



Svenskt beroenderegister

# Årsrapport 2015



# Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Enhetsöversikt.....	4
”Motivation är en färskvara”, intervju med SBR:s brukarrepresentanter.....	7
Beroendediagnoser och substansanvändning i öppenvården.....	9
Indikatorer för uppföljning av resultat i öppenvården.....	11
Samsjuklighet i öppenvården.....	13
Förbättringsarbete på beroendeakutens observationsavdelning 7B i Stockholm.....	15
Behandling i öppenvården.....	16
Vårdplanering.....	19
Registreringar i SBR.....	20

# Inledning

Årets rapport från Svenskt beroenderegister (SBR) fokuserar på nya frågeställningar kring behandling och resultat.

SBR har samlat data från den svenska beroendevården sedan 2009. Anslutningen till SBR har fortsatt öka under 2015 och nått 181 enheter i jämförelse med 129 enheter under 2014. I juni 2015 lanserades en ny uppsättning frågor för SBR i samband med sammanslagningen med LAROS-registret. Frågorna mäter indikatorer som formulerats för att på bästa sätt reflektera erbjuden behandling och patienternas förbättring inom den svenska beroendevården. Arbetet med indikatorerna genomfördes i samarbete med representanter för olika delar av beroendevården i Sverige inklusive brukar- och professionsorganisationer. Indikatorerna utformades även i relation till de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Vissa indikatorer var helt nya och andra kan följas över tid från tidigare versioner av SBR och LAROS.

I denna årsrapport presenteras framförallt data som registrerats under 2015 (annat anges i aktuell figur). Vissa av indikatorerna som presenteras fördes in i SBR i och med den nya frågeuppsättningen i juni 2015 och beräkningarna baseras då bara på patienter som registrerats sedan dess. Den nya frågeuppsättningen omfattar delvis olika frågor för öppenvård och slutenvård vilket speglas i rapporten.

Detta är den första versionen av årsrapporten 2015 som framförallt omfattar resultat från öppenvården.

# Enhetsöversikt

Under 2015 var 181 enheter anslutna till SBR varav 122 enheter registrerade aktivt. Enheterna omfattar både öppen och sluten vård.

Tabell 1. Tabellen omfattar data från 2015 för enheter med fler än 20 registreringar. I slutenvården görs en registrering per patient per vårdtillfälle.

Region	Enhet	Vårdform	Tot.reg	Nyreg.	Uppf.	Avslut	Kvinnor (%)	Median ålder	Mest förekr. Beroende-diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)
Blekinge	Beroendeenhetens mottagning Karlskrona	Öppen	18	18			>20	>20	>20	>20
	Beroendeenhetens vårdavdelning Karlskrona	Sluten	16				>20	>20	>20	>20
Dalarna	Avdelning 65 Falun	Sluten	23				22	40,0	F11 (64)	26
	Psykiatrimottagning Malung	Öppen	3	2		1	>20	>20	>20	>20
Gävleborg	Beroendecentrum Gävle	Öppen	11	11			>20	>20	>20	>20
	Beroendecentrum Ljusdal	Öppen	5	5			>20	>20	>20	>20
	Beroendecentrum Västra Gästrikland Sandviken	Öppen	14	14			>20	>20	>20	>20
	Beroendecentrum Bollnäs	Öppen	2	2			>20	>20	>20	>20
	Beroendecentrum Söderhamn	Öppen	29	28	1		24	48,5	F10 (75)	29
Jämtland	Avdelning 1B beroende Östersund	Sluten	13				>20	>20	>20	>20
	Öppenvård beroende Östersund	Öppen	140	95	11	34	30	32,5	F19 (38)	45
Jönköping	Beroendemottagningen Jönköping	Öppen	26	26			19	42,0	F11 (38)	58
Kalmar	Beroendecentrum Kalmar	Öppen	29	29			38	36,0	F11 (70)	62
Kronoberg	Beroendemottagningen Växjö	Öppen	27	15		12	53	33,0	F10 (71)	53
Norrbotten	Missbruks- och beroendeavdelningen Luleå	Sluten	192				28	35,0	F19 (33)	54
	Psykiatrin Piteå	Sluten	1				>20	>20	>20	>20
	Psykiatrin Piteå	Öppen	12	12			>20	>20	>20	>20
	Psykiatrin Gällivare	Öppen	6	6			>20	>20	>20	>20
Skåne	Beroendecentrum DD-mottagning Malmö	Öppen	1	1			>20	>20	>20	>20
	Mottagning 3 Malmö	Öppen	29	23		6	26	33,0	F12/19 (30)	22
	Vuxenpsykiatrimott. beroende Triangeln Malmö	Öppen	11	11			>20	>20	>20	>20
	Vuxenpsykiatri kvinnoteam Malmö	Öppen	4	4			>20	>20	>20	>20
	Psykiatripartners Resurs AB, Södermott. Helsingborg	Öppen	3	3			>20	>20	>20	>20
	Solstenen i Skåne AB - Solstenen i Helsingborg	Öppen	18	18			>20	>20	>20	>20
	Solstenen i Skåne AB - Solstenen i Lund	Öppen	2	2			>20	>20	>20	>20
	Capio Psykiatri - Ystad	Öppen	7	7			>20	>20	>20	>20
	Capio Psykiatri - Capio Maria Landskrona	Öppen	20	18		2	22	37,5	F11 (95)	56
	Capio Psykiatri - Capio Maria Helsingborg	Öppen	39	38		1	37	35,5	F11 (93)	61
	LARO-mottagning Helsingborg	Öppen	14	14			>20	>20	>20	>20
	LARO-mottagning Bokgatan Malmö	Öppen	135	133		2	20	47,0	F11 (82)	28
	LARO-mottagning Drottninggatan Malmö	Öppen	54	53		1	22	37,0	F11 (61)	42
	LARO-mottagning Hasselgatan Malmö	Öppen	115	115			31	41,0	F11 (86)	32
	LARO-mottagning Kristianstad	Öppen	64	64			38	37,5	F11 (80)	36
	LARO-mottagning Trelleborg	Öppen	53	53			28	37,0	F11 (84)	23
LARO BeFem AB - LARO BeFem Malmö	Öppen	20	19	1		21	38,0	F11/13 (35)	16	
Stockholm	Capio Psykiatri -Capio Maria LARO	Öppen	87	86	1		29	44,0	F11 (68)	30
	Capio Psykiatri -C Maria Södermalmsmott. Sthlm	Öppen	54	46	8		36	52,0	F10 (66)	48
	Capio Psykiatri -C Maria Nackamott. Stockholm	Öppen	26	25	1		33	48,0	F10 (62)	28
	Capio Psykiatri -C Maria Värmdö Stockholm	Öppen	20	19	1		11	43,0	F10 (61)	32
	Capio Psykiatri -C Maria Neuropsyk Stockholm	Öppen	144	125	19		27	40,0	F19 (29)	77
	Capio Psykiatri -C Maria ÖV Beroende Stockholm	Öppen	848	692	156		37	44,0	F10 (56)	45

