ska kunna administrera naloxon. Om ett undantag för att administrera naloxon utanför hälso- och sjukvården inte medges i vårt fortsatta arbete, kommer flera olika kriterier kunna utgöra underlag för att fastslå vilka verksamheter och yrkesgrupper som är mest angelägna i det fortsatta arbetet med att ändamålsenligt reglera området.

6.3.4 Möjliga bedömningskriterier för Narkotikautredningens fortsatta arbete med att föreslå vilka yrkesgrupper som ska få administrera naloxon

I vår internationella utblick har vi sett att länder som USA, Norge och Danmark förefaller ha hanterat naloxon utanför hälso- och sjukvården som någon form av mer brett undantag från i övrigt gällande rätt. Dessa länders regelverk bedöms inte utesluta någon yrkesgrupp om behov för insatsen finns eller uppkommer. Därmed inte sagt att alla inom dessa yrkesgrupper är skyldiga att administrera naloxon.

²⁰ Däremot kan en sådan yrkesgrupp och verksamhet ha betydelse vad gäller att dela ut naloxon till personer som använder narkotika, men detta ligger utanför de begränsningar vi har i våra direktiv för detta delbetänkande och de avgränsningar vi tydliggjort i kapitel 1 och 2.

Om det inte är möjligt att föreslå en liknande ordning i Sverige, bland annat med hänsyn tagen till de grundlagsskyddade rättigheterna en individ har, bedömer vi att vi behöver identifiera de mest angelägna yrkesgrupperna och verksamheterna där det framgent ska vara möjligt att administrera naloxon. För att regleringen ska vara hållbar inom ramen för både dagens och framtidens utmaningar, där exempelvis nya yrkesgrupper kan uppkomma, nya substanser och läkemedel utvecklas med mera, är det viktigt att utformningen inte är alltför stelbent. Vi utgår från yrkesgrupper som riksdag och regering föreslagit samt yrkesgrupper som identifierats av Socialstyrelsen inom ramen för tidigare regeringsuppdrag.²¹ Utifrån redogörelsen i kapitel 2 om var dödliga opioidförgiftningar oftast inträffar och där naloxon använts, föreslår vi en gruppering av vilka yrkesgrupper eller verksamheter som har högst prioritet för att kunna administrera naloxon och som vi avser utreda vidare. Vi väger samman olika perspektiv, platser och yrken. Gruppindelningen är preliminär och avsedd att vägleda vårt fortsatta arbete, om så behövs. Den ger för närvarande inte vägledning i om det ska införas som en möjlighet eller skyldighet. Gruppindelningen utgår från följande bedömningskriterier:

- de yrkesgrupper och verksamheter som oftast hamnar i situationer för opioidförgiftningar och där insatsen därför bedöms vara proportionerlig och kunna ge effekt,
- de yrkesgrupper och verksamheter som utgör en återkommande kontaktyta för personer som använder narkotika,
- de yrkesgrupper och verksamheter som har någon form av koppling till det offentliga vilket underrättar möjligheten till reglering, tillsyn och ansvarsutkrävande,
- de yrkesgrupper och verksamheter som verkar på platser där risk för opioidförgiftning finns och
- de yrkesgrupper och verksamheter där det bedöms finnas möjligheter att reglera området på ett ändamålsenligt och rättssäkert sätt.

²¹ Dnr KOMM2022/00359/S_2022:01–3 Underlag från Socialstyrelsen.

Anhöriga och närstående utgör ingen yrkesgrupp, varför de inte omfattas av gruppindelningen. Ökat tillgängliggörande till naloxon för anhöriga och närstående, eller en bredare allmänhet, har legat utanför direktiven för detta delbetänkande, men är en fråga för vårt kommande arbete om att utveckla ett nationellt program för att minska dödlighet orsakad av narkotika och läkemedelsförgiftningar.

Grupp 1: Personal i verksamheter där personer som använder narkotika bor under längre tid.

- Anstalt (Kriminalvården).
- LVM-hem (Lagen om vård av missbrukare i vissa fall som drivs av Statens institutionsstyrelse).
- HVB (Hem för vård och boende för vuxna med skadligt bruk eller beroende). Drivs av olika aktörer (kommun, SiS, enskilda aktörer, civilsamhälle).
- HVB för barn och unga, längst till 21 år. Statens institutionsstyrelse (omhändertagen enligt LVU eller LSU). Kan bedrivas av kommun, enskilda aktörer eller civilsamhälle.
- Särskilda boendeformer i kommun såsom olika gruppboenden och stödboenden.
- Skyddade boenden för våldsutsatta personer som erbjuder plats för kvinnor med skadligt bruk eller beroende.

Grupp 2: Personal i sociala eller behandlande verksamheter som till del eller helt riktar sig till personer som använder narkotika.

- Polisarrest i samband med tillnyktring (Polisen).
- Häkte (Kriminalvården).
- Frivården (Kriminalvården).
- Härbärgen och akutboenden (kommun, enskilda aktörer, civilsamhälle, kyrka/trossamfund).
- Socialpsykiatri (kommun, enskilda aktörer, civilsamhälle, kyrka/trossamfund).

- Hemtjänst (kommun, enskilda aktörer, civilsamhälle, kyrka/trossamfund).
- Personal inom verksamhet som Bostad först såsom Case Managers (kommun, enskilda aktörer)
- Boendestödjare (kommun, enskilda aktörer).
- Sociala verksamheter såsom daglig verksamhet, sociala center, matutdelning (kommun, enskilda aktörer, civilsamhälle, kyrka/trossamfund).
- Fältarbetare och uppsökare (personer som arbetar uppsökande med uppdrag av kommun, enskilda aktörer, civilsamhälle, kyrka/trossamfund).
- Behandlingsverksamhet för personer med skadligt bruk och beroende (kommun, enskilda aktörer, civilsamhälle, kyrka/trossamfund).

Grupp 3: Personal och verksamhet som kan tillkallas av 112 vid eventuell opioidförgiftning, eller som fungerar som insatspersonal på något vis.

- Hälso- och sjukvården (har redan och använder naloxon i dessa lägen).
- Ambulans och räddningstjänst (har redan genom ett generellt direktiv denna möjlighet).
- Polis.
- Väktare.²²
- Ordningsvakter.

²² Väktare kan bara ingripa på samma sätt som vem som helst i samhället, så kallat envargripande. Det handlar om att gripa den som har begått brott, som kan straffas med fängelse, och påträffas på bar gärning eller flyende fot. Ordningsvakter har begränsade polisiära befogenheter och får omhänderta personer som är berusade eller uppträder störande på allmän plats. Ordningsvakter utbildas och förordnas av polisen, som också sköter tillsynen.

Grupp 4: Personal i övriga verksamheter.

I denna prioriteringsgrupp ingår andra verksamheter och yrkesgrupper som inte har personer som använder narkotika som målgrupp, men som verkar på platser där narkotikaanvändning och opioidförgiftningar riskerar att ske. Det kan handla om tågvärdar på tåg där det finns toaletter eller personal i nattrafiken eller länstrafik, personal på restauranger, i butiker, städpersonal eller parkarbetare med mera som arbetar nära platser där narkotikaanvändning är vanlig, såsom öppna drogcener. Prioriteringsgrupp fyra är också den som kan vara svårast att hitta former för en lämplig reglering om de ska få administrera naloxon. Det kan vara en väldigt heterogen yrkesgrupp, skilja sig över landet och består till stor del av privata företag med en mycket begränsad koppling till området vård och omsorg.

6.4 Sammanfattning och fortsatt utredningsarbete

Vi bedömer att naloxon är en viktig pusselbit i att förebygga död till följd av opioidförgiftningar, men att insatsen behöver kombineras med fler insatser i ett nationellt program. Ett sådant program har vi i uppdrag att föreslå i vårt slutbetänkande. Fokus i det här delbetänkandet är naloxon till yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvård, men i vårt fortsatta arbete är även ett bredare tillgängliggörande av naloxon angeläget. Det kan handla om att i ökad grad nå ut med naloxon till användare av narkotika, deras anhöriga och närstående, att stärka förskrivningen av naloxon till patienter som får opioider inom LARO eller mot smärtproblematik eller att fortsatt arbeta för receptfrihet för naloxon.

För att yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården ska kunna administrera naloxon vid opioidförgiftning gör vi bedömningen att det behövs förändringar i gällande reglering. Även stöd i implementering är en viktig insats för att driva på arbetet.

Vi bedömer att det i framtiden bör göras möjligt för andra yrkesgrupper och verksamheter utanför hälso- och sjukvården att administrera naloxon, men att det kräver fortsatt utredningsarbete för att kunna föreslå vilka yrkesgrupper. Vi har analyserat begreppet yrkesgrupper och bedömer att det dels behöver anpassas till var opioidförgiftningar ofta sker, dels att det även inom en yrkesgrupp kan finnas olika behov av att kunna administrera naloxon. Vi har identifierat

yrkesgrupper och verksamheter som vi avser utreda vidare om det inte är möjligt att göra ett undantag från nu gällande regelverk. Vi kommer även återkomma till frågan om det ska vara en skyldighet eller möjlighet att administrera naloxon för sådana yrken och verksamheter.

7 Juridiska slutsatser

I det här kapitlet redovisas vilka möjligheter och hinder som vi i nuläget bedömer finns för andra yrkesgrupper än hälso- och sjukvårdspersonal att ge naloxon vid en opioidförgiftning. Utgångspunkten tas i hälso- och sjukvårdslagstiftningen, primärt de lagstiftningar som avhandlas i kapitel 4, men även andra rättsliga frågor aktualiseras. I detta skede av utredningen gör vi ingen analys av behovet av en eventuell särreglering. Anledningen är att vi bedömer det lämpligt att i första hand utreda möjligheterna till författningsförslag inom ramen för gällande rätt.

Inledningsvis analyseras de rättsliga krav som finns för hälso- och sjukvårdspersonal och som är relevanta vid bedömningen av andra yrkesgruppers möjlighet att ge naloxon. Tanken är att dra slutsatser och analysera vad som krävs för att andra yrkesgrupper ska kunna ha en motsvarande eller jämförbar ställning som hälso- och sjukvårdspersonal. Vi har följande utgångspunkter för vårt resonemang:

1. rätten till liv och hälsa för personer som använder narkotika,
2. opioidförgiftningar är på ett övergripande plan ett stort samhällsproblem och
3. möjliggöra för andra yrkesgrupper att administrera naloxon vid opioidförgiftning under former som är medicinskt betryggande och rättsligt reglerade och utan personliga risker som inte hänger samman med yrkesutövande.

7.1 Möjligheter och hinder inom gällande rätt

I nuläget kan yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården, i likhet med allmänheten eller lekmän, agera i en nödsituation genom att ge naloxon under förutsättning att läkemedlet finns till hands. Det är på flera punkter samma ordning som gäller för exempelvis HLR. En sådan situation bygger rättsligt på att personen som administrerar naloxon i en akut situation gör det på eget initiativ och ansvar. Det är således tre faktorer som kännetecknar en sådan situation: frivillighet, ansvar och uttolkning av allmänna nödbestämmelsen.

Vår slutsats är att ett sådant förfarandet är förenat med flera svårigheter som kan påverka anställdas vilja att administrera naloxon och därmed inte få avsedd effekt med minskad dödlighet till följd av opioidförgiftningar. Vi bedömer inte heller att nödbestämmelsen är avsedd att tillämpas på ett sådant systematiskt sätt som krävs för att andra yrkesgrupper ska kunna ge naloxon i olika arbetssituationer. Det ändrar inte det faktum att nödbestämmelsen alltid är en rättslig möjlighet när annan reglering saknas.

Vi har valt att använda en komparativ metod. Den innebär att vi utgår från de rättsliga krav som finns för personal inom hälso- och sjukvården för att identifiera möjligheter och hinder för en säker hantering om andra yrkesgrupper ska administrera naloxon. Med det som utgångspunkt görs en bedömning av andra yrkesgruppers ställning i förhållande till hälso- och sjukvårdsrätten och vi diskuterar tänkbara konsekvenser. Vi avser svara på följande frågor:

1. Vad innebär det rättsligt om andra yrkesgrupper systematiskt ska kunna administrera naloxon i verksamheter där man möter, behandlar eller på andra sätt stödjer personer som använder narkotika?
2. Är den allmänna nödbestämmelsen en framkomlig väg?
3. Är det nödvändigt att ställa samma eller motsvarande krav på andra yrkesgrupper som gäller för hälso- och sjukvårdspersonal?
4. Är detta möjligt helt eller delvis inom ramen för dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning?
5. Om nej, hur ser eventuella lösningar ut?