Region	Enhet	Vårdform	Tot.reg	Nyreg.	Uppf.	Avslut	Kvinnor (%)	Median ålder	Mest förekr. Beroendediagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)
Stockholm	Salem- Nykvarns beroendemottagning	Öppen	55	29	7	19	30	39,0	F10 (60)	6
	Team Sydväst Beroendemottagning Stockholm	Öppen	133	65	27	41	33	47,0	F10 (72)	29
	Lidingö beroendemottagning	Öppen	65	35	18	12	22	46,0	F10 (61)	27
	Ewa-mottagningen Stockholm	Öppen	38	25	8	5	100	47,0	F10 (100)	22
	Alkohol och Hälsa Nord	Öppen	138	87	22	29	41	49,5	F10 (99)	0
	ITOK Stockholm	Öppen	40	19	14	7	6	38,0	F11 (82)	5
	Haninge beroendemottagning	Öppen	59	23	20	16	24	48,0	F10 (76)	18
	Nynäshamn beroendemottagning	Öppen	33	10	13	10	23	35,0	F10 (59)	0
	Smärtteamet Syd	Öppen	297	154	78	65	29	56,0	F10 (59)	11
	Sollentuna beroendemottagning	Öppen	56	17	21	18	33	43,5	F10 (58)	34
	Vallentuna beroendemottagning Stockholm	Öppen	95	50	29	16	7	43,0	F10 (58)	53
	Åkersberga beroendemottagning Stockholm	Öppen	187	90	57	40	30	50,0	F10 (81)	14
	Upplands Väsby beroendemottagning	Öppen	59	13	17	29	20	46,0	F10 (64)	29
	Täby-Danderyd-Vaxholm beroendemottagning	Öppen	50	17	10	23	25	50,5	F10 (73)	12
	S:t Eriks teamet Stockholm	Öppen	19	8	10	1	>20	>20	>20	>20
	Rosenlundsmottagningen Stockholm	Öppen	157	79	76	2	29	43,5	F11 (85)	21
	Smärtteamet Nord Stockholm	Öppen	34	17	14	3	56	50,0	F11 (100)	20
	TUB-Mottagningen Stockholm	Öppen	152	84	37	31	52	45,0	F13 (47)	29
	Riddargatan 1 Stockholm	Öppen	344	193	91	60	38	54,0	F10 (99)	0,4
	Södertälje beroendemottagning	Öppen	102	41	26	35	40	43,0	F10 (64)	6
	Solna-Sundbybergs beroendemottagning	Öppen	54	24	16	14	29	48,5	F10 (93)	0
	TUB-Mottagning SYD	Öppen	5		3	2	>20	>20	>20	>20
	Alviks beroendemottagning	Öppen	27	15	5	7	33	52,0	F10 (85)	29
	ALL-teamet Spånga	Öppen	37	21	2	14	26	48,0	F10 (36)	10
	Rinkeby-Kistamottagningen	Öppen	10	5	3	2	>20	>20	>20	>20
	Östermalms beroendemottagning	Öppen	53	3	28	22	33	48,5	F10 (82)	10
	Magnus Huss-mottagningen	Öppen	41	27	5	9	30	52,0	F10 (77)	22
	Norra mottagningen	Öppen	9	7	1	1	>20	>20	>20	>20
	Beroendemott. Liljeholmsberget Stockholm	Öppen	387	163	97	127	31	45,0	F10 (63)	26
	Sigtuna beroendemottagning Märsta	Öppen	162	59	52	51	34	46,0	F10 (46)	57
	Hässelbymottagningen	Öppen	241	103	78	60	29	42,5	F10 (52)	31
	Huddinge beroende mottagning	Öppen	148	77	39	32	30	46,0	F10 (66)	23
	Rosenlunds mödravårdsteam Stockholm	Öppen	22	8	8	6	100	24,0	F10 (38)	38
Tyresö beroendemottagning	Öppen	219	90	60	69	35	47,0	F10 (65)	15	
St. Görans sjukhus avd 54 Stockholm	Sluten	286				24	55,0	F10 (84)		
St. Görans sjukhus avd 52 Stockholm	Sluten	2				>20	>20	>20	>20	
St. Görans sjukhus Observationsavd. 7B	Sluten	402				17	47,0	F10 (64)	13	
Södermanland	Psykiatriska mottagningen Strängnäs	Öppen	12	8		4	>20	>20	>20	>20
	Beroendeteamet Kullbergsska sjukhuset	Öppen	19	17		2	>20	>20	>20	>20
	Beroendemottagningen Nyköpings lasarett	Öppen	15	15			>20	>20	>20	>20
	PIVA Nyköpings lasarett	Sluten	133				20	49,0	F10 (57)	25
	Beroendecentrum Mälarsjukhuset Eskilstuna	Sluten	38				32	40,0	F11 (23)	50
Uppsala	LARO-mottagningen Uppsala	Öppen	83	81		2	26	41,0	F11 (72)	42
	Psykiatriavdelning 4 Uppsala	Sluten	94				24	48,5	F10 (68)	30
	Beroendemedicinska mottagningen Uppsala	Öppen	187	98	32	57	34	52,0	F10 (73)	54

Region	Enhet	Vårdform	Tot.reg	Nyreg.	Uppf.	Avslut	Kvinnor (%)	Median-ålder	Mest förekr. Beroende-diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)
Värmland	Psykiatriska Öppenvården Karlstad	Öppen	50	38	12		40	34,5	F19 (75)	84
	Beroendecentrum Vårdavdelning 47 Karlstad	Sluten	50				22	40,5	F19 (56)	28
	Psykiatrisk öppenvård Kristinehamn	Öppen	2	2			>20	>20	>20	>20
	LARO mottagningen Karlstad	Öppen	33	32		1	19	44,5	F11 (97)	53
Västerbotten	Beroendepsykiatrisk mottagning Umeå	Öppen	5	5			>20	>20	>20	>20
	Psykiatrisk klinik Skellefteå och Södra Lappland	Öppen	14	2	3	9	>20	>20	>20	>20
	Psykiatrisk klinik Skellefteå och Södra Lappland	Sluten	4				>20	>20	>20	>20
Västernorrland	Beroendemottagningen Sundsvall	Öppen	6	6			>20	>20	>20	>20
	Beroendemottagningen Sundsvall	Sluten	1				>20	>20	>20	>20
Västmanland	Avd 91 Västerås	Sluten	225				23	42,0	F10 (26)	32
	Beroendecentrum Västmanland	Öppen	28	28			21	35,0	F11 (93)	14
Västra Götaland	Regional behandlingsenhet Göteborg	Öppen	57	44	11	2	32	37,0	F11 (83)	27
	Järntorgsteamet Göteborg	Öppen	1	1			>20	>20	>20	>20
	Brofästet samverkansteam	Öppen	2	2			>20	>20	>20	>20
	Beroendemottagning Kviberg Göteborg	Öppen	33	19	2	12	5	31,5	F19 (36)	91
	Beroendemottagning Hisingen Göteborg	Öppen	24	23		1	42	30,0	F19 (29)	70
	Beroendemottagning Kvinnor Göteborg	Öppen	43	24	14	5	100	43,0	F10 (48)	90
	Substitutionsmottagning Centrum Göteborg	Öppen	54	46	2	6	6	39,0	F11 (90)	30
	Substitutionsmottagning Östra Sjukhuset Göteborg	Öppen	37	33	4		5	37,0	F11 (75)	30
	Substitutionsmottagning Järntorget Göteborg	Öppen	90	56	34		97	36,5	F11 (78)	61
	Avdelning 364 Göteborg	Sluten	120				34	41,0	F10 (58)	85
	Avdelning 367 Göteborg	Sluten	27				44	51,0	F10 (45)	63
	Avdelning 368 Göteborg	Sluten	68				41	31,5	F19 (22)	63
	Avdelning Nordhem Göteborg	Sluten	148				22	54,0	F10 (94)	8
	Beroendeenheten Falköping	Sluten	188				19	48,5	F10 (56)	20
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Falköping	Öppen	2	2			>20	>20	>20	>20
	LARO-mottagning Borås	Öppen	65	63		2	26	37,0	F11 (100)	40
	Vuxenpsykiatrisk beroendemottagning Borås	Öppen	231	201	30		30	37,5	F19 (54)	78
	Vuxenpsykiatriska Öppenvårdsmott. Vänersborg	Öppen	2	2			>20	>20	>20	>20
	Vuxenpsykiatriska Öppenvårdsmott. Mark Skene	Öppen	14	14			>20	>20	>20	>20
	Örebro	Psykiatrisk avdelning Beroendecentrum Örebro	Sluten	467				27	49,0	F10 (59)
Neuropsykiatrisk mott. Beroendecentrum Örebro		Öppen	57	57			16	36,0	F19 (47%)	72
Beroendecentrum Allmänmottagning Örebro		Öppen	17	17			>20	>20	>20	>20
Kajsamottagning Beroendecentrum Örebro		Öppen	27	20	1	6	100	50,0	F10 (100)	38
Ungdomsmottagning Beroendecentrum Örebro		Öppen	12	12			>20	>20	>20	>20
Östergötland	Opiatmottagningen Örebro	Öppen	77	74		3	28	38,0	F11 (93)	43
	Psykiatri och habiliteringsenheten Motala	Öppen	58	48	6	4	28	43,0	F10 (43)	60
	S:t Larsmottagningen Linköping	Öppen	202	155	46	1	40	49,0	F10 (48)	36
	Avdelning 34 Linköping	Sluten	85				15	52,0	F10 (58)	33
	Avdelning 28 Norrköping	Sluten	23				22	47,5	Obsv.	9

# ”Motivation är en färskvara”

Inger Forsgren och Håkan Blom från SBR:s styrgrupp ger sin bild av en jämlik beroendevård av hög kvalitet.

Inom ett land ska hälso- och sjukvården vara tillgänglig för alla, särskilt för speciellt utsatta och marginaliserade grupper i samhället. Detta finns skrivet i artikel 12 i FN-konventionen om de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheterna.

**Inger Forsgren är ordförande för RFHL och Håkan Blom är aktiv i Länkens kamratförbund. De är båda medlemmar i SBR:s styrgrupp dit de tar med sig patienternas perspektiv och sina långa erfarenheter av arbete med utveckling av den svenska beroendevården. Här besvarar de frågor om hur de ser en beroendevård av hög kvalitet som når ut till patienter med beroende och skadligt bruk.**

## Vad innebär en jämlik vård för dig?

**Håkan:** ”Oavsett var man bor i landet ska man ha tillgång till bästa evidensbaserade insatser, både när det gäller vård (sjukvården) och stöd (socialtjänsten). Men det handlar också om jämlik vård utifrån vem man är, man eller kvinna, ung eller gammal och vilket missbruk man har.”



## Varför engagerar du sig i SBR?

**Håkan:** ”Om vi inte vet vilka metoder vi använder och vilket resultat dessa ger så blir det svårt att veta vilka förändringar och förbättringar man behöver göra. Förhoppningsvis använder vårdgivare registret för att jämföra sig med andra och hitta förbättringar.”

**Inger:** ”SBR behövs för att visa upp resultat ur vården och de resultaten behöver komma brukarorganisationerna till godo. De kan ligga till grund för diskussioner mellan vården och organisationerna i arbetet för en förbättrad vård. Man behöver också utveckla registret så det även lyfter fram patienternas upplevelser av bemötande och attityder ute i verksamheterna, den utvecklingen tror jag att jag kan vara med att driva.”

## Vilka är de viktigaste resultaten av vården?

**Håkan:** ”Att patienten känner att drogfriheten är ett bättre alternativ! Det är snarare regel än undantag att missbrukaren inte går raka vägen till ett drogfritt liv. Det är viktigt att personalen vet detta och inte bestraffar brukare vid återfall.”

## Vad behöver beroendevården arbeta mer med för att uppnå det?

**Håkan:** ”Det finns två begrepp som är viktiga: tillgänglighet och bemötande. Hur länge får man vänta från det att man sökt hjälp tills insatserna är på plats? Motivation är en färskvara! Att skapa ett förtroende är mycket viktigt. Har jag förtroende för den personal jag möter skapar det givetvis bättre motivation att ta emot de insatser som erbjuds och i slutändan blir resultatet bättre.”



insatser som erbjuds och i slutändan blir resultatet bättre.”

**Inger:** ”Det finns goda exempel på hur man kan bemöta patienter och hitta lösningar som hjälper patienterna i behandlingen trots att de kanske brutit en överenskommelse eller liknande. Det speglar en attityd och syn på patienten och det är viktigt att de exemplen lyfts upp och sprids.”

## Var ser ni de största möjligheterna till förbättring i beroendevården?

**Håkan:** ”Förutom jämlikhetsperspektivet, som jag berört tidigare, handlar det om samverkan. Sjukvården och socialtjänsten måste få till ett samarbete kring planering av insatser (SIP) och kostnadsansvar. Brukaren får inte hamna mellan stolarna när två eller flera aktörer inte kan komma överens om vilka insatser som är bäst och vem som ska bekosta vad. Missbruk och psykiatri är lite unikt i förhållande till de flesta somatiska sjukdomarna eftersom insatser ofta måste till från både sjukvården och socialtjänsten. Samarbetet mellan dessa måste fungera och givetvis ska brukaren vara delaktig i processen. Kanske behövs det vi kallar integrerade mot-

tagningar. Här samlar man resurserna på ett och samma ställe så brukaren inte behöver bollas mellan olika instanser.”

**Inger:** ”Jag tycker det är viktigt att belysa synen på patienterna hos såväl personal, anhöriga och patienterna själva. Man vill inte prata om beroende som annan psykisk sjukdom och jag tror det beror på att personer med beroende ses som skurkar. Man blir ju kriminell för att man använder substanser som är illegala men oftast är man ju inte det innan dess. I vissa fall leder ju också själva sjukdomen till att man gör saker som är olagliga för att få tag på drogerna.”

### **Hur ser era erfarenheter av patientmedverkan i beroendevården ut?**

**Håkan:** ”De som jobbar direkt mot brukarna har en vilja och önskan att få till brukarmedverkan. Ofta stupar det på avsaknad av tid och resurser och att man är styrd av rutiner som inte uppmuntrar brukarmedverkan. Chefer och politiker måste skicka signalen ner i organisationen att det är viktigt. På verksamhets- och systemnivå ska ett organiserat samarbete finnas med brukarorganisationer genom brukarråd. På individnivå handlar det mycket om fastställda rutiner och arbetssätt för personalen, där man slår fast brukarens medverkan.”

**SKL har publicerat en skrift om brukarmedverkan där de skriver: ”Förhållningssättet mellan den professionelle och patienten/brukaren, både på individnivå och på verksamhetsnivå, vilar idag i alltför stor utsträckning på en obalans i maktförhållande och på sina håll en föråldrad kultur där de professionella är auktoriteter som ska ”lösa individens situation”. Synen på den enskilde har präglats av att denne är en ”mottagare” av välfärdstjänsten som inte kan eller får påverka sin egen process, eller hur verksamheten bedrivs.”**<sup>1</sup>

**Håkan:** ”Slutresultatet blir givetvis bättre om brukaren känner att man är delaktig i och positiv till de insatser som ska genomföras. Den eventuellt längre tid processen tar har man igen i slutändan.” säger Håkan.