7.1.1 Rättsliga krav för hälso- och sjukvården med relevans för andra yrkesgrupper

Hälso- och sjukvårdsrätten är omfattande och består av en mängd författningar som reglerar olika förhållanden inom området. Det finns flera viktiga principer för hälso- och sjukvården såsom att den ska vara tillgänglig, av god kvalitet och patientsäker. Vidare ska personalen som finns i verksamheten ha rätt kompetens för uppgifterna. Att behandla patienter med läkemedel räknas till den viktigaste och kanske vanligaste behandlingsmetoden som personalen använder i vården. Hanteringen av läkemedel är därför direkt kopplad till de olika kategorier av hälso- och sjukvårdspersonalen som får administrera läkemedel. Det finns omfattande detaljreglering i föreskrifter för läkemedel utgivna både av Socialstyrelsen och Läkemedelsverket. För att säkerställa kvalitetskravet ansvarar vårdgivare för att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete inom verksamheterna. I den meningen är hälso- och sjukvården skarpt avgränsad från andra verksamheter. Med detta följer att all hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar och skyldigheter gentemot patienten när de fullgör arbetsuppgifter. I slutändan kan eventuella brister i patientsäkerheten bli föremål för tillsyn. Personalens skyldigheter motsvaras av patienters rättigheter att bland annat ha rätt att få tillräcklig information om behandlingsalternativ och samtycka till vården. Det finns också en patientförsäkring om patienter har skadats av vården.

Sammanfattningsvis utmönstras följande centrala rättsliga krav för hälso- och sjukvården:

1. hälso- och sjukvård är ett tydligt avgränsat rättsligt område där befogenheter får användas under givna förutsättningar inom hälso- och sjukvårdsområdet av hälso- och sjukvårdspersonal,
2. hälso- och sjukvård får endast ges av den personal som är uppräknad som hälso- och sjukvårdspersonal i författningarna,
3. vården ska kännetecknas av tillgänglighet och god kvalitet och patientsäkerhet,
4. huvudmän och vårdgivare ansvarar för att det sker ett systematiskt kvalitetsarbete av vården och för att förhindra vårdskador,
5. patienten har rätt till information och ska samtycka till vårdinsatser och behandling,

6. om behandling behöver ges i en akut nödsituation finns stöd i lag för hälso- och sjukvårdspersonalen att vidta en sådan åtgärd och
7. behandling med läkemedel är den viktigaste och kanske vanligaste behandlingsmetoden.

Vid jämförelse är den grundläggande skillnaden för utredningens uppdrag att andra yrkesgrupper inte verkar inom det rättsliga område där befogenhet att vidta vårdinsatser eller behandling är tillåten. Med andra ord är slutsatsen att det saknas rättsligt stöd för andra yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården att administrera naloxon. Det gäller både inom hälso- och sjukvården och i de verksamheter dessa grupper arbetar. Det innebär också att frågorna om säkerhet och ansvar för eventuella vårdskador är oklara samt risk för personligt ansvar och skadestånd för den person som har administrerat naloxon. Även arbetsgivaransvaret för uppgifter som inte ingår i arbetet och tillsynen är olösta frågor.

7.1.2 Är den allmänna nödbestämmelsen en framkomlig väg?

Bedömning: Den allmänna nödbestämmelsen bör inte användas systematiskt som rättsligt grund om andra yrkesgrupper ska kunna administrera naloxon. Därutöver framstår det som arbetsrättsligt problematiskt att lägga över ansvarsfrågan på en enskild i dennes tjänsteutövning.

I kapitel 4 avhandlas nödbestämmelsen syfte, och tillämplighet. I detta avsnitt fokuserar vi på konsekvenser om bestämmelsen används som rättslig grund för att ge en person med opioidförgiftning naloxon eftersom annat lagstöd för behandling i akuta nödsituationer saknas.

En opioidförgiftning leder till att personens hälsa och liv är i fara. Det är ett av rättsordningen skyddat intresse och innebär att nödbestämmelsen i vissa fall kan vara tillämplig. Det förutsätter att det är en sådan akut situation och att den gärning som personen som ger naloxon bedöms som tillåten. Här står rätt mot rätt eftersom personen samtidigt är skyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp av regeringsformen (och i förlängningen de konventioner som Sverige ska följa, här företrädesvis Europakonventionen). Vid en eventuell

prövning av nödbestämmelsen bedöms om en akut nödsituation varit för handen och om gärningen varit oförsvarlig. Det sker ingen prövning av rätten till kroppslig integritet eftersom det inte faller inom straffrätten. Utifrån de omständigheterna som finns i det enskilda fallet bedömer domstolen om det har skett en straffrättslig otillåten handling och om den i så fall är oförsvarlig. Vår bedömning är att det i normalfallet är försvarligt att rädda liv genom att ge naloxon i en akut nödsituation.

Den svåra frågan handlar om det allmänna intresse som andra yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården ska skydda (genom att administrera naloxon), rättsligt anses som skyddsvärt. I detta avseende är praxis inte helt entydig. Det finns tydliga uttalanden om att även allmänna intressen är skyddsvärda samtidigt som det betonas att bestämmelsen ska tillämpas restriktivt. Det finns också uttalanden om att enskilda inte ska göra sådana handlingar som ankommer på myndigheter att hantera eller som varit föremål för lagstiftarens överväganden.

Vidare är nödbestämmelsen en undantagsbestämmelse som primärt är tänkt skydda situationer som lagstiftaren inte kunnat förutse och lagstifta om. Prövningen går ut på att bedöma om det i en akut nödsituation har skett en straffrättslig gärning och om det finns skäl för ansvarsfrihet.

Sammanfattningsvis sker vid prövning av nödbestämmelsen dels prövning om det varit en akut nödsituation, dels om handlingen anses oförsvarlig i förhållande till det hotade intresset, innefattande att det inte kunnat göras på annat sätt. Även om allmänna intressen anses skyddsvärda och tillämpbara på nöd ska det ske restriktivt och i grunden inte gälla en fråga som myndigheter ska hantera. Mot denna bakgrund är vår slutsats att den allmänna nödbestämmelsen inte är avsedd att användas systematiskt på sådant sätt som behövs om andra yrkesgrupper ska kunna ge naloxon. Därutöver framstår det som arbetsrättsligt problematiskt att lägga över ansvarsfrågan på en enskild i dennes tjänsteutövning.

7.1.3 Möjligheter att ge naloxon inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen

Som tidigare sagts är två förutsättningar nödvändiga för att andra yrkesgrupper ska kunna ge naloxon vid opioidförgiftning. Det behövs tillgång till läkemedlet och befogenhet att administrera det på en person vid en opioidförgiftning. Naloxon är ett receptbelagt läkemedel vilket innebär att behörig förskrivare (läkare eller sjuksköterska) ska göra en bedömning av behovet av läkemedlet till en identifierad patient. Vi kommer här redovisa de möjligheter som i dagsläget finns vid sidan om sådan förskrivning.

7.1.4 Läkemedel med rekvisition

Bedömning: Möjligheten för andra än förskrivare att rekquirera läkemedel, genom ett tillägg i 6 kap. 7 § HSLF-FS 2021:75, bör utredas vidare inom ramen för Narkotikautredningen. Det skulle innebära att dessa yrkesgrupper kan rekquirera naloxon och på så sätt få tillgång till läkemedlet.

För enskilda patienter utfärdar behöriga förskrivare recept vad gäller receptbelagda läkemedel eller lämnar ut läkemedlet. Behöriga förskrivare såsom läkare eller andra legitimerade yrkesgrupper har behörighet att förskriva läkemedel inom respektive ansvarsområden.

Det finns även möjlighet att få läkemedel genom att förskrivare utfärdar en rekvisition för läkemedel som används inom hälso- och sjukvården. Förfarandet och kraven på rekvisition regleras i 6 kap. HSLF-FS 2021:75. I 7 § samma kapitel och föreskrift finns därutöver möjlighet för annan än förskrivare att utfärda rekvisition. Det är denna bestämmelse som vi kommer redovisa i detta avsnitt. I angiven bestämmelse räknas fem grupper upp som alla får rekquirera läkemedel. Grupperna är uppräknade i avsnitt 4.4.2.

I korthet består de två första grupperna av föreståndare vid forskningsinstitut respektive sakkunnig person för verksamhet som har tillverknings- och partihandelstillstånd för läkemedel. Dessa grupper är inte relevanta eftersom ändamålet för rekvisiteringen är annat än behandling. De andra tre grupperna (farmaceut, fartygsbefälhavare

eller motsvarande samt svetsare) får rekvirera läkemedel avsedda för behandling i verksamheter eller i sista gruppen av svetsaren själv.

Det bör särskilt framhållas att rekvirering av läkemedel på fartyg är noga reglerat i andra föreskrifter och avsett för akutsituationer långt ute till havs. Det är kopplat till reglering om apotek till havs och är en fråga om patientsäkerhet och arbetsgivarens ansvar för den personal som finns på fartyget och viss mån även för passagerare. Den som får rekvirera ska kunna ge läkemedlet till dem som arbetar ombord eller i vissa fall som är passagerare. I internationella konventioner ställs krav på att fartygskaptenen ska ha genomgått den utbildning som krävs för att kunna tillhandhålla och administrera läkemedel. Det finns också kvalitetssystem för att säkerställa en god vård gentemot de personer som får läkemedel.

Den femte gruppen består av svetsare. Denna grupp har vanligen licens på ögondroppar avsedda för akuta situationer i samband med svetsarbete. De kan därför rekvirera och hämta läkemedlet på apotek. Det är ofta mycket akut när läkemedlet behövs och svetsaren som administrerar ögondropparna har ett eget personligt ansvar.

Syftet med att andra än förskrivare får rekvirera läkemedel är att tillgodose behovet av läkemedelsbehandling för en person som inte kan få nödvändig behandling på annat sätt. Personen ska själv använda läkemedlet och har ett personligt ansvar för administreringen. Denna rekvireringsmöjlighet är inte avsedd att användas för behandling av grupper.

De uppräknade grupperna i 6 kap. 7 § HSLF-FS 2021:75 är inte homogena och har olika förutsättningar och befinner sig i olika sammanhang. Dock är det personliga inslaget och ansvaret för administreringen gemensamt för de två sistnämnda grupperna. I grupp fyra har befälhavare eller motsvarande ett tydligt stort ansvar medan det personliga ansvaret är framträdande i grupp fem. Vad avser både grupp tre och fyra finns en koppling till hälso- och sjukvården. Svetsare får endast rekvirera ögondroppar för egen behandling och administration.

Slutsatsen är att ett tillägg i denna bestämmelse som innebär att yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården skulle få rekvirera naloxon är en fråga som bör utredas vidare. Syftet med bestämmelsen kan tyckas tala emot, men det ligger i sakens natur att personligt ansvar inte kan aktualiseras vid en opioidförgiftning. Det handlar i grupperna tre till fem genomgående om mycket akuta situationer.

Det är situationer när den traditionella vårdens organisation inte räcker till utan dessa personers behov av vård faller utanför hälso- och sjukvårdssystemet och de kan inte på annat sätt få akut vård. Samma förhållanden gäller vid opioidförgiftningar som har mycket akut förlopp och sker på platser där tillgång till hälso- och sjukvård oftast saknas. Andra omständigheter är att de medicinska riskerna med naloxon bedöms vara begränsade och att läkemedlet enligt godkännandet får användas av personen själv.

7.1.5 Läkemedelsbehandling med generellt direktiv

Bedömning: Det bör utredas vidare inom ramen för Narkotika-utredningen om andra yrkesgrupper än hälso- och sjukvården ska kunna använda sig av generella direktiv. Det skulle innebära att dessa yrkesgrupper kan administrera naloxon till personer som har drabbats av opioidförgiftningar i olika sammanhang.

I 6 kap. 6–7 §§ HSLF-FS 2017:37 finns bestämmelser om generella direktiv för läkemedelsbehandling inom hälso- och sjukvården.

Ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling gör det möjligt att vid behov ge patienter som vårdas vid en viss vårdenhet och vid särskilt angivna tillstånd läkemedel utan en individuell ordination. Förfarandet med generella direktiv kan ses som ett undantag från huvudprincipen att ett läkemedel ska ordineras individuellt för varje patient. Det är endast läkare som kan utfärda rekvisition.

Syftet med det generella direktivet är att läkare ska ordinera läkemedelsbehandling till en patientgrupp som den har kännedom om och som har liknande medicinsk status. Det är tänkt att användas i undantagssituationer och tillämpas restriktivt.

Efter det generella direktivet har utfärdats, ska en sjuksköterska innan ett läkemedel iordningställs och administreras eller överlämnas till patienten, göra en behovsprövning av patientens behov av läkemedlet. Sjuksköterskan ska kontrollera läkemedlets indikationer och kontraindikationer samt dokumentera i patientjournalen (6 kap. 7 § HSLF-FS 2017:37).

Det finns inga närmare regler om i vilka situationer som generella direktiv får eller inte får användas. Ansvaret för att generella direktiv utfärdas på ett patientsäkert sätt ligger hos vårdgivaren. Av vårdgi-

varens rutiner ska framgå hur vårdgivaren säkerställer att generella direktiv om läkemedelsbehandling utfärdas på ett säkert sätt. Huvudregeln är att det endast är läkare som kan utfärda generella direktiv.