**I sin vägledning om brukarinflytande ”Att ge ordet och lämna plats” skriver Socialstyrelsen ”Personer som sökt hjälp hos socialtjänsten och hälso- och sjukvården framhåller ofta att det är**

**två frågor som är viktiga att få möjlighet att besvara: vad har fört dig hit, och vad vill du ha hjälp med?”.**

### **Vad jobbar du för att SBR ska fokusera mer på?**

**Håkan:** ”Att hitta ett sätt att mäta om brukaren känner att det är meningsfullt att förändra sitt liv, det är ett arbete som SBR har att göra. Självklart ska det vara brukaren själv som svarar på det. Jag skulle även önska att socialtjänstens insatser och samarbetet sjukvård-socialtjänst fanns med i registret.”

**Inger:** ”SBR behöver hitta ett sätt att registrera patientrapporterade mått så de kan lyftas fram och jämföras nationellt. Patienterna vill berätta om sina upplevelser och erfarenheter och behöver strukturerade möjligheter för det. Små förändringar kan vara viktiga för patienterna och det är viktigt för vården att få den återkopplingen.”

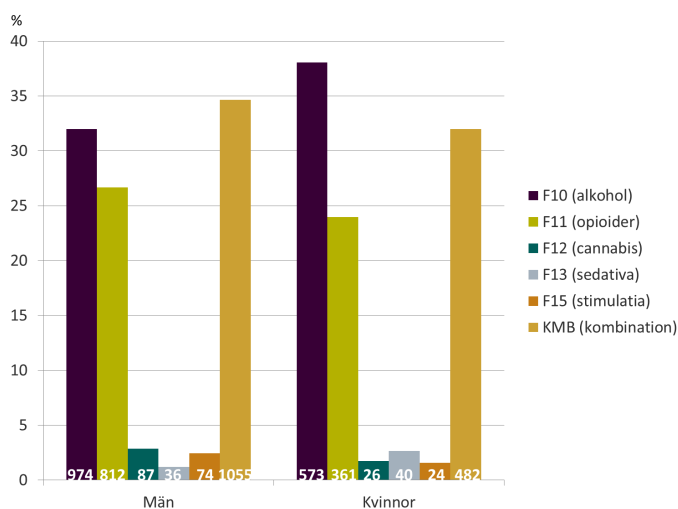
1. Patient- och brukarmedverkan, Positionspapper – för ökad kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvård och socialtjänst, SKL



# Beroendediagnoser och substansanvändning i öppenvården

I SBR registreras patienternas beroendediagnoser samt vilka substanser patienterna använt de senaste 30 dagarna. Med hjälp av dessa uppgifter kan man följa vilka substanser som är vanligast bland patienterna i beroendevården samt särskilja olika grupper av patienter och följa upp dem var för sig.

## Beroendediagnoser

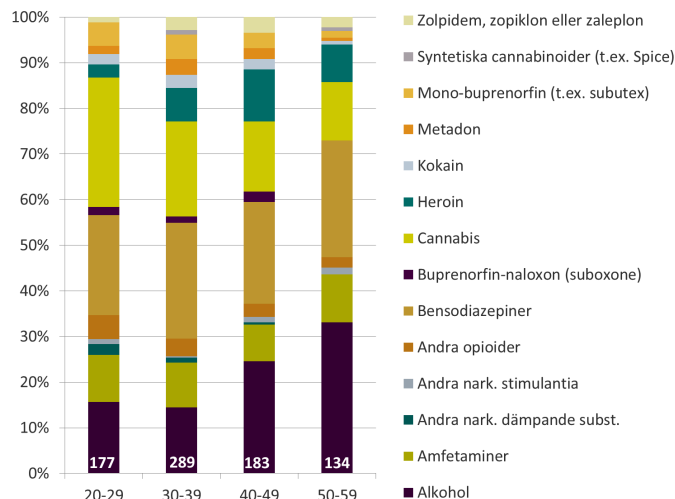


**Figur 1. Andel patienter per diagnosgrupp**

Varje patient förekommer endast en gång i figuren. Patienter som har diagnoser kopplade till fler än en substans eller diagnos F19 återfinns i kombinationsstapeln (KMB). Antal patienter per kön och diagnos noterat längst ned i staplarna.

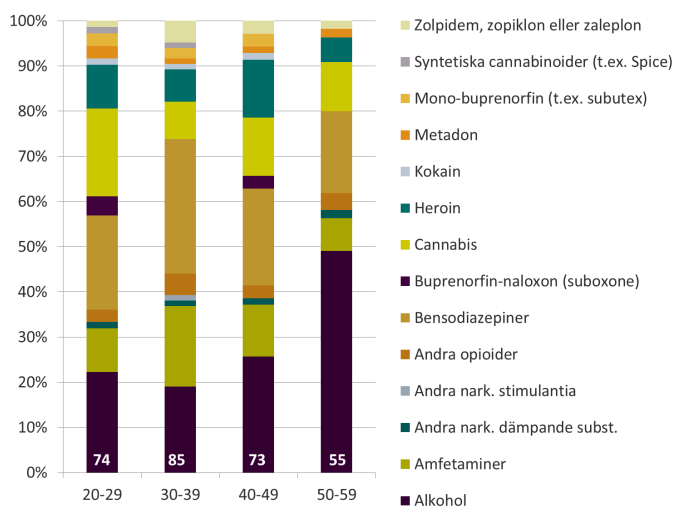
Diagnoser relaterade till alkohol är vanligast bland patienter i öppenvård som registrerats i SBR, framförallt bland kvinnor (38%) men även bland män (32%). För båda grupperna är patienter med diagnoser kopplade till opioider den andra mest förekommande gruppen (män 27% och kvinnor 24%). Detta är rimligtvis en spegling av det stora antal LARO-enheter som registrerar i SBR snarare än en indikation på substansernas utbredning. Vid sidan av dessa grupper har en stor andel patienter en kombinationsdiagnos (F19) eller diagnoser kopplade till olika substanser. Bland männen är den grupp patienter som använder flera substanser den största gruppen (35%) och bland kvinnor utgör dessa patienter den största gruppen efter alkohol (32%).

## Substansanvändning



**Figur 2. Andel patienter per använd substans, män.**

Använd substans de senaste 30 dagarna bland män uppdelat på ålder. Patientens senaste registrering har använts. Antal patienter per åldersgrupp noterat i stapeln.

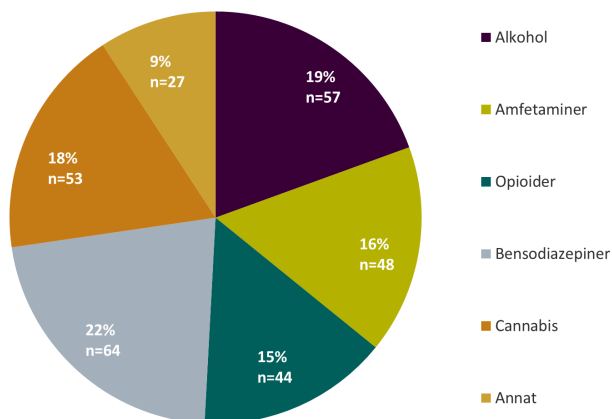


**Figur 3. Andel patienter per använd substans, kvinnor.**

Använd substans de senaste 30 dagarna bland kvinnor uppdelat på ålder. Patientens senaste registrering har använts. Antal patienter per åldersgrupp noterat i stapeln.

Prevalensen av olika substanser varierar mellan åldersgrupperna hos såväl män som kvinnor i SBR. Bland patienter i öppenvården mellan 50-59 år står alkohol för en betydligt större del av de substanser patienterna uppgett att de använt de senaste 30 dagarna än bland yngre. Bland kvinnorna i den åldersgruppen utgör alkohol nästan 50% av använda substanser.

I båda grupperna är bensodiazepiner den andra mest använda substansen. Bland män mellan 20-29 använder en stor andel patienter cannabis. Nästan 20% av kvinnorna i åldrarna 30-39 år har använt amfetamin.



**Figur 4. Substanser använda bland patienter med diagnos F19**

Substanser som använts de senaste 30 dagarna bland patienter med diagnos F19 vid patientens senaste registrering.

Andelen patienter med diagnos F19, vilken omfattar patienter som använt flera droger i kombination, är 15% bland männen och 12% bland kvinnorna. Bland de patienter som har diagnos F19 är fördelningen av vilka substanser som använts de senaste 30 dagarna relativt jämn med främst bensodiazepiner (22%), alkohol (19%) och cannabis (18%).

# Indikatorer för uppföljning av resultat i öppenvården

I arbetet med de nya indikatorerna för SBR lades ett stort engagemang på att öka möjligheterna att mäta resultat i beroendevårdens öppenvård. Arbetet resulterade framförallt i indikatorer kopplade till användningen av substanser.

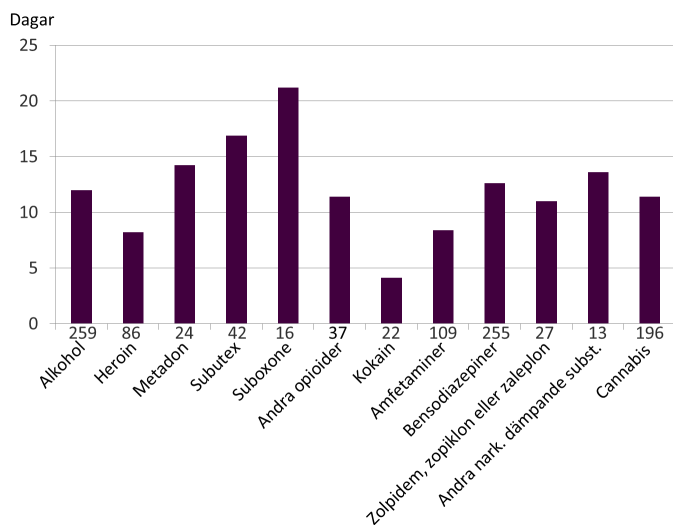
## Resultatindikatorer

- Andel patienter som minskat sitt substansbruk.
- Andel patienter som minskat antalet dagar med kraftig substanspåverkan.
- Andel patienter som ökat antalet substansfria månader.
- Andel patienter som minskat sitt riskbruk av alkohol.
- Andel patienter som ökat sitt skattade hälsotillstånd i EQ5D.

Dessa indikatorer bygger på att uppföljningsregistreringar görs för en stor andel patienter och att de aktuella frågorna besvaras. Under 2015 uppfylldes inte dessa kriterier varför endast värden vid nyregistrering kan presenteras i denna rapport.

Frågorna utgår ifrån de substanser som patienten uppgett sig ha använt de senaste 30 dagarna vid registrering.

## Substansbruk

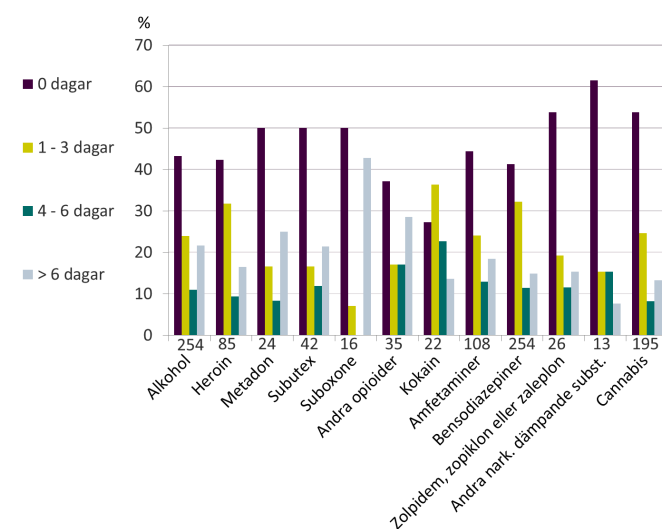


**Figur 5. Antal dagar av användning**

Medelantalet dagar av användning de senaste 30 dagarna vid nyregistrering per använd substans. Patienter kan, om de använt flera substanser de senaste 30 dagarna, bidra till dagar i olika staplar. Antal patienter per substanstyp anges under stapeln.

De substanser som angetts som mest använda per månad bland patienterna i SBR är suboxone, metadon och andra opioider. Det är substanser som används vid läkemedelsassisterad behandling av opioidberoende. En förklaring till detta skulle kunna vara en otydlighet i frågan då användning av dessa substanser inom behandlingsprogram inte ska registreras så till vida patienten inte överskridit ordinationen.

## Kraftig substanspåverkan

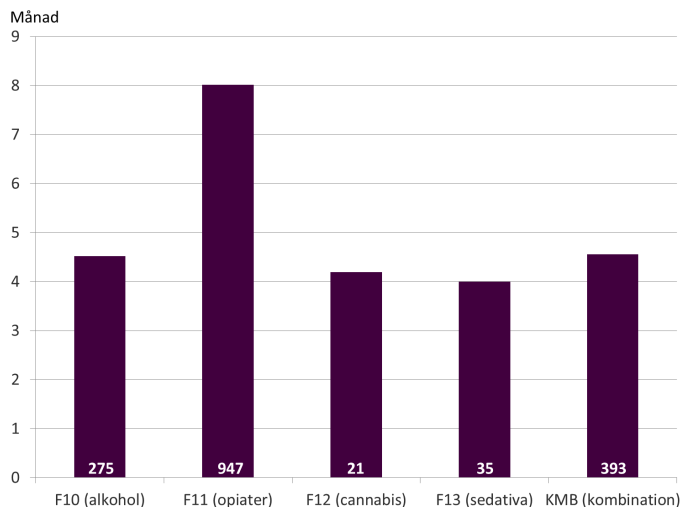


**Figur 6. Antal dagar med kraftig substanspåverkan**

Uppgivna antal dagar med kraftig substanspåverkan de senaste 30 dagarna per angiven substans vid nyregistrering. Med kraftig substanspåverkan avses att patienten på grund av substansintag varit ur stånd att ta vård om sig själv. Vid läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende utgör kraftig substanspåverkan indikation för att avstå utdelning av läkemedel. Antal patienter per substanstyp anges under stapeln.

Den största andelen patienter har redan vid nyregistrering haft noll dagar av kraftig substanspåverkan den senaste månaden. Patienter som använder andra opioider än heroin har flest dagar av kraftig substanspåverkan.