Det generella direktivet har funnits sedan lång tid tillbaka. Det kan röra sig om en grupp vårdtagare vid kommunala boende såsom för personer med funktionsnedsättning eller äldre personer. Utvecklingen har gått mot att vårdgivare alltmer får bestämma i vilka situationer som generella direktiv ska utfärdas. Ett aktuellt exempel är vaccinationsprogram som vårdgivare bedriver med anledning av covid-19.¹

Sammanfattningsvis ska generella direktiv användas restriktivt och är endast avsett för patienter inom hälso- och sjukvården. Slutsatsen är att frågan om generella direktiv kan vara en möjlighet för yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården behöver utredas vidare. Syftet med generella direktiv att behandla en grupp av patienter talar för en sådan möjlighet. Hindret utgörs av att sådan läkemedelsbehandling ska ske inom ramen för hälso- och sjukvården. Det kan vägas mot att samhällsutvecklingen visar prov på att sjukvårdsinsatser behöver hanteras på nya sätt och utanför hälso- och sjukvårdens traditionella organisation samt att rätten till liv och hälsa så långt möjligt ska säkerställas för alla grupper i samhället. Ett exempel är Polismyndighetens läkare som har befogenhet att utfärda generella direktiv för läkemedelsbehandling till polisens insatsstyrka exempelvis för smärtstillande läkemedel. Behandlingen med läkemedel i dessa fall är endast avsedd för polisens egen personal. I detta fall har undantag gjorts för den behovsprövning som sjuksköterska ska göra och det sker rättsligt sett ingen ordination. Den som administrerar läkemedlet gör en behovsprövning efter de specifikationer som läkaren gett. Undantaget har fattats genom ett myndighetsbeslut av Socialstyrelsen. Det finns även ett exempel som gäller räddningstjänsten. Där är undantaget från sjuksköterskans behovsprövning reglerad i 7 kap. 8 § HSLF-FS 2017:37.

Avslutningsvis talar flera omständigheter för att det skett en viss utvidgning av det generella direktivet och att vårdgivare fått alltmer bestämmanderätt för generella direktiv pekar också i samma riktning. Även aktuell översyn av delegationsbestämmelserna inom hälso- och sjukvården motiveras av behovet att ge vårdgivare större inflytande i verksamheten.

¹ <https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/vaccinationer-covid-19/>.

7.1.6 Avslutande diskussion

Inledningsvis konstaterade vi att hälso- och sjukvården rättsligt sett är ett avgränsat område och att vårdinsatser ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal. Vi har också diskuterat nödbestämmelsens tillämpning samt rekvisition och generella direktiv som alternativa möjligheter.

Rekvisition sker företrädesvis inom hälso- och sjukvården. Vi har redovisat att vissa andra grupper har möjlighet att utfärda rekvisition. Dessa grupper är olika både till form, innehåll och i viss mån även avseende syfte med rekvisitionen. Rättsläget är inte klart och det väcker frågor som behöver utredas vidare avseende motsvarande möjlighet för yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården.

Generella direktiv är avsedda att användas inom hälso- och sjukvården och endast läkare har rätt att utfärda ett sådant direktiv. En annan ordning framstår mot bakgrund av det generella direktivets syfte, användning och utveckling inte som rättsligt försvarbart. En sådan uppluckring skulle leda till att många av de grundläggande principer som hälso- och sjukvård vilar på måste omvärderas. Det krävs också att en ansvarig läkare utfärdar direktivet. Ett generellt direktiv leder inte heller till att andra yrkesgrupper omfattas av hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Den närmast liggande jämförelsen är Socialstyrelsens föreskrift om ambulanssjukvård (SOSFS 2009:10). Kapitel 7 i föreskriften handlar om att kommuner får sluta avtal om första hjälpen i väntan på ambulans och om vilken behandling som omfattas av avtalet. Möjligheten att teckna ett IVPA-avtal finns i 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter. Av IVPA-avtal ska framgå om personalen får ge behandling med naloxon vid en opioidförgiftning. Om så är fallet anses personalen vara hälso- och sjukvårdspersonal och ska dokumentera i patientjournalen och står under IVO:s tillsyn. I föreskriften finns således en rättslig koppling som möjliggör för IVPA-personal att administrera naloxon.

7.1.7 Den vidare utredningen

Bedömning: De yrkesgrupper som ska kunna administrera naloxon bör ha en rättslig koppling till hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Frågor som bland annat rör avtal, kvalitet och patientsäkerhet, samtycke till vård, delegation och vem som är hälso- och sjukvårdspersonal bör utredas vidare i Narkotikautredningen.

I den fortsatta utredningen avser vi att utreda vidare flera frågor som vi har diskuterat i detta kapitel. Vi avser också göra en noggrann analys av för- och nackdelar med de två olika alternativen. Det kan även väckas andra frågor som är relevanta att utreda såsom möjligheterna att införa ett undantag utan att yrkesgrupper specificeras.

En av frågorna som väcks är om motsvarande ordning som gäller för IVPA-personal skulle vara framkomligt om avtal tecknas med stöd av 15 kap. 1 § HSL. Av denna bestämmelse framgår att regioner och kommuner med bibehållit huvudmannaskap får sluta avtal med annan om att utföra uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt lagen. Vidare ska det av avtalet framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Om detta bedöms framkomligt skulle ett avtal kunna säkerställa flera frågor som handlar om ansvar och kvalitet, utbildning och utfärdande av generellt direktiv. Vidare är det rättsligt möjligt att delegera uppgifter inom hälso- och sjukvården till personal som inte är legitimerad.

Vår initiala bedömning är att ett avtal kan säkerställa frågor som gäller ansvar, kvalitet och patientsäkerhet. Frågan om andra yrkesgrupper är att anse att som hälso- och sjukvårdspersonal behöver regleras på annat sätt. Det förutsätts i så fall andra författningsändringar. I 1 kap. 4 § PSL finns en uppräkningslista av vilka kategorier som är att anse som hälso- och sjukvårdspersonal. Till bestämmelsen finns också ett bemyndigande att regeringen får meddela föreskrifter om att andra grupper av yrkesutövare inom hälso- och sjukvården ska omfattas av lagen. Det finns således - inom gällande rätt - ett utrymme att lägga till en grupp av andra yrkesutövare inom hälso- och sjukvården, exempelvis andra yrkesgrupper. Andra bestämmelser inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen kan bli tillämpliga såsom undantaget från kravet på samtycke och möjlighet att få tillgång till och administrera naloxon.

Sammanfattningsvis har vi utgått från den grundläggande tanken att behandling med läkemedel ska göras av ansvarig personal inom hälso- och sjukvårdens område under säkra former rättsligt och medicinskt. Vår samlade bedömning är att andra yrkesgrupper i linje med detta behöver ha en rättslig koppling och omfattas av hälso- och sjukvårdslagstiftningen för att kunna administrera naloxon i de situationer som krävs.

8 Slutsatser

Vårt arbete hittills har lett till de bedömningar som redogörs för i kapitel 5, 6 och 7. Vi har inte haft tillräcklig tid för att göra fullständiga analyser eller föreslå författningsändringar för att naloxon ska kunna administreras av yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården. De bedömningar vi gör har inte i tillräcklig utsträckning kunnat förankras med relevanta verksamheter för att de i nuläget ska kunna utvecklas till förslag. Bedömningarna i delbetänkandet kommer därför att utgöra basen i vårt fortsatta arbete.

Frågan är angelägen och behöver hanteras skyndsamt, men vi bedömer ändå att det inte är rimligt att lämna förslag på nya bestämmelser i detta skede. Det krävs vidare utredning för att tillvarata alla erfarenheter i tillräcklig utsträckning och säkerställa rättssäkerheten. Vi anser därför att eventuella förslag för hur naloxon ska kunna göras tillgängligt och administreras av andra än hälso- och sjukvårdspersonal bör lämnas först i samband med redovisningen av utredningens övriga uppdrag. Om förslagen lämnas samlat i ett slutbetänkande innebär det att utredningen har bättre förutsättningar att ta ställning till naloxon i en större helhet och ökar enligt vår bedömning också förutsättningar för förståelsen för de åtgärder som föreslås.

Eftersom vi inte lämnar några författningsförslag i detta delbetänkande lämnar vi inte heller några bedömningar avseende grundläggande fri- och rättigheter, förenligheten med regeringsformens krav på proportionalitet eller konsekvensbeskrivningar. Bedömningar görs således inte heller rörande påverkan på den kommunala självstyrelsen och finansieringsprincipen liksom konsekvenser för myndigheter, företag, samhällsekonomi och de offentliga finanserna.

Referenser

Offentligt tryck

Propositioner

Prop. 1962:10 Med förslag till brottsbalk del B.

Prop. 1993/94:130 Ändringar i brottsbalken m.m. (ansvarsfrihetsgrunder m.m.).

Prop. 1981/82:197 Om hälso- och sjukvårdslag m.m.

Prop. 1993/94:149 Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.

Prop. 2013/14:106 Patientlag.

Prop. 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag.

SOU-serien

SOU 2021:93 (2021). *Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*

Regeringens skrivelser och regeringsbeslut

Regeringen (2022). *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025.*

Regeringen (2021). *Uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon.*

www.regeringen.se/49d064/contentassets/bfdff98cec224c4389afe1bb001b023b/uppdrag-att-stodja-ett-okat-tillgangliggorande-av-naloxon.pdf hämtad 2022-08-29.

Regeringen (2017). *Uppdrag om ökat tillgängliggörande av vissa läkemedel i syfte att motverka narkotikarelaterad dödlighet*.
<https://www.regeringen.se/49740c/contentassets/dfd46cd72bf44f0eaa6c2bcf9dcc2668/uppdrag-till-socialstyrelsen-och-lakemedelsverket-om-okat-tillgangliggorande-av-vissa-lakemedel-i-syftag-har-kollae-att-motverka-narkotikarelaterad-dodlighet.pdf> hämtad 2022-08-29.

Utskottsbetänkanden

Riksdagen, Socialutskottet (2022). *Socialutskottets betänkande 2021/22:SoU25 En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025*.

Rättsfall

NJA 2018 s. 1051

Högsta domstolens dom meddelad: den 18 december 2018

Mål nr: B 5050-17.

Regeringsrättens årsbok 6:69/86.

RAÅ 2009 ref. 65

Regeringsrättens dom meddelande den 14 maj 2009

Målnr 7855-07.

RAÅ 1997 not. 28

Regeringsrättens dom meddelade den 7 februari 1997.

Myndighetspublikationer

Läkemedelsverket (2022) (dnr, S2021/04973 delvis). *Receptfribetsstatus för naloxon i nasal beredning*.

Folkhälsomyndigheten (2022). *Synen på psykisk ohälsa och suicid – En befolkningsundersökning om kunskaper och attityder*.

Socialstyrelsen (2022). *Uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon – Delredovisning av genomförda och planerade aktiviteter inom ramen för uppdraget*.

- Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten och Rättsmedicinalverket (2022). *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar – en statistiksammanställning*.
- Socialstyrelsen (2021). *Vårdprocesser för narkotikarelaterad förgiftning – Kartläggning av patientflöden, insatser och samverkan samt identifiering av brister och utvecklingsområden*.
- Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2017). *Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet*.
- Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning*.
- Socialstyrelsen (2021). *Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2012–2020*.
- Socialstyrelsen (2020). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2020*.
- Socialstyrelsen (2021). *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar – Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar*.
- Socialstyrelsen (2019). *Lär dig rädda liv med naloxon – Information om opioid-motgiftet naloxon*.
- Läkemedelsverket (2018). *Uppdrag om ökat tillgängliggörande av vissa läkemedel i syfte att motverka narkotikarelaterad dödlighet. Rapport 1.12-2017-029584*.
- Socialstyrelsen och Läkemedelsverket (2017). *Tillgängliggöra naloxon för patienter och personer utanför hälso- och sjukvården – möjligheter inom ramen för dagens rättsliga regleringar*.

Lagkommentarer på internet

- Bäcklund A. m.fl. Kommentar till brottsbalken (1962:700) publicerad den 8 juni 2022, JUNO version 20.
- Johnsson, L-Å. Patientsäkerhetslagen (2010:659), en kommentar (JUNO) (besökt 2022-07-18).
- Lönnheim, C. Patientlagen (2014:821), en kommentar (JUNO) (besökt 2022-07-19).
- Lönnheim, C. Patientlagen (2014:821) Introduktion Karnov (JUNO) (besökt 2022-07-19).

- Zila, J. Kommentar till Brottsbalken (1962:700) 24 kap. Karnov (JUNO) (besökt 2022-07-20).
- Vahlne Westerhäll, L. Hälso- och sjukvårdslag (2017:43), en kommentar (2017:30) Karnov (JUNO) (besökt 2022-07-15).
- Vahlne Westerhäll, L. Patientsäkerhetslagen (2010:659), en kommentar (2010: 659) Karnov (JUNO) (besökt 2022-07-18).

Övriga referenser

- Andersson, L. och Johnson, B. (2022). Dödlig överdos skedde ofta utan person nära som kunde ingripa. *Läkartidningen*. Volym 119, <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2022/01/dodlig-overdos-skedde-ofta-utan-person-nara-som-kunde-ingripa>.
- Chimbar, L. & Moleta, Y. (2018). *Naloxone effectiveness: A systematic review*. *Journal of Addictions Nursing*, 29 (3), 167–171.
- Eide, S. Lobmeier, P. Clausen, T. *Harm Reduction Journal* 2022.<https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-022-00647-z> hämtad 2022-08-29.
- EMCDDA (2015) *Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone*. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/932/TDAU14009ENN.web_.pdf hämtad 2022-09-12.
- EMCDDA (2019). *Take-home naloxone*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/take-home-naloxone_en besökt 2022-08-29.
- EMCDDA, *Naloxone to revert synthetic opioids overdose – evidence summary*. https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries/naloxone-revert-synthetic-opioids-overdose_en bsesökt 2022-09-12.
- Europeiska unionens råd 2021. EU:s narkotikastrategi 2021–2025, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/?uri=OJ:C:2021:102I:TOC> hämtad 2022-08-29.