## Substansfria månader

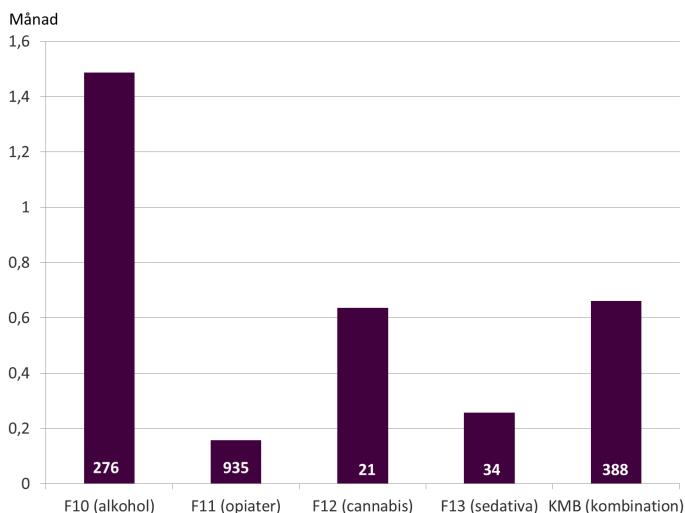


Figur 7. Medelantal substansfria månader

Medelantalet substansfria månader de senaste 12 månaderna per beroendediagnos vid nyregistrering. Antal patienter per diagnos noterat i stapeln.

En annan av indikatorerna som kan vara till stöd i att mäta resultat av beroendevården är antalet substansfria månader det senaste året. Då det ännu inte finns ett tillräckligt antal uppföljningsregistreringar i SBR för att titta på detta beskrivs även här hur det ser ut vid nyregistrering. I motsats till vad de ovan presenterade indikatorerna indikerar har patienter med diagnoser kopplade till opioider högst antal substansfria månader. Detta skulle kunna spegla att nyregistrering i det nya registret (efter sammanslagningen med LAROS) gjorts för patienter som inte är nya utan varit i vård en längre tid. Frågan är också besvarad för ett större antal patienter med opioiddiagnos än med exempelvis alkoholdiagnos vilka egentligen är fler.

## Riskbruk av alkohol



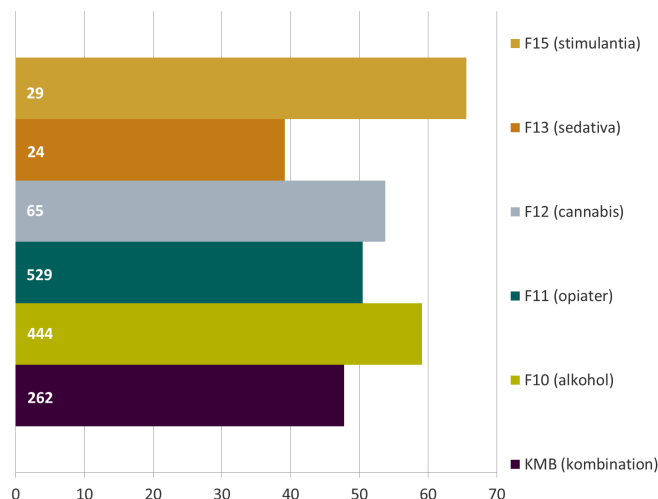
Figur 8. Antal månader med riskbruk av alkohol

Medelantalet månader med riskbruk av alkohol de senaste 12 månaderna per diagnosgrupp vid nyregistrering. Antal patienter per diagnos noterat i stapeln.

Medelantalet månader med riskbruk av alkohol bland patienterna är väldigt lågt enligt registreringarna. Även för patienter med diagnos knuten till alkohol är medelantalet månader med riskbruk bara 1,5.

## EQ-5D

Ett annat sätt som SBR använder sig av för att försöka mäta resultat i öppenvården är instrumentet för hälsoutfall, EQ-5D, där patienterna själva skattar sin hälsa under vårdtiden. Instrumentet omfattar frågor om rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet och en skala på 1 – 100 där patienten får markera sitt hälsotillstånd. 100 är patientens bästa möjliga hälsotillstånd och 0 det sämsta.



Figur 9. Hälsotillstånd per diagnos

Medelvärdet av patienters skattade hälsotillstånd (0-100) i EQ-5D vid nyregistrering uppdelat på diagnos. Antal patienter per diagnos noterat i stapeln. EQ-5D fanns även i den gamla frågeuppsättningen så resultat omfattar registreringar för hela 2015.

SBR har använt sig av den skala över *nuvarande hälsotillstånd* mellan 0-100 som finns i EQ-5D för att titta på skillnader mellan grupper och framöver även förbättring över tid.

Patienter med diagnos kopplad till sedativa substanser skattar sitt hälsotillstånd lägst och patienter som använder stimulans har i snitt skattat sin hälsa över 60 vilket brukar anses vara inom normalen.

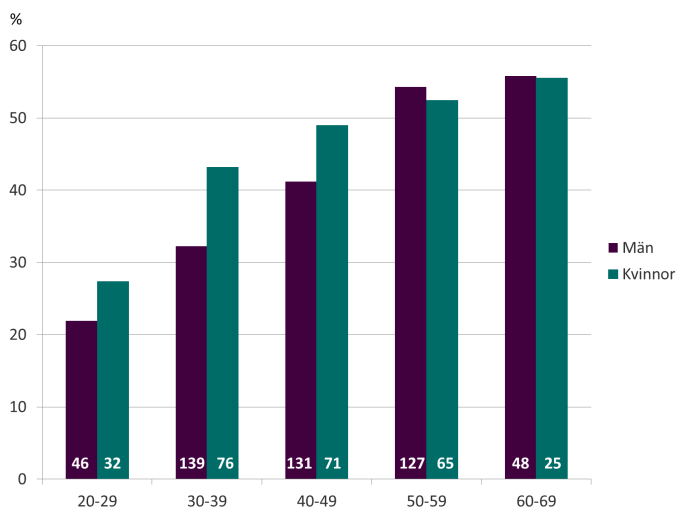
För 50 stycken patienter i öppenvården har resultat i EQ-5D registrerats vid både nyregistrering och uppföljning. Av dessa har 62% skattat sitt hälsotillstånd bättre vid uppföljningen, 22% har skattat det sämre och 8% lika.

# Samsjuklighet i öppenvården

Både somatisk- och psykiatrisk samsjuklighet är överrepresenterad bland patienter med substansberoende i SBR.

## Somatisk sjuklighet

Somatisk samsjuklighet har visat sig vara underbehandlad bland personer med psykiatrisk sjuklighet. För att uppnå en jämlikhet i tillgång till somatisk vård behöver även den psykiatriska vården uppmärksamma somatisk sjuklighet och remittera patienterna vidare.

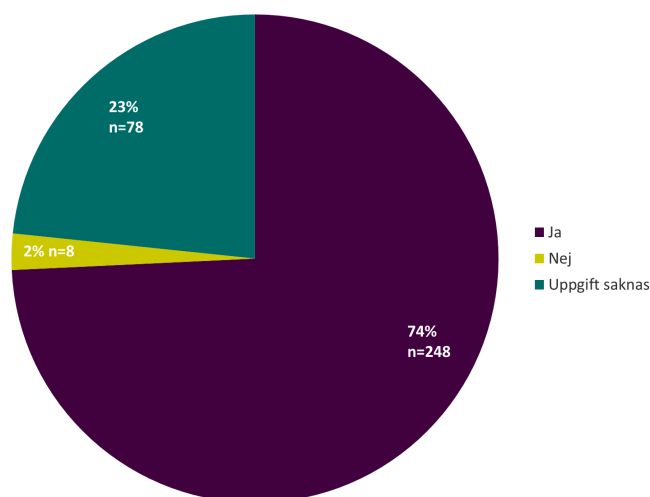


Figur 10. Andel patienter i SBR som har någon somatisk samsjuklighet. Antal patienter noterat i staplarna.

Den somatiska samsjukligheten ökar med stigande ålder. I den yngre populationen är det vanligare bland kvinnor att ha någon somatisk sjuklighet.

## Smittskydd

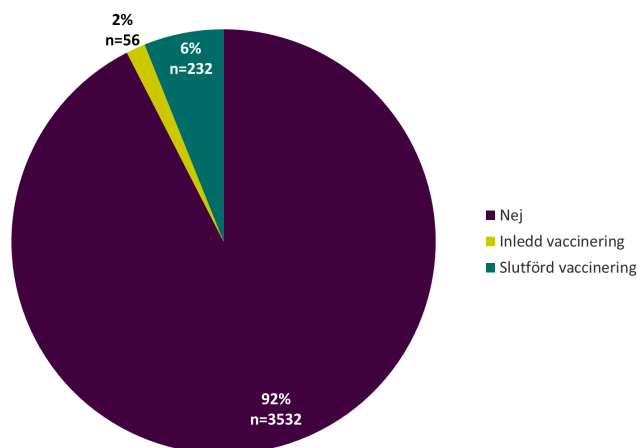
För att motverka spridning av blodsmitta bland patienter som injicerar behöver beroendevården ta ett ansvar i att ta prover på patienterna för blodsmitta och vaccinera mot hepatit B.



Figur 11. Provtagning för blodsmitta

Andel av de patienter i öppenvården som injicerat det senaste året som provtagits för HIV, Hepatit B och C. Resultatet baseras på patientens senaste registrering.

Provtagning för blodsmitta bör göras var 6:e månad. I SBR används detta som en kvalitetsindikator för aktivt smittskyddsarbete.



Figur 12. Andel av de patienter som någon gång injicerat droger som vaccinerats mot hepatit B i öppenvården.

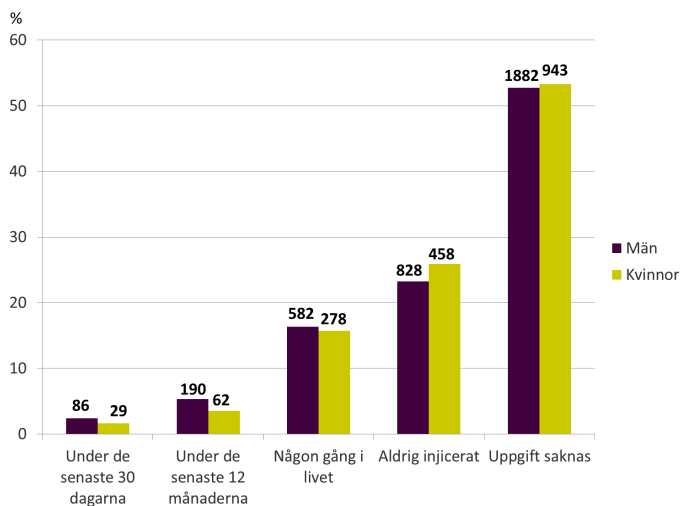
Patienter som injicerar narkotika bör erbjudas vaccin mot hepatit-B vilket omfattar tre doser. Bland de pati-

enter som registrerats i SBR och injicerat någon gång i livet hade vaccination mot Hepatit B inletts för 8% av vilka 6% hade fått alla tre doser.

### Injiceringshistorik

Bland personer som använder heroin och amfetamin är injicering mest förekommande men under senare åren har det blivit vanligare att injicera även andra substanser.

I SBR registreras om patienterna injicerat någon gång i livet och när de gjorde det senast.



Figur 13. Injiceringshistorik bland patienter i öppenvården uppdelat på tid sedan injicering samt kön. Antal patienter noterat i stapeln.

Bland patienterna i SBR uppges 8% av männen och 5% av kvinnorna ha injicerat det senaste året. Frågan har dock inte besvarats för en stor andel patienter.

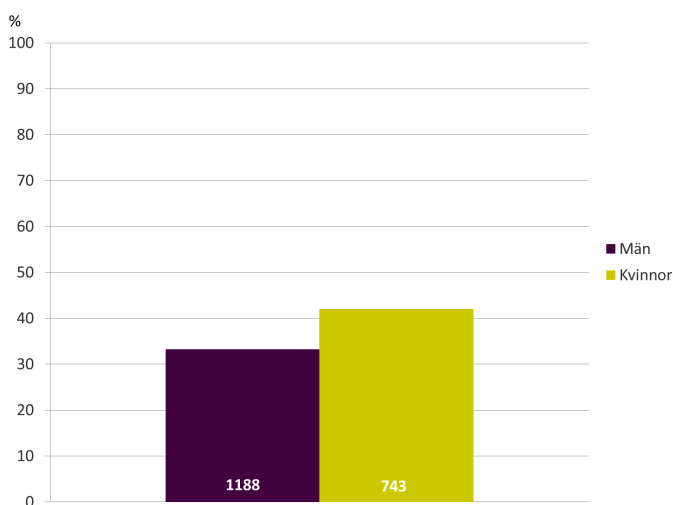
## Psykiatrisk samsjuklighet

Bland patienter med beroendediagnos finns även en förhöjd förekomst av annan psykisk sjukdom.

Studier visar att risken är 3–9 gånger högre att lida av någon annan psykisk sjukdom för den här patientgruppen. Omvänt är skadligt bruk och beroende vanligare bland patienter med psykisk ohälsa än i befolkningen i övrigt. Om det är den psykiska sjukligheten som är ursprunget till beroendesjukdomen eller tvärtom kan vara svårt att avgöra och kanske kommer de ur en gemensam bakomliggande risk.

Samsjuklighet är associerat med en signifikant ökad risk för svårare och allvarigare förlopp vad gäller framförallt ångestsjukdomar och depression. Även följsamhet till behandling och behandlingsresultat är ofta mindre framgångsrik.

För att tillgodose dessa patienters behov är det viktigt att sjukvården diagnosticerar samsjuklighet och erbjuder en samordnad vård. Evidens pekar på att båda tillstånden bör behandlas samtidigt.



Figur 14. Andel patienter med annan psykisk sjuklighet vid sidan om beroendediagnos. Antal patienter noterat i stapeln.

36,2 % av öppenvårdspatienter registrerade i SBR har en psykiatrisk samsjuklighet. Bland män har 33,3% en annan psykisk sjukdom vid sidan om sitt beroende och bland kvinnorna är det 42%.

# Förbättringsarbete på beroendeakutens observationsavdelning 7B i Stockholm

**På beroendeakutens observationsavdelning har man etablerat en process för förbättringsarbete som leder till kontinuerliga förbättringar och motivation bland personalen. ”Vår förbättringsgrupp har funnits ett bra tag nu och målet för gruppen är att förbättra miljön både för patienterna och personalen” berättar Per Gustafsson, sjuksköterska på avdelning 7B.**



Avdelningen är en del av beroendeakuten i Stockholm som också omfattar akutintaget och avdelning 7A där man främst behandlar patienter med delirium tremens och psykosor. Till avdelning 7B kommer de patienter som inte är så dåliga att de hamnar på 7A men inte heller kan skickas hem eller vidare i vården. Vanligtvis behandlas fler patienter än de nio som platserna på avdelningen är avsedda för och den genomsnittliga behandlingstiden är runt sex timmar. Varje månad har man 1200-1600 besök varav 10-15 % av besöken är behandling inom lagen för psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Förbättringsgruppen på avdelning 7B träffas varannan vecka och en chef är alltid med. Personalen skickar in förslag på förbättringar och gruppen diskuterar vilka förslag som bör tas vidare. ”Den person som lagt in förslaget får leda arbetet med det. Personalen motiveras av att se snabba förbättringar och av att driva igenom sina förslag” säger Per. De förbättringar som gjorts har handlat om allt från olika typer av rutinändringar till att på ett bättre och tydligare sätt stötta patienterna i att ta hand om sin hygien. ”Det kommer in så många bra förslag. När en i personalen föreslog förändringar som skulle förbättra miljön i väntrummet så sa jag att han

fick utrymme att fixa det och det blev så väldigt mycket bättre” säger enhetschef Indira Ulcinjak.