- Fisher R, O'Donnell D, Ray B, Rusyniak D (2016). *Police Officers Can Safely and Effectively Administer Intranasal Naloxone*. *Pre-hosp Emerg Care*. 2016 Nov–Dec;20(6):675–680. doi: 10.1080/10903127.2016.1182605. Epub 2016 May 24. PMID: 27218446.
- Franska hälsoministeriet 2022. *Fiche memo à l'attention des professionnels*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/naloxone-fichememo-pros-maj-janv2022.pdf>.
- Government of Iceland 2022. <https://www.stjornarradid.is/efst-a-baugi/frettir/stok-frett/2022/06/30/Naloxone-nefudi-verdi-adgengilegur-um-allt-land-og-notendum-ad-kostnadarlausu/besokt-2022-08-29>.
- Helsedirektoratet Norge (2014). *National Overdose Strategy 2014–2017 « Sure you can quit drugs – but first you have to survive*. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/att_237935_EN_Norway%20-%20Health%20Directorate%20%282014%29%20National-overdose-strategy-2014-2017.pdf hämtad 2022-08-29.
- Holmén, E. och Kåberg, M. 2022. *High levels of uptake and use of naloxone among participants in a Take-Home-Naloxone program in Stockholm, Sweden*. <https://az659834.vo.msecnd.net/eventsairaeuprod/production-ashm-public/f6a770e3105a4a2e9d83b0e2c429cace> hämtad 2022-08-29.
- Legislative Analysis and Public Policy Association (LAPPA) 2021. *Model Expanded Access to Emergency Opioid Antagonists Act*. <https://legislativeanalysis.org/model-expanded-access-to-emergency-opioid-antagonists-act/> hämtad 2022-08-29.
- LIF. *FASS för allmänheten*. <http://www.fass.se/LIF/startpage>.

- Pressmeddelande 2021. *White House Releases State Model Law to Help Make Access to Naloxone Consistent Across the Country*.
<https://www.whitehouse.gov/ondcp/briefing-room/2021/11/17/white-house-releases-state-model-law-to-help-make-access-to-naloxone-consistent-across-the-country/>
Hämtad 2022-08-29.
- Rando J, Broering D, Olson J, Marco C, Evans S (2015). *Intranasal naloxone administration by police first responders is associated with decreased opioid overdose deaths*, *The American Journal of Emergency Medicine*, Volume 33, Issue 9, 2015.
- SMER, Statens medicinsk-etiska råd, *Några medicinsk-etiska begrepp*, <https://smer.se/etik/nagra-medicinsk-etiska-begrepp/>
hämtad 2022-08-29.
- Socialstyrelsens frågor och svar
<https://www.socialstyrelsen.se/coronavirus-covid-19/vaccinationer-covid-19/>.
- Svenska Rådet för hjärt- och lungräddning 2021. *Nationell strategi för hjärtstopp i Sverige*. <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2021/11/Nationell-strategi-2021.pdf> hämtad 2022-08-29.
- The International Journal of Drug Policy February 2022. *Does naloxone provision lead to increased substance use?* Wai Chung Tse, Filip Djordjevic, Viandro Borja, Louisa Picco, Tina Lam, Anna Olsen, Sarah Larney, Paul Dietze, Suzanne Nielsen, A systematic review to assess if there is evidence of a 'moral hazard' associated with naloxone supply.
- Troberg, K. Isendahl, P. Alanko Blomé, M. Dahlman, M. Håkansson, A. 2022. *Characteristics of and Experience Among People Who Use Take-Home Naloxone in Skåne County, Sweden*.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.811001/full>. Hämtad 2022-08-29.
- World Health Organization (2014). *Community management of opioid overdose*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/137462>.
- World Health Organization and UNODC 2020. World Health Organization and UNODC 2020. *International Standards for the treatment of drug use disorders – Revised edition*.

<https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders> hämtad 2022-08-29.

Yousefifard M, Vazirizadeh-Mahabadi MH, Madani Neishaboori A, Rafiei Alavi SN, Amiri M, Baratloo A, Saberian P (2020). *Intranasal versus Intramuscular/Intravenous Naloxone for Pre-hospital Opioid Overdose: A Systematic Review and Meta-analysis*. *Adv J Emerg Med*. 2020;4(2):e27.

Kommittédirektiv 2022:24

En svensk narkotikapolitik anpassad till nutidens och framtidens utmaningar

Beslut vid regeringssammanträde den 24 mars 2022

Sammanfattning

En särskild utredare ska föreslå hur en fortsatt restriktiv narkotikapolitik kan kombineras med ett effektivt narkotikaförebyggande arbete, en god missbruks- och beroendevård som innehåller insatser för skademinimering samt insatser för att ingen ska dö till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Syftet med utredningen är att säkerställa att narkotikapolitiken är förenlig med kraven på evidensbaserad vård, beprövad erfarenhet och skademinimering samt att den utvecklas och anpassas till nutidens och framtidens utmaningar.

Utredaren ska bl.a. göra följande:

- Föreslå vilka insatser som bör vidtas på nationell, regional och lokal nivå för att stärka det narkotikaförebyggande arbetet i Sverige.
- Föreslå hur vård- och stödinsatser kan utvecklas för att skapa en god och jämlik kvalitet utifrån brukarnas och patienternas behov och erfarenheter. I denna del ingår även att analysera om särskild vård- och stödverksamhet ska utformas för barn och unga.
- Föreslå om och i så fall hur vård- och stödinsatser kan erbjudas på ett mer systematiskt sätt till personer som döms för ringa narkotikabrott.
- Föreslå hur samverkan kan stärkas så att vårdkedjorna håller ihop när Statens institutionsstyrelses (SiS) eller Kriminalvårdens ansvar

upphör, bland annat samverkan kring personer som återkommande döms för narkotikabrott eller blir tvångsomhändertagna enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM.

- Föreslå åtgärder för att stärka samverkan mellan hälso- och sjukvården, Polismyndigheten och socialtjänsten för att säkerställa att personer med skadligt bruk eller beroende får adekvata insatser.
- Undersöka hur befintliga skadereducerande insatser, inklusive läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) och sprututbytesverksamheten, kan utvecklas och införas i större utsträckning samt bli mer jämlika, jämställda och tillgängliga i hela landet.
- Föreslå ett nationellt program för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar.
- Undersöka erfarenheter från länder som har infört systemet med generisk klassificering av nya psykoaktiva substanser.
- Föreslå en modell för en ändamålsenlig uppföljning av missbruks- och beroendevården, vilken även ska inkludera uppföljning av användningen av naloxonläkemedel, samt hur uppföljningen ska utvecklas över tid.

En delredovisning ska lämnas senast den 14 oktober 2022 avseende följande deluppdrag:

- Analysera om andra yrkesgrupper än hälso- och sjukvårdspersonal, och i så fall vilka, ska kunna ge naloxon mot opioidöverdoser samt vid behov lämna författningsförslag för hur det bör regleras.

Uppdraget i övrigt ska redovisas senast den 29 september 2023.

Bakgrund

Den svenska narkotikasituationen

Cannabis är den vanligaste narkotikasorten i Sverige, men den svenska drogmarknaden består av både traditionella illegala droger, nya psykoaktiva substanser och icke-förskrivna användning av narkotikaklassade

läkemedel. I Folkhälsomyndighetens senaste nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor från 2020 uppgav 3,8 procent av befolkningen i åldern 16–64 år att de hade använt cannabis under de senaste 12 månaderna (5,0 procent av männen och 2,5 procent av kvinnorna). Detta kan jämföras med 2,8 procent 2010. Fler män än kvinnor hade använt cannabis. I åldersgruppen 16–34 år uppgav 7,6 procent att de använt cannabis under de senaste 12 månaderna (9,5 procent av männen av männen och 5,4 procent av kvinnorna). Detta kan jämföras med 6,2 procent 2010. I CAN:s drogvaneundersökning 2020 uppgav 7,8 procent av pojkarna och 5,5 procent av flickorna i årskurs 9 att de använt cannabis någon gång. Resultaten gällande cannabisanvändning i CAN:s drogvaneundersökning har under de senaste tio åren legat på ungefär samma nivå.

Polismyndigheten bedömer att den illegala narkotikamarknaden fortsätter att öka, både när det gäller den öppna och den dolda handeln. Polismyndigheten publicerade i maj 2021 en rapport med en sammanställning av kunskap genererad från kommunikationen i den krypterade tjänsten Encrochat som använts inom organiserad brottslighet i Europa. I rapporten reviderar polisen kraftigt omfattningen av den narkotika som smugglas till Sverige. Enligt rapporten smugglas 100–150 ton narkotika årligen till Sverige och det sker i närmast industriell skala. Den tidigare rådande uppskattningen från CAN var att 15 ton årligen smugglas till landet. Polismyndigheten bedömer att pengarna som omsätts och kostnaderna för narkotikainförslenn uppnår miljardbelopp årligen. Stora delar av brottspengarna som genereras i Sverige växlas till euro och förs utomlands för återinvestering i nya partier. Valutaväxling är en central funktion i smugglingskedjan. Brottsförebyggande rådets rapport om narkotikamarknaderna i Sverige, från september 2021, bekräftar denna utveckling och visar bl.a. att tillgängligheten till narkotika för köparna har ökat till följd av att det finns fler digitala och fysiska marknadsplatser. Narkotika finns att tillgå i hela Sverige. Polismyndigheten uppger också att det finns en omfattande produktion av dopningspreparat i landet. Under 2019 ökade polisens och tullens beslag av narkotika i Sverige med runt 4 procent jämfört med 2018. Cannabis stod för mer än hälften av alla beslag som gjordes 2019, men beslagsdata visar bland annat en ökning av antalet beslag av amfetamin, heroin och kokain. Narkotikabrotten tillhör de brottskategorier där antalet anmälda brott i hög grad påverkas av polisens och tullens spanings- och ingripande verksamhet.

Runt 124 000 brott mot narkotikastrafflagen (1968:64) anmäldes under 2020. De flesta av dessa avsåg eget bruk och innehav av narkotika.

Enligt uppgifter från Socialstyrelsens patientregister, Statens institutionsstyrelsens utvärderings- och dokumentationssystem (DOK) samt Kriminalvårdsregistret fick 34 629 personer under 2019 vård för beroende eller skadligt bruk av narkotika, vilket är ungefär samma antal som rapporterades 2018. Av dessa personer var 69 procent män. Av de personer som fick vård för narkotikarelaterade orsaker fick knappt 32 000 personer vård i slutenvård eller specialiserad öppenvård, drygt 2 000 personer fick vårdinsatser inom Kriminalvården och knappt 500 fick vård med stöd av LVM. Under 2019 var majoriteten av de vårdade 15–44 år vid behandlingens början och den största åldersgruppen var 15–29-åringar (38 procent).

Socialstyrelsen konstaterar att yngre personer har mer narkotikarelaterade problem än äldre. Socioekonomiska faktorer, såsom utbildningsbakgrund, kan ha betydelse för utveckling av substansrelaterade problem. Bland dem som söker eller får vård för narkotikarelaterade problem är det betydligt vanligare med endast förgymnasial utbildning. Bland dem som fått vård för substansrelaterad diagnos är det vanligt med vård också för andra psykiatriska tillstånd.

Under perioden 2012–2020 avled i genomsnitt 890 personer per år till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Läkemedels- och narkotikaförgiftningar är vanligare bland män än bland kvinnor. Bland män är olycksfallsförgiftningar (överdos) vanligast medan det bland kvinnor är vanligast med suicid.

Narkotikasituationen inom EU och internationellt

Både EU:s narkotikabyrå (EMCDDA) och FN:s kontor mot narkotika och brottslighet (UNODC) konstaterar att det finns stora utmaningar inom EU och internationellt kopplat till narkotika, både vad avser illegal odling och produktion av och handel med narkotika samt att det finns ett brett utbud av psykoaktiva substanser med hög potens och renhet. Europeiska kommissionen uppskattar att den olagliga narkotikamarknaden i EU motsvarar ett lägsta detaljhandelspris på 30 miljarder euro per år, vilket utgör en viktig inkomstkälla för organiserade kriminella grupper i EU. Narkotikamarknaden har indirekt negativ inverkan genom kopplingar till organiserad brotts-

lighet och genom att narkotika bidrar till störningar i den lagliga ekonomin. Narkotika bidrar till våld i samhället, skador på miljön och fungerar även som en drivkraft för korruption som kan undergräva en god samhällsstyrning. Narkotika bidrar även till ökad utsatthet och förtida död för individer som utvecklat ett beroende. Tillgången till narkotika i Europa är hög.

Under de senaste 24 åren har i vissa delar av världen THC-halten i cannabis ökat med så mycket som fyra gånger. Samtidigt har andelen ungdomar som uppfattar cannabis som skadligt minskat med upp till 40 procent, trots vetenskaplig evidens om att cannabisanvändning är förknippad med en mängd olika hälsomässiga och andra skador, särskilt vid långvarigt bruk. Uppskattningsvis har 36 miljoner människor globalt en beroendesjukdom (könsuppdelad statistik saknas). Tillgängligheten till vård och stöd vid skadligt bruk och beroende är ofta bristfällig. Ett stort antal människor dör såväl inom EU som internationellt till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning. Narkotikasituationen i världen skapar stora utmaningar för samhället.

Skadligt bruk och beroende av narkotika är en folkhälsofråga

Förutom ökad risk för akut förgiftning och förlust av människoliv medför narkotikabruk ökad risk för mer långsiktiga medicinska skador och skador ur ett socialt perspektiv. Jämfört med den övriga befolkningen har personer som använder narkotika och personer med skadligt bruk och beroende högre risk att drabbas av annan sjuklighet och dö i förtid. Högst risk för ohälsa, skador och dödsfall har personer som använder opioider eller använder narkotika ofta och i höga doser eller med hög renhet. Även personer som börjar använda narkotika i unga åldrar, personer som injicerar narkotika och personer som använder flera olika substanser samtidigt har förhöjd risk för ohälsa, skador och dödsfall. Personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika har en klart ökad risk för att utveckla psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom, och det är vanligt förekommande att avlida i suicid. Inte sällan förekommer också en hög samsjuklighet mellan beroende och någon annan psykiatrisk diagnos eller något annat närliggande tillstånd och det finns ofta stora somatiska vårdbehov hos målgruppen.

Personer med skadligt bruk och beroende kan uppleva utsatthet

Personer med skadligt bruk och beroende är ofta utsatta. Utöver ökad risk för ohälsa finns också andra möjliga negativa konsekvenser av narkotikabruk som t.ex. stigmatisering, utanförskap och marginalisering, lägre utbildningsnivå och begränsade möjligheter till försörjning samt kriminalitet relaterat till droganvändandet. Exempelvis har många med långvarig och riskfylld narkotikaanvändning ekonomiska problem, eftersom de inte har någon stabil koppling till arbetslivet. Dessa personer hamnar ofta utanför olika sociala arenor och kan uppleva utsatthet. Det är därför viktigt att tidigt fånga upp de personer som ännu inte utvecklat ett skadligt bruk eller ett beroende. Kvinnor med skadligt bruk eller beroende är också relativt sett mer utsatta för våld, sexuellt utnyttjande och har en ökad risk att utnyttjas i prostitution.

Skadligt bruk och beroende drabbar närstående

Problem med narkotikabruk drabbar i första hand personen själv, men har också negativa konsekvenser för anhöriga och närstående, bl.a. i form av försämrad livskvalitet. Anhörigperspektivet är centralt inom narkotikapolitiken. Närstående riskerar att få försämrad livskvalitet. Folkhälsomyndigheten konstaterar att personer som använder narkotika och deras närstående rapporterar en sämre hälsa jämfört med resten av befolkningen. Förutom ökad risk för sämre hälsa drabbas föräldrar med vuxna barn med narkotikaberoende på olika sätt, vanligast är stölder eller psykiskt våld. Mer ovanligt förekommande är utpressning och fysiskt våld. Barn som växer upp i en familj med föräldrar som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika kan uppleva oro, orimligt ansvarstagande, förändringar i vardagen och svåra upplevelser, vilket för barnen kan leda till skolsvårigheter, egen ohälsa och andra negativa konsekvenser på sikt. Skadligt bruk och beroende av alkohol, dopningsmedel och narkotika är en riskfaktor för våld.

Svensk narkotikapolitik har blivit mer folkhälsoinriktad de senaste åren

Regeringen driver en folkhälsobaserad narkotikapolitik med syftet att minska ojämlikheten i hälsa. Narkotikapolitiken är en del av folkhälsopolitiken. Sedan 2018 gäller ett nytt övergripande nationellt mål för folkhälsopolitiken (prop. 2017/18:249, bet. 2017/18:SoU26, rskr. 2017/18:406). Målet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Den nationella folkhälsopolitiken ligger i linje med FN:s globala mål för hållbar utveckling, Agenda 2030. Restriktivitet ryms inom ramen för en folkhälsobaserad politik. En restriktiv inriktning syftar till att minska de negativa konsekvenserna av narkotika för individer och i samhället i stort. De senaste åren har regeringen tagit initiativ till att utveckla narkotikapolitiken. Insatser har genomförts för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning samt de medicinska och sociala skadeverkningarna till följd av narkotikabruk (se vidare i avsnitten Vad definierar en insats av skadereducerande karaktär och vilka skadereducerande insatser ska vi ha i Sverige? s. 19, respektive Hur ska den svenska narkotikapolitiken bidra till att färre avlider till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning? s. 21).

Uppdraget att utvärdera svensk narkotikapolitik och föreslå insatser som bör vidtas för att utveckla det svenska narkotikaarbetet

Riksdagen har i mars 2020 tillkännagett att regeringen bör utvärdera den nuvarande narkotikapolitiken (bet. 2019/20:SoU7 punkt 7, rskr. 2019/20:174). Enligt tillkännagivandet måste en fortsatt restriktiv narkotikapolitik kombineras med en god missbruks- och beroendevård som innehåller insatser för skademinimering, som exempelvis minskad spridning av blodsmittor. Narkotikapolitiken bör utvärderas i syfte att säkerställa att den är förenlig med kraven på evidensbaserad vård, beprövad erfarenhet och skademinimering. Med utgångspunkt i tillkännagivandet bedömer regeringen det som viktigt att genomlys svensk narkotikapolitik ur ett brett perspektiv för att se vilka delar som behöver utvecklas för att anpassa narkotikapolitiken inför nutidens och framtidens utmaningar. Bland annat behöver utredaren

beakta följande perspektiv och områden i sitt arbete: folkhälsa, beroendesjukdom, evidensbaserade vård- och stödinsatser, jämlikhet och jämställdhet, socioekonomi, barn, unga och äldre samt de brottsförebyggande och brottsbekämpande perspektiven.

Utredaren ska vid genomförandet av uppdraget beakta den kunskap och de förslag som Samsjuklighetsutredningen presenterat i betänkandet *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* (SOU 2021:93). Utredaren kan i arbetet även beakta regeringens aviserade hemlöshetsstrategi.

Hur ska det förebyggande arbetet utvecklas för att minska användningen av narkotika?

För att minska de negativa sociala och hälsomässiga konsekvenserna av narkotika är det förebyggande arbetet av stor vikt. Det är också en viktig insats för att bidra till minskad tillgång till narkotika och för att främja ökad trygghet i samhället. Det förebyggande arbetet kräver långsiktighet och varierande typer av insatser, policyer och strategier på olika arenor och nivåer i samhället. Förebyggande insatser bör i största möjliga mån vila på evidens, men det faktum att det i vissa fall finns begränsat vetenskapligt stöd för enskilda narkotikaförebyggande metoder får inte innebära en passivitet eller sänkta ambitioner. I dessa fall blir uppföljning och utvärdering desto viktigare. Erfarenheter av förebyggande arbete inom andra sektorer kan även tas tillvara.

I Sverige finns det en upparbetad struktur för det narkotikaförebyggande arbetet. Kommunerna har en central roll i arbetet med att förebygga narkotika, men även andra aktörer är aktiva inom området såsom det civila samhället. År 2019 hade majoriteten av kommunerna en utsedd samordnare för det narkotikaförebyggande arbetet. Samordnarna genomförde olika aktiviteter och deltog även i hög grad i de nätverk som länsstyrelsen organiserade för att stötta dem genom länsstyrelsernas ANDT-samordnare. Folkhälsomyndigheten har visat att den kommunala arbetstiden för att samordna och planera ANDT-förebyggande arbete minskade 2011–2018 från 148 till 89 årsarbetskrafter. Antalet kommuner med ett övergripande dokument, s.k. politiskt program som beskriver kommunens arbete med förebyggande insatser på ANDT-området, minskade också under perio-

den, liksom den lokala samverkan kring det ANDT-förebyggande arbetet.

Trots en god grundstruktur finns det alltså skillnader mellan kommuner när det gäller dessa grundläggande förutsättningar, och även i fråga om förebyggande aktiviteter. Analyser av uppgifter från länsstyrelsernas rapportering har visat att kommuner med en mer utsatt sociodemografisk situation, t.ex. avseende utbildningsnivå, i mindre omfattning har ett förebyggande ANDT-arbete med hög kvalitet.

Det är viktigt att förbättra förutsättningarna för ett starkt lokalt arbete där alla kommuner har förutsättningar att bedriva ett narkotikaförebyggande arbete som kan bidra till det nationella målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Det förebyggande arbetet mot narkotika behöver även stärkas på regional och nationell nivå.

Av särskild vikt är att skydda barn och unga. Barn och unga löper större risk för skador av narkotikabruk och behöver därför skyddas särskilt. Samtidigt står barn och unga i dag för den största användningen av narkotika i samhället. Det finns tecken på att attityderna bland barn och unga till framför allt cannabis har förändrats. Särskilda förebyggande insatser behöver därför riktas mot denna grupp.

Det finns möjlighet att få inspiration och ytterligare kunskap genom att ta del av preventionsarbete mot narkotika som genomförts i andra länder eller som föreslås av internationella organisationer.

Utredaren ska därför göra följande:

- Undersöka erfarenheter av och ge exempel på organisering av gemensamma utvecklingsinsatser och samverkansmodeller.
- Föreslå vilka insatser som bör vidtas på nationell, regional och lokal nivå för att stärka det narkotikaförebyggande arbetet i Sverige.
- Föreslå ett särskilt program för att förebygga barns och ungas användning av narkotika.

Hur kan tillgängligheten till vård och stöd av god kvalitet öka för personer med skadligt bruk och beroende av narkotika och deras anhöriga och närstående?

Vård- och stödlandskapet är fragmenterat avseende huvudmannansvar och aktörer. Det är svårt att få en exakt bild av den vård och det stöd som ges. Regionerna ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Inom regionernas ansvarsområde tar personer med skadligt bruk och beroende bl.a. del av åtgärder inom psykiatri och akutsjukvården. Kommunerna har enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, ansvar för missbruks- och beroendevård. Socialtjänsten ansvarar också för sociala stödinsatser i form av t.ex. boende, sysselsättning, försörjning samt stöd till barn och anhöriga. Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Inom Kriminalvårdens verksamhet finns många personer som har skadligt bruk eller beroende av narkotika. Statens institutionsstyrelse behandlar ungdomar med allvarliga psykosociala problem och vuxna med missbruksproblem.

Socialstyrelsen konstaterar att det skedde en ökning av vård av personer med missbruks- och beroendeproblem inom hälso- och sjukvårdens slutenvård och specialiserade öppenvård under tidsperioden 2009–2019. Antalet som får en vårdinsats för narkotikarelaterad diagnos har ökat med cirka 40 procent de senaste tio åren. Inom öppenvården har det skett en ökning av antalet insatser till personer som vårdas för narkotikarelaterade diagnoser. Samtidigt ligger antalet som vårdas inom slutenvården kvar på samma nivå. Det kan finnas flera förklaringar till att fler personer vårdas för narkotikarelaterade diagnoser, men det går inte att utesluta att andelen individer i befolkningen som utvecklar narkotikarelaterade diagnoser har ökat. Socialstyrelsen konstaterar även att institutionsvården för missbruk beviljad av socialtjänsten har minskat både i andel individer som får insatsen och vårdtidens längd. Även socialtjänstens öppna insatser har minskat över tid.

Bland personer med skadligt bruk och beroende finns en ökad risk för våldsutsatthet. Trots detta är det få skyddade boenden som anger att de tar emot personer med missbruks- eller beroendeproblematik. Våldsutsatta kvinnor med ett skadligt bruk eller beroende fångas ofta inte upp av socialtjänsten då insatser för målgruppen saknas,

vilket innebär att de riskerar att hamna mellan beroendevården och psykiatrin.

För att kunna skapa en mer jämlik beroendevård över landet är det viktigt att förbättra kunskapen om hur missbruks- och beroendevården ser ut i dag. Insatser och aktörer behöver definieras för att skapa större jämförbarhet. Det behöver även klargöras hur uppgifter ska samlas in för att myndigheter regelbundet ska kunna sammanställa och presentera en aktuell och uppdaterad bild av vård- och stödlandskapet. I svensk hälso- och sjukvård och omsorg finns omotiverat stora regionala skillnader. Tillgången till insatser är även ojämlig utifrån socioekonomi samt ojämförbar mellan kvinnor och män.

Samordnade insatser är av stor betydelse. Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla vård- och stödinsatser till personer med skadligt bruk eller beroende utifrån sina ansvarsområden. Fungerande samverkan och sammanhållna vårdkedjor är viktigt för att insatserna ska ge bästa möjliga resultat. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar att ingå överenskommelser om samarbete. Sådan formaliserad samverkan har inte upprättats i alla delar av landet. Det finns även behov av att utveckla samverkan mellan kommuner och regioner å ena sidan och staten, genom Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse, å andra sidan. Vidare är det viktigt med intern samordning av olika insatser inom omsorgs- respektive hälso- och sjukvårdssektorn. En särskilt utsatt grupp är personer med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Regeringen har därför tillsatt en utredning, Samsjuklighetsutredningen, för att se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen vad gäller personer med samsjuklighet (dir. 2020:68).

Kvaliteten i insatserna som erbjuds för vård och stöd behöver synliggöras. Det är angeläget att vård och stöd som tillhandahålls är evidensbaserad och genomförs utifrån gällande riktlinjer. Det är också viktigt att definiera vad som är god kvalitet och vilka resultat som eftersträvas ur ett professions samt ett patient- och brukarperspektiv. En god kvalitet och de resultat som eftersträvas knyter an till fysisk och psykisk hälsa, boendesituation, försörjning och ekonomisk stabilitet, arbete och sysselsättning, kriminalitet, trygghet och säkerhet, närståendes situation, socialt nätverk, självständighet, minskad stigmatisering och ökad känsla av sammanhang. Den individuella brukarens eller patientens önskade resultat av olika insatser behöver inte alltid stämma överens med professionens eller närståendes uppfattning.

Det är dock viktigt att ha en samsyn kring vad som är kvalitet inom missbruks- och beroendevården samt att höja kvaliteten på insatserna som erbjuds. Dessutom behöver kvaliteten över tid kunna följas upp genom tillgänglig statistik.

Det är viktigt med god tillgänglighet till vård- och stödinsatser. Bristande tillgänglighet med långa väntetider är ett generellt problem som gäller för hela hälso- och sjukvården sedan många år. Regeringen har tillsatt en delegation för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, som den 30 juni 2021 presenterade delbetänkandet Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59). Socialstyrelsen har redovisat uppgifter om att utvecklingen går åt olika håll avseende tillgängligheten till kommunens missbruks- och beroendevård. Myndigheten har även visat att tillgängligheten för personer med missbruk och beroende till vård och stöd inom socialtjänsten varit relativt oförändrad de senaste tre åren. Vidare varierar tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) i landet, och denna behandling kan även ibland erbjudas på SiS-institutioner och inom Kriminalvården. Dagens vårdgaranti, som innebär en skyldighet för regionerna att erbjuda behandling inom 90 dagar, räknat från den dag beslut om behandling togs, kan vara otillräcklig. En förstärkt vårdgaranti som ger personer med beroendeproblematik rätt till vård och stöd betydligt snabbare än i dag behöver övervägas. Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården har bl.a. i uppdrag att utreda för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti. Det är viktigt att personer med skadligt bruk eller beroende får insatser när det finns motivation att ta itu med den problematik som finns. Motivation är en nyckelfaktor för ett lyckat behandlingsresultat för en beroendesjukdom, varför insatser behöver finnas på plats så fort som möjligt för den som söker vård och stöd. Genom att öka tillgängligheten till vård och stöd till personer med missbruk, skadligt bruk och beroende och genom att stärka det förebyggande arbetet så kan efterfrågan på narkotika minska.

Primärvården har en central roll i att stödja personer med skadligt bruk och beroende av narkotika för att rätt vård- och stödinsatser ska kunna erbjudas i ett tidigt skede och efter behov. Rehabiliteringen behöver utformas utifrån olika individers skilda målsättningar, preferenser och förutsättningar. För personer med en beroendesjukdom är även sociala stödinsatser en central komponent av vård- och stödinsatserna. För att stärka individperspektivet finns behov av att

analysera drogfrihetens roll inom vård- och stödområdet till personer med ett narkotikaberoende utifrån vilka krav på drogfrihet som finns inom olika verksamheter och vilka konsekvenser kraven får för brukarna och deras närstående.

Personer som använder narkotika kan ha ett skadligt bruk eller beroende. Studier visar att stigma kan ha en djupgående påverkan på individer som använder eller har använt narkotika, inklusive de individer som överväger att söka hjälp för en beroendesjukdom. Stigma kan minska motivationen hos individer att hantera sitt narkotikabruk, och kan leda till ovilja att söka vård och stöd, social utslagning samt utgöra hinder för rehabilitering. Stigma kan orsakas av en mängd olika faktorer. Det är viktigt att arbeta för att främja icke-stigmatiserande attityder och en god tillgång till vård och stöd. Det finns behov av att se över om det behöver vidtas insatser för att minska upplevelsen av stigma som hinder för att söka vård och stöd.

Utredaren ska därför göra följande:

- Kartlägga hur vård- och stödlandskapet ser ut och tydligt definiera aktörer och insatser samt belysa geografiska och socioekonomiska skillnader samt skillnader för kvinnor och män.
- Föreslå hur vård- och stödinsatser kan utvecklas för att skapa en god och jämlik kvalitet utifrån brukarnas och patienternas behov och erfarenheter. I denna del ingår även att analysera om särskild vård- och stödverksamhet ska utformas för barn och unga.
- Föreslå vilka insatser som bör genomföras för att få en god tillgänglighet till vård och stöd. I denna del ingår att analysera om en förstärkt vårdgaranti, som ger personer med beroendeproblematik rätt till vård och stöd betydligt snabbare än i dag, bör införas samt vid behov lämna nödvändiga författningsförslag.
- Analysera drogfrihetens roll inom vård- och stödområdet inklusive i vilken utsträckning det ställs krav på drogfrihet för personer med skadligt bruk eller beroende för att få tillgång till andra typer av vård- och stödinsatser, t.ex. med anledning av våldsutsatthet samt vilka eventuella konsekvenser detta får för brukarna och deras närstående.
- Lämna förslag på hur tillgängligheten till och kvaliteten i närstående- och anhöriginSATSER kan förbättras.

- Undersöka om och i så fall i vilken utsträckning personer med skadligt bruk eller beroende avstår från att ta kontakt med socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt vad det i så fall beror på.
- Föreslå insatser för att personer med skadligt bruk och beroende inte ska uppleva stigmatisering i kontakterna med socialtjänsten och hälso- och sjukvården så att de väljer att inte söka vård och stöd.

Rättsvårdande myndigheter och insatser

Vård och stöd för personer som begår narkotikabrott

Olika slags olovlig befattning med narkotika är kriminaliserad genom narkotikastrafflagen. En generell straffbeläggning av narkotikainnehav, inklusive för egen konsumtion, har ansetts nödvändig för att motverka narkotikamissbrukets utbredning i samhället. Sedan 1988 är det straffbart även att bruka narkotika, dvs. att konsumera eller på något annat sätt tillföra narkotika till kroppen. Kriminaliseringen av eget bruk infördes för att på ett klart och otvetydigt sätt ge uttryck för samhällets avståndstagande från alla former av befattning med illegal narkotika. Den ansågs även kunna ha ett psykologiskt värde och en preventiv funktion bland framför allt ungdomar och andra som befinner sig i riskzonen för att bli narkotikaberoende eller som överväger att använda narkotika. De skälen gör sig alltjämt gällande. Även narkotikans koppling till den organiserade brottsligheten innebär att det finns behov av en fortsatt restriktiv narkotikapolitik som bl.a. innehåller ett straffansvar för narkotikabruk.

Allvaret i ett narkotikabrott bestäms i huvudsak med utgångspunkt i sorten och mängden narkotika samt övriga omständigheter vid brottet. Den som brukar narkotika döms normalt sett till böter för ringa narkotikabrott. Ringa narkotikabrott kan även avse exempelvis innehav av en mindre mängd narkotika för eget bruk. Handlar det t.ex. om innehav av en större mängd narkotika, försäljning av narkotika eller befattning med narkotika som inte är avsedd för eget bruk rubriceras gärningen oftast som narkotikabrott av normalgraden eller, i kvalificerade fall, som grovt eller synnerligen grovt narkotikabrott.

För narkotikabrott som inte är ringa finns endast fängelse i straffskalan. I enlighet med allmänna regler går det under vissa förutsättningar att ersätta fängelsestraffet med en annan påföljd: villkorlig dom, skyddstillsyn eller överlämnande till särskild vård (överlämnande till LVM-vård respektive rättspsykiatrisk vård och, när det gäller unga lagöverträdare, de särskilda ungdomspåföljderna). Flera av påföljderna har utrymme för inslag av vård och behandling. En skyddstillsyn kan förenas med föreskrifter om exempelvis missbruksvård, psykiatrisk vård eller annan behandling. Sådana föreskrifter är möjliga även för den som står under övervakning efter att ha frigetts villkorligt från ett fängelsestraff, och behandlingsinslag kan även förekomma inom ramen för fängelsestraffet.

Det saknas möjlighet att erbjuda personer som döms till böter vård- och stödinsatser inom påföljdssystemet. Detta hänger samman med att böter är en lindrigare påföljd än fängelse och att de påföljder som har ett vårdinslag enbart används som ett alternativ till fängelse. Däremot skulle sådana erbjudanden kunna ske utanför det rättsliga systemet. Erbjudanden om vård- och stödinsatser ges redan i dag till personer med skadligt bruk eller beroende, om än inte på ett systematiskt sätt. Det kan finnas behov av att skapa tydligare erbjudanden om vård och stöd för denna grupp. En sådan metod finns inom trafikområdet, där personer som misstänks för rattfylleri eller drograttfylleri blir erbjudna hjälp enligt SMADIT-metoden (samverkan mot alkohol och droger i trafiken). Metoden innebär att polisen ska erbjuda misstänkta rattfyllerister att få kontakt med socialtjänst eller beroendevård.

Utredaren ska därför göra följande:

- Föreslå om och i så fall hur vård- och stödinsatser kan erbjudas på ett mer systematiskt sätt till personer som döms för ringa narkotikabrott.
- Se över hur vårdinslagen inom de påföljder som används vid narkotikabrott genomförs.

Utredaren ska inte lämna förslag på ändring i straffrättslig lagstiftning eller lagstiftning om förundersökning och åtal.

Kriminalvårdens och Statens institutionsstyrelses vård- och stödinsatser

En av Kriminalvårdens grundläggande uppgifter är att verkställa påföljder. Myndigheten ska verka för att återfall i brott förebyggs och ska vidta åtgärder bl.a. för att minska återfall i beroendesjukdom. Narkotikaproblematik är vanligt förekommande bland Kriminalvårdens klienter. I Kriminalvårdens anstalter, häkten och i frivård befinner sig varje dag cirka 10 000 klienter som har mer eller mindre uttalade problem med narkotika. Kriminalvården har de senaste åren utvecklat arbetet med individuella verkställighetsplaner där det framgår vilka insatser klienten behöver för att inte återfalla i brott eller missbruk samt vilka förberedelser som måste göras inför livet i frihet.

Samverkan mellan aktörer är viktig för att klienter inom Kriminalvården med skadligt bruk eller beroende ska få rätt behandlingsinsatser under och efter verkställigheten. Kriminalvården har inte primärt ansvar för vård och stöd, utan det har andra huvudmän enligt den s.k. normaliseringsprincipen. Kriminalvården förväntas dock ta ett stort ansvar för att behov identifieras och att kontakt kan etableras med aktuella huvudmän. Samtidigt finns det ibland möjlighet att få vård inom vissa anstalter.

Drygt tusen män och kvinnor blir varje år tvångsomhändertagna med stöd av LVM, och placerade på något av Statens institutionsstyrelses (SiS) LVM-hem. Det finns elva LVM-hem med knappt 400 platser för abstinensbehandling, motivationsarbete eller utslussning. Klienterna på LVM-hemmen har många års drogberoende bakom sig. Det handlar om missbruk av alkohol, narkotika eller läkemedel eller om ett blandmissbruk.

Syftet med LVM-vården är att avbryta ett livshotande missbruk och motivera till frivillig behandling. LVM-vården får pågå i högst sex månader. Så snart som möjligt ska vården övergå i annan form utanför institutionen, s.k. § 27-vård. Vården kan då fortsätta på ett öppet behandlingshem, i familjehem eller genom att personen deltar i öppenvårdsprogram. Den genomsnittliga vårdtiden inom LVM är drygt fyra månader. SiS har LARO-behandling inom LVM.

En kort vistelse på LVM-hem bryter inte en lång period av missbruk. Långvarigt missbruk kräver behandling och stöd under lång tid. SiS samarbetar under placeringstiden med klientens nätverk och placerande socialtjänst för att insatserna på LVM-hemmet ska följas av kvalificerade insatser efter utskrivning.

Alla klienter inom LVM-vården får ett erbjudande om att göra en s.k. SiS-utredning-LVM. Utredningen ligger till grund för planeringen av den fortsatta vården. En kartläggning av såväl missbruk och kriminalitet som psykiska, medicinska och sociala förhållanden ökar chansen att hitta rätt insatser för varje enskild klient. Resultatet av utredningen lämnas till socialtjänsten. Klienten får också ta del av utredningens resultat.

Utredaren ska därför göra följande:

- Kartlägga vilka vård- och stödinsatser som erbjuds inom ramen för SiS och Kriminalvårdens verksamhet samt analysera hur denna verksamhet förhåller sig till den hälso- och sjukvård och omsorg som erbjuds av andra huvudmän.
- Undersöka om möjligheten till att initiera en samordnad individuell plan (SIP) kan underlätta SiS och Kriminalvårdens arbete med klienter med skadligt bruk och beroende av narkotika, och vid behov lämna nödvändiga författningsförslag, samt undersöka hur huvudmännen för vård och stöd kan underlätta SiS och Kriminalvårdens arbete med dessa klienter.
- Analysera hur personers beroendesjukdom beaktas i framtagandet och genomförandet av verkställighetsplaner respektive behandlingsplaner inom Kriminalvården och SiS.
- Föreslå hur samverkan med andra aktörer kan stärkas så att det kan säkerställas att andra aktörer tar vid avseende vård och stöd när SiS eller Kriminalvårdens ansvar upphör så att vårdkedjorna håller ihop. I denna del ingår att analysera samverkan kring personer som återkommande döms för narkotikabrott eller blir tvångsomhändertagna enligt LVM.

Hälso- och sjukvårdens, Polismyndighetens och socialtjänstens uppdrag och samverkan

Missbruks- och beroendevården omfattar hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens ansvar för människor i alla åldrar med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel samt spel om pengar. Ytterligare beskrivning av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvar finns i avsnittet Hur kan tillgängligheten till vård och stöd av god kvalitet

öka för personer med skadligt bruk och beroende av narkotika och deras anhöriga och närstående? (s. 9).

Polismyndigheten ska tillsammans med övriga myndigheter inom och utom rättsväsendet genom sina insatser bidra till målet för kriminalpolitiken – att minska brottsligheten och öka människors trygghet. Polismyndighetens arbete bidrar till att tillgången till narkotika i samhället minskar.

Det är vanligt att polismän kommer i kontakt med personer som använder narkotika. En rad olika insatser genomförs i dessa fall. Ofta kopplas socialtjänst in, och vid allvarliga situationer finns det behov av att uppsöka hälso- och sjukvård. Polismyndigheten har i grunden ett brottsbekämpande uppdrag. Socialtjänst och hälso- och sjukvård ansvarar för att tillgodose individers behov av stöd och vård.

Det finns skäl att stärka samverkan mellan hälso- och sjukvården, Polismyndigheten och socialtjänsten. Kunskapen behöver öka om berörda aktörers verksamheter samt om narkotika och narkotikaanvändning, inklusive beroendesjukdom. Bristfälliga kontaktvägar mellan olika aktörer och otydliga ansvarsförhållanden försämrar förutsättningarna för att på bästa sätt hjälpa människor med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Utredaren ska därför göra följande:

- Föreslå åtgärder för att stärka samverkan mellan hälso- och sjukvården, Polismyndigheten och socialtjänsten för att säkerställa att personer med skadligt bruk eller beroende får adekvata insatser.
- Föreslå hur kunskapsnivån kring narkotika och narkotikaanvändning, inklusive beroendesjukdom, kan stärkas hos Polismyndigheten, vård- och stödaktörer och andra berörda aktörer samt hur kunskapsnivån kan öka om respektive verksamhets ansvar, med målsättningen att kunskapen kontinuerligt ska öka.
- Föreslå hur kontaktvägarna kan stärkas mellan hälso- och sjukvården, Polismyndigheten och socialtjänsten samt andra aktörer i samband med att polisen kommer i kontakt med personer som använder narkotika.
- Med beaktande av aktörernas olika uppdrag, föreslå åtgärder som bidrar till att insatser svarar upp mot den enskildes behov.

Vad definierar en insats av skadereducerande karaktär och vilka skadereducerande insatser ska vi ha i Sverige?

Insatser för att minska medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika är av stor betydelse ur olika perspektiv. En central princip för skadereducering är utvecklingen av pragmatiska svar på hanteringen av skadligt bruk och beroende av narkotika. Detta görs genom olika typer av interventioner som lägger främsta vikten vid att minska de hälsorelaterade skadorna vid fortsatt användning av narkotika. Mänskliga rättigheter är en viktig utgångspunkt för skadereducerande insatser inklusive allas rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa. Skadereducering brukar benämnas ”harm reduction” på engelska. Det finns ingen allmänt accepterad definition av harm reduction. Världshälsoorganisationen (WHO) beskriver detta område enligt följande: “Harm reduction is a set of policies, programmes, services and actions that aim to reduce the harm to individuals, communities and society related to drugs, including HIV infection.”

En viktig skadereducerande åtgärd är införande av sprututbytesprogram. I syfte att förbättra tillgången i hela landet till sprututbyten för personer som injicerar narkotika gjordes 2016 en ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler (prop. 2016/17:15). Socialstyrelsens uppföljning av lagändringen, som presenterades i december 2019, visar att tillgängligheten till sprututbytesverksamhet har ökat i landet. För att ytterligare tillgängliggöra sprututbytesverksamheten föreslår regeringen att bosättningsprincipen i lagen om utbyte av sprutor och kanyler ska tas bort, så att även personer som inte anses vara bosatta i en viss region kan få möjlighet att delta i sprututbytesverksamhet (prop. 2021/22:129). Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 augusti 2022. Även tillgängligheten till naloxonläkemedel är en viktig skadereducerande åtgärd. Naloxon häver överdoser av opioider som heroin eller metadon och tillgängligheten till detta läkemedel har ökat. Sprututbyten och naloxonprogram finns nu i stort sett i alla regioner. Antalet personer som fått hepatit C-infektion via injektion av droger har minskat.

En vanlig behandlingsinsats vid opioidberoende är LARO, läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Socialstyrelsen har beslutat föreskrifter och allmänna råd om LARO. I mars 2020 publicerade Socialstyrelsen ett kunskapsstöd för behandlingen, och insat-

sen har hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Folkhälsomyndigheten föreslår en fortsatt utveckling av sprututbytesprogram samt en utbyggnad av mobila lågtröskelverksamheter i sin rapport om åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika. Lågtröskelverksamhet handlar om att man ”sänker tröskeln” – det vill säga att det finns en högre tolerans för att människor som deltar i verksamheterna fortfarande har ett aktivt missbruk. Detta förhållningssätt avviker från inställningen om drogfrihet som villkor för deltagande i insatser.

En internationell utblick ger vid handen att det i olika länder görs olika insatser för att minska de medicinska och sociala skadeverkningarna av narkotikabruk. Det finns en bred enighet inom EU om vikten av att minska skador, inte minst spridning av smittsamma sjukdomar och insatser för att minska överdosrelaterad sjuklighet och dödlighet. LARO-behandling och sprututbyten är de vanligast förekommande skadereducerande åtgärderna, samt naloxonprogram (se vidare i avsnittet Hur ska den svenska narkotikapolitiken bidra till att färre avlider till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning? s. 21). Ytterligare exempel på insatser är uppsökande arbete, hälsofrämjande insatser samt utbildning.

På senare tid har det öppnats upp nya möjligheter för att förbättra tillgängligheten till och effektiviteten av skadereducerande insatser, särskilt genom utveckling av informationsteknik och mobilapplikationer. Nya sätt att erbjuda skadereducerande insatser består bl.a. av nyttjandet av nya e-hälsolösningar för att leverera korta insatser eller stöd till återhämtning eller rehabilitering. Det kan finnas behov av att ta lärdom från andra länder kring effektiva insatser för att minska de medicinska och sociala skadeverkningarna av narkotikabruk.

Utredaren ska därför göra följande:

- Definiera vad som ska anses vara skadereducerande insatser i Sverige i syfte att skapa en gemensam definition som kan utgöra en gemensam utgångspunkt för kunskapsbaserat arbete inom området i Sverige.
- Undersöka hur befintliga skadereducerande insatser, inklusive läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) och sprututbytesverksamheten, kan utvecklas och införas i större ut-

sträckning samt bli mer jämlika, jämställda och tillgängliga i hela landet.

- Föreslå hur lågtröskelverksamhet kan införas i större utsträckning, utvecklas och följas upp i Sverige.
- Göra en internationell utblick av tillgängliga skadereducerande insatser och den aktuella utvecklingen inom området samt vid behov lämna förslag på nya insatser som bör vidtas i Sverige för att minska demedicinska och sociala skadeverkningarna av narkotikabruk.

Hur ska den svenska narkotikapolitiken bidra till att färre avlider till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning?

Antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar i Sverige är högt. Dessa dödsfall drabbar ofta utsatta personer, och dödsfallen innebär också lidande för anhöriga och närstående. Under 2018 och 2019 skedde en minskning, vilket framför allt beror på färre dödsfall orsakade av fentanylanaloger. År 2020 avled 822 personer med nämnda dödsorsaker, vilket innebär en minskning med åtta procent jämfört med föregående år. Målsättningen är att antalet avlidna kontinuerligt ska minska.

De senaste åren har flera nationella åtgärder vidtagits för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning. Regeringen har verkat för en utbyggnad av naloxonprogram och sprututbytesverksamheter. Medel har tillförts Folkhälsomyndighetens förvaltningsanslag för snabbare klassificering av nya psykoaktiva substanser. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram ett kunskapsstöd för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Socialstyrelsen presenterade i juni 2021 regeringsuppdraget om att kartlägga akutmottagningars rutiner vid narkotikarelaterad överdos. Folkhälsomyndigheten fick i juni 2021 i uppdrag att implementera ett nationellt varningssystem för att motverka narkotikarelaterade dödsfall. Det är dock tydligt att ytterligare insatser behöver vidtas för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning. Riksdagen har tillkännagett att regeringen bör låta analysera utfallet av insatser som i ett internationellt perspektiv har vidtagits i syfte att minska narkotikadödligheten (bet. 2021/22:SoU10 punkt 9, rskr. 2021/22:150).

Naloxon häver överdoser av opioider som heroin eller metadon. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende innehåller en rekommendation om att hälso- och sjukvården bör erbjuda naloxon och en utbildningsinsats till personer med opioidberoende och risk för överdos. Flera insatser har genomförts de senaste åren för att öka tillgängligheten till naloxon, men mer kan göras. I juni 2021 fick Socialstyrelsen därför i uppdrag av regeringen att, inom ramen för nuvarande regelverk, aktivt stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon. Tillgängligheten till naloxon skulle kunna öka ytterligare om naloxon kan förskrivras på ett sådant sätt att ytterligare yrkesgrupper kan administrera läkemedlet till personer som har tagit en överdos. Genom att fler grupper innehar och administrerar naloxon kan ett snabbt och effektivt agerande möjliggöras för att rädda liv. Läkemedelsverket och Socialstyrelsen bedömde 2018 att förslag som möjliggör för nyckelgrupper utanför hälso- och sjukvården att inneha och administrera naloxonläkemedel till en annan person behöver utredas i särskild ordning. Myndigheterna konstaterade att ett sådant förslag nödvändiggör övergripande överväganden om bl.a. grundlagsskyddade rättigheter, och de eventuella författningsändringar de föranleder måste sannolikt göras på lag- och förordningsnivå i stor utsträckning. Utöver detta är det viktigt att arbetsmiljö-, ansvars- och kompetensfrågor utreds i förhållande till berörda aktörers uppdrag och förutsättningar.

Utredaren ska därför göra följande:

- Genomföra en analys av utfallet av insatser som i ett internationellt perspektiv har vidtagits i syfte att minska narkotikadödligheten.
- Föreslå ett nationellt program för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar.
- Analysera om andra yrkesgrupper än hälso- och sjukvårdspersonal, och i så fall vilka, ska kunna ge naloxon mot opioidöverdoser samt vid behov lämna författningsförslag för hur detta bör regleras.

Vilka erfarenheter från andra länder finns kring generisk klassificering av nya psykoaktiva substanser?

Den ökande förekomsten av nya psykoaktiva substanser är ett allvarligt problem, vilket kräver ett effektivt system för skyndsamt klassificering av substanser som narkotika eller hälsofarlig vara. Bland annat skulle s.k. generisk klassificering medföra att fler substanser snabbare omfattas av lagstiftningen på området. Generisk klassificering innebär att klassificeringen görs utifrån substansernas kemiska grundstruktur. Ett sådant system är dock svårörenligt med de rättssäkerhetskrav som bör ställas när det gäller narkotikabrott eller brott mot lagen om förbud mot vissa hälsofarliga varor. För att en substans ska kunna klassificeras som narkotika i dag måste det vara fråga om ett läkemedel eller en hälsofarlig vara, som konstaterats ha beroendeframkallande egenskaper eller euforiserande effekter eller med lätthet kunna omvandlas till en sådan vara. För att en substans ska klassificeras som en hälsofarlig vara på grund av sina inneboende egenskaper ska den ha konstaterats medföra fara för människors liv eller hälsa samt användas eller antas användas i berusningssyfte eller för annan påverkan.

I propositionen *Klassificering av nya psykoaktiva substanser* (prop. 2017/18:221) bedömde regeringen att något system med generisk klassificering inte bör införas med nuvarande kunskapsunderlag. Riksdagen har tillkännagett att regeringen bör låta göra en analys av erfarenheterna från länder som redan har infört systemet med generisk klassificering av nya psykoaktiva substanser (bet. 2017/18:SoU7 punkt 27, rskr. 2017/18:354).

Utredaren ska därför göra följande:

- Undersöka erfarenheter från länder som har infört systemet med generisk klassificering av nya psykoaktiva substanser.

Uppföljning av vissa delar av narkotikaområdet

I dagsläget finns ingen helhetsbild över antalet personer som har ett beroende eller skadligt narkotikabruk. Det beror på att insatserna ges av olika huvudmän och aktörer samt att det inte alltid är klart varför en person söker vård eller om personer har ett aktivt skadligt bruk eller beroende. För att få en bild av vård- och stödlandskapet utifrån dimensioner som individanpassning, tillgänglighet, kvalitet

och effekt (t.ex. minskad dödlighet) samt effektivitet behöver uppföljningen förbättras.

Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten, Läke-medelsverket, Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen i uppdrag att sammanställa, analysera och presentera statistik avseende dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. I uppdraget ingår att beskriva likheter och skillnader i registrerings- och rapporteringspraxis mellan Sverige och övriga länder i Norden, andra europeiska länder och internationellt samt göra en analys av vilken betydelse dessa skillnader har. Uppdraget slutredovisas 1 juni 2022. Det kan finnas skäl att utifrån vad myndigheterna presenterar vidta åtgärder för att utveckla det nationella arbetet med statistik inom detta område för att skapa en skarp nationell uppföljning med statistik som om möjligt är uppdelad utifrån kön.

Utredaren ska därför göra följande:

- Analysera och kartlägga hur många människor som finns i skadligt bruk och beroende av narkotika i Sverige i dag samt ta fram ett system med metoder för att kontinuerligt beräkna antalet personer som finns i landet med skadligt bruk och beroende. Utredaren ska vid behov ta fram nödvändiga författningsförslag.
- Föreslå en modell för en ändamålsenlig uppföljning av missbruks- och beroendevården, vilken även ska inkludera uppföljning av användningen av naloxonläkemedel samt hur uppföljningen ska utvecklas över tid.
- Föreslå hur statistiken avseende dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning kan utvecklas för att skapa en skarp nationell uppföljning. Utredaren ska vid behov ta fram nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

De samhällsekonomiska effekterna av förslagen som lämnas ska beskrivas och, när det är möjligt, kvantifieras. Samtliga offentligfinansiella effekter av utredarens förslag ska beräknas. Om förslagen innebär offentligfinansiella kostnader, ska förslag till finansiering lämnas. Om förslagen påverkar kostnader eller intäkter för kommuner och regioner, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänk-

andet. Om förslagen i betänkandet påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de särskilda överväganden som gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen redovisas. Därutöver ska utredaren redovisa förslagens konsekvenser för socialtjänsten och för hälso- och sjukvården samt för de övriga aktörer som kan komma att beröras av förslagen.

Vidare ska förslagens konsekvenser för patienter och brukare beskrivas. I arbetet ska utredaren beakta ett jämlikhetsperspektiv, bl.a. med jämlik vård som utgångspunkt. I enlighet med detta ska förslagens konsekvenser belysas också i fråga om socioekonomisk och regional jämlikhet. Konsekvensanalysen avseende jämställdhet ska särskilt beakta de jämställdhetspolitiska delmålen jämställd hälsa och att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Utredaren ska därtill särskilt redovisa konsekvenserna av förslagen utifrån FN:s konvention om barnets rättigheter.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Inom ramen för uppdraget ska utredaren samråda med berörda statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner, ett urval kommuner och regioner, patient-, brukar- och anhängigorganisationer samt företrädare för professionerna. Utredarens arbetssätt ska vara utåt-riktat och inkluderande. Utredaren ska vidare hålla sig informerad om och beakta det arbete som bedrivs i Regeringskansliet och på berörda myndigheter som är av relevans för uppdragets genomförande och initiera en dialog med berörda statliga utredningar. Utredaren ska löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete.

En delredovisning ska lämnas senast den 14 oktober 2022 avseende följande deluppdrag:

- Analysera om andra yrkesgrupper än hälso- och sjukvårdspersonal, och i så fall vilka, ska kunna ge naloxon mot opioidöverdosering samt vid behov lämna författningsförslag för hur detta bör regleras.

Uppdraget i övrigt ska redovisas senast den 29 september 2023.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2022

Kronologisk förteckning

1. Förbättrade åtgärder när barn misstänks för brott. Ju.
2. En skärpt syn på brott mot journalister och utövare av vissa samhällsnyttiga funktioner. Ju.
3. Sveriges tillgång till vaccin mot covid-19 – framgång genom samarbete och helgardering. S.
4. Minska gapet. Åtgärder för jämställda livsinkomster. A.
5. Innehållsvillkor för public service på internet – och ordningen för beslut vid förhandsprövning. Ku.
6. Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga. Del 1 och 2. S.
7. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2022. Samhället, tekniken och etiken. M.
8. Rätt och rimligt för statligt anställda. Fi.
9. Avfallsbeskattning – En fråga om undantag? Fi.
10. Sverige under pandemin. Volym 1 Samhällets, företagens och enskildas ekonomi. Volym 2 Förutsättningar, vägval och utvärdering. S.
11. Handlingsplan för en långsiktig utveckling av tolktjänsten för döva, hörselskadade och personer med dövblindhet. S.
12. Startlån till förstagångsköpare av bostad. Fi.
13. Godstransporter på väg – vissa frågeställningar kring ett nytt miljöstyrande system. Fi.
14. Sänk tröskeln till en god bostad. Fi.
15. Sveriges globala klimatavtryck. M.
16. Ett förstärkt lagstöd för utlämnande av sekretesskyddade uppgifter till utlandet. Fö.
17. En modell för att mäta och belöna progression inom sfi. U.
18. EU:s förordning om terrorism-innehåll på internet – kompletteringar och ändringar i svensk rätt. Ju.
19. Utökade möjligheter att använda hemliga tvångsmedel. Ju.
20. Privatkopieringsersättningen i framtiden. Ju.
21. Rätt för klimatet. M.
22. Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram. S.
23. En oavvislig ersättningsrätt? Ju.
24. Materieförsörjningsstrategi. För vår gemensamma säkerhet. Fö.
25. Nya krav på betaltjänstleverantörer att lämna uppgifter. Fi.
26. Extraordinära smittskyddsåtgärder – en bedömning. S.
27. Begränsningar i möjligheterna för vissa aktörer att få tillstånd att bedriva öppenvårdsapotek. S.
28. Vår demokrati – värd att värna varje dag. Volym 1 och Volym 2, Antologin 100 år till. Ku.
29. Inkomstskatterapporter och några redovisningsfrågor. Ju.
30. Korttidsarbete under pandemin – en utvärdering av stödets betydelse. Fi.
31. Rätt och lätt – ett förbättrat regelverk för VAB. S.
32. Ko ihmisarvoa mitathiin. Tornion-laaksoalaisitten, kväänitten ja lantalaisitten eksklyteerinki ja assimileerinki Då människovärdet mättes. Exkludering och assimilering av tornedalningar, kväner och lantalaiset. Ku.
33. Om prövning och omprövning – en del av den gröna omställningen. M.

34. I mål – vägar vidare för att fler unga ska nå målen med sin gymnasieutbildning. U.
35. Tryggare i vårddyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska. U.
36. Arbetslivskriminalitet – en definition, en inledande bedömning av omfattningen, lärdomar från Norge. A.
37. Stärkt arbete med att bekämpa bidragsbrott. Administrativt sanktionssystem och effektivare hantering av misstänkta brott. S.
38. Alla tiders föräldraskap – ett stärkt skydd för barns familjeliv. Del 1 och 2. Ju.
39. Ett register för alla bostadsrätter. Fi.
40. God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. S.
41. Nästa steg. Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer. S.
42. Skydd för konsumenters kollektiva intressen – genomförande av EU:s grupptalan-direktiv. Fi.
43. Friska djur behöver inte antibiotika – bättre verkan genom internationell påverkan. N.
44. Kreativa Sverige! Nationell strategi för främjande av hållbar utveckling för företag i kulturella och kreativa branscher. Ku.
45. Steg framåt, med arbetsmiljön i fokus. A.
46. Co-Creation for Innovation. UD.
47. De regionala skyddsombudens roll i arbetsmiljöarbetet. Värdet av förebyggande arbete och allas rätt till en god arbetsmiljö. A.
48. Tullverkets rättsliga befogenheter i en ny tid. Fi.
49. Ändrade regler för vattenskotrar. M.
50. Bättre möjligheter att verkställa frihetsberövanden. Ju.
51. En ny statistik över hushållens tillgångar och skulder. Fi.
52. Utökade möjligheter att använda preventiva tvångsmedel. Ju.
53. Statens ansvar för skolan – ett besluts- och kunskapsunderlag. Volym 1 och 2. U.
54. Naloxon kan rädda liv – bedömningar av nuläget och nästa steg. S.

Statens offentliga utredningar 2022

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- Minska gapet. Åtgärder för minskade livsinkomster. [4]
- Arbetslivskriminalitet
– en definition, en inledande bedömning av omfattningen, lärdomar från Norge. [36]
- Steg framåt, med arbetsmiljön i fokus. [45]
- De regionala skyddsombudens roll i arbetsmiljöarbetet. Värdet av förebyggande arbete och allas rätt till en god arbetsmiljö. [47]

Finansdepartementet

- Rätt och rimligt för statligt anställda. [8]
- Avfallsbeskattning – En fråga om undantag? [9]
- Startlån till förstagångsköpare av bostad. [12]
- Godstransporter på väg – vissa frågeställningar kring ett nytt miljöstyrande system. [13]
- Sänk tröskeln till en god bostad. [14]
- Nya krav på betaltjänstleverantörer att lämna uppgifter. [25]
- Korttidsarbete under pandemin
– en utvärdering av stödets betydelse. [30]
- Ett register för alla bostadsrätter. [39]
- Skydd för konsumenters kollektiva intressen
– genomförande av EU:s grupptalandirektiv. [42]
- Tullverkets rättsliga befogenheter i en ny tid. [48]
- En ny statistik över hushållens tillgångar och skulder. [51]

Försvarsdepartementet

- Ett förstärkt lagstöd för utlämnande av sekretesskyddade uppgifter till utlandet [16]
- Materieförsörjningsstrategi. För vår gemensamma säkerhet. [24]

Justitiedepartementet

- Förbättrade åtgärder när barn misstänks för brott. [1]
- En skärpt syn på brott mot journalister och utövare av vissa samhällsnyttiga funktioner. [2]
- EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – kompletteringar och ändringar i svensk rätt. [18]
- Utökade möjligheter att använda hemliga tvångsmedel. [19]
- Privatkopieringsersättningen i framtiden. [20]
- En oavvislig ersättningsrätt? [23]
- Inkomstskatterapporter och några redovisningsfrågor. [29]
- Alla tiders föräldraskap – ett stärkt skydd för barns familjeliv. Del 1 och 2. [38]
- Bättre möjligheter att verkställa frihetsberövanden. [50]
- Utökade möjligheter att använda preventiva tvångsmedel. [52]

Kulturdepartementet

- Innehållsvillkor för public service på internet – och ordningen för beslut vid förhandsprövning. [5]
- Vår demokrati – värd att värna varje dag. Volym 1 och Volym 2, Antologin 100 år till. [28]
- Ko ihmisarvoa mitathiin. Tornionlaakso-laisitten, kväänitten ja lantalaisitten eksklyteerinki ja assimileerinki

Då människovärdet mättes.
Exkludering och assimilering av torne-
dalingar, kväner och lantalaiset. [32]
Kreativa Sverige! Nationell strategi för
främjande av hållbar utveckling i
kulturella och kreativa branscher. [44]

Miljödepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet
2022. Samhället, tekniken och etiken.
[7]
Sveriges globala klimatavtryck. [15]
Rätt för klimatet. [21]
Om prövning och omprövning
– en del av den gröna omställningen.
[33]
Ändrade regler för vattenskottrar. [49]

Näringsdepartementet

Friska djur behöver inte antibiotika
– bättre verkan genom internationell
påverkan [43]

Socialdepartementet

Sveriges tillgång till vaccin mot covid-19
– framgång genom samarbete och
helgardering. [3]
Hälso- och sjukvårdens beredskap
– struktur för ökad förmåga.
Del 1 och 2. [6]
Sverige under pandemin. Volym 1
Samhällets, företagens och enskildas
ekonomi. Volym 2 Förutsättningar,
vägval och utvärdering. [10]
Handlingsplan för en långsiktig utveckling
av tolktjänsten för döva, hörselskadade
och personer med dövblindhet. [11]
Vägen till ökad tillgänglighet
– delaktighet, tidiga insatser och inom
lagens ram. [22]
Extraordinära smittskyddsåtgärder – en
bedömning. [26]
Begränsningar i möjligheterna för vissa
aktörer att få tillstånd att bedriva
öppenvårdsapotek. [27]
Rätt och lätt
– ett förbättrat regelverk för VAB. [31]

Stärkt arbete med att bekämpa bidrags-
brott. Administrativt sanktionssystem
och effektivare hantering av
misstänkta brott. [37]

God tvångsvård – trygghet, säkerhet och
rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård
och rättspsykiatrisk vård. [40]

Nästa steg. Ökad kvalitet och jämlikhet
i vård och omsorg för äldre personer.
[41]

Naloxon kan rädda liv
– bedömningar av nuläget och nästa
steg. [54]

Utbildningsdepartementet

En modell för att mäta och belöna
progression inom sfi. [17]
I mål – vägar vidare för att fler unga ska
nå målen med sin gymnasieutbildning.
[34]

Tryggare i vårddyrket
– en översyn av vissa frågor inom
utbildning till sjuksköterska och
barnmorska. [35]

Statens ansvar för skolan
– ett besluts- och kunskapsunderlag.
Volym 1 och 2. [53]

Utrikesdepartementet

Co-Creation for Innovation. [46]