Under 2015 och 2016 har avdelningen deltagit i ett projekt som drivs av registercentrumet QRC i Stockholm med syfte att driva förbättringsarbeten som tar avstamp ur data från kvalitetsregister. Då avdelningen inte tidigare registrerat i SBR blev det deras första mål. En fråga de var intresserade utav att titta på var hur stor andel av deras patienter som hade berörda minderåriga och i vilken grad de gjorde anmälningar till socialtjänsten för dessa (SOL-anmälan). I den återkoppling de fick ur SBR reagerade de på att färre patienter än de trott hade barn i sin närhet. Vid närmare kontroll såg de att den största andelen av deras patienter är män i åldrarna runt 25 och 55 vilket kan vara en förklaring till det låga antalet berörda barn. De såg också att en relativt låg andel patienter hade kontakt med öppenvården vid utskrivning. Akutavdelningarna ska erbjuda patienterna hjälp att boka besök på en öppenvårdsmottagning för uppföljning med motiverande samtal, provtagning och kontakt med socialtjänst. ”Tanken är att minska återfallen och när de varit hos oss är de ofta motiverade så då är det viktigt att slussa dem vidare i vårdkedjan” säger Per. Patienterna får själva välja vilken mottagning de vill gå till. En ökning av andelen patienter som informeras om möjligheterna till besök i öppenvården blev ännu ett förbättringsområde.

Arbetet i förbättringsgruppen med dessa frågor ledde till stärkta rutiner. En checklista har tagits fram som personalen kan gå igenom vid utskrivning för att inte SOL-anmälningar eller kontakt med öppenvården glöms bort eller faller mellan stolarna. ”Checklistan löste också problemet med att patienter ibland lämnade avdelningen med bortglömda PVK i armen” säger Indira. Personalen på avdelningen införde också ett system med markeringar på patienttavlan för de patienter som har berörda barn och en karta över de öppenvårdsmottagningar som finns så att personalen lättare kan hjälpa patienterna hitta en mottagning som de kan tänka sig att besöka.

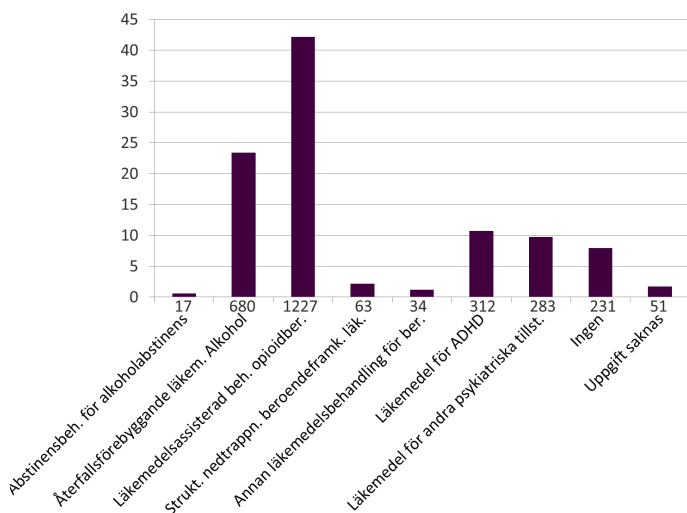
Indira och Per framhåller vikten av det stöd de fått av Stockholmspsykiatrins vårdutvecklare som peppat och stöttat dem i arbetet med kontinuerligt förbättringsarbete.

”Det är fantastiskt roligt att jobba på det här sättet eftersom det leder till så många förbättringar. Ofta krävs inte så mycket för en stor förbättring” berättar Indira.

# Behandling i öppenvården

I öppenvården kan patienter erhålla både läkemedelsbehandling och psykosocial behandling. I vilken utsträckning de erbjuds detta varierar över landet.

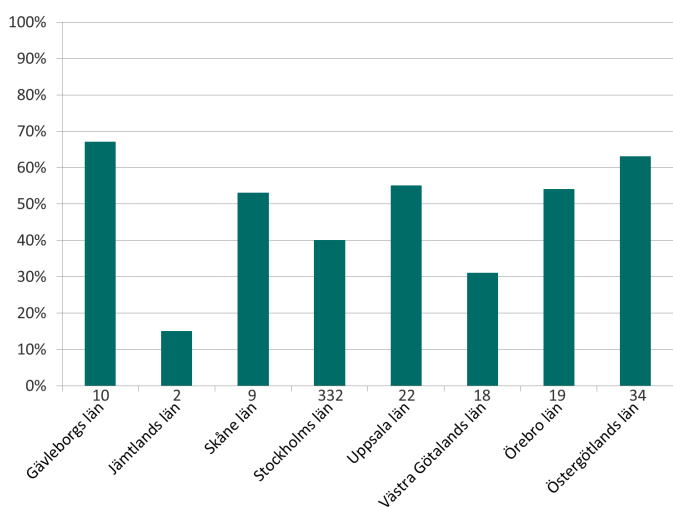
## Läkemedelsbehandling



**Figur 15. Pågående läkemedelsbehandling.**

Andel patienter per typ av läkemedelsbehandling utav de som behandlats med läkemedel. Nämnaren anges under staplarna. Antalet patienter som erhållit förebyggande behandling för Wernicke-Korsakoff och abstinensbehandling för andra substanser var färre än 10 och utelämnades därför ur figuren.

Bland de öppenvårdspatienter som behandlats med läkemedel har de flesta behandlats med läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende (42%) och återfallsförebyggande läkemedel för alkoholberoende (23%). Runt 20% av patienterna som behandlats med läkemedel har behandlats för annan psykiatrisk sjuklighet varav 11% var för ADHD.

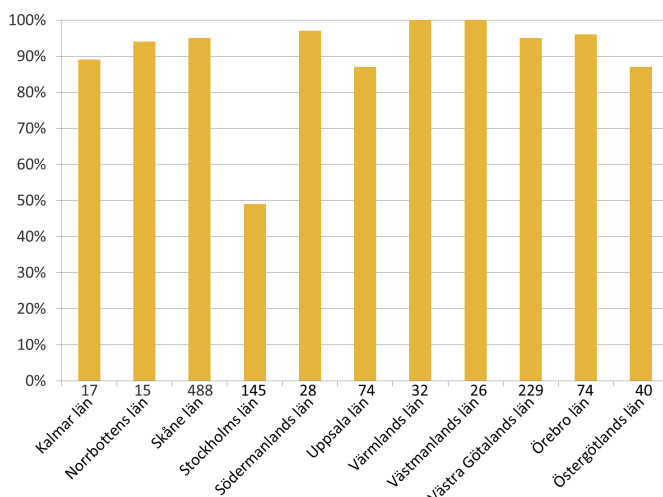


**Figur 16. Läkemedelsassisterad behandling, alkohol**

Andel patienter med alkoholberoende som behandlats med läkemedelsassisterad behandling för alkoholberoende per region.

Förskrivning av återfallsförebyggande läkemedel vid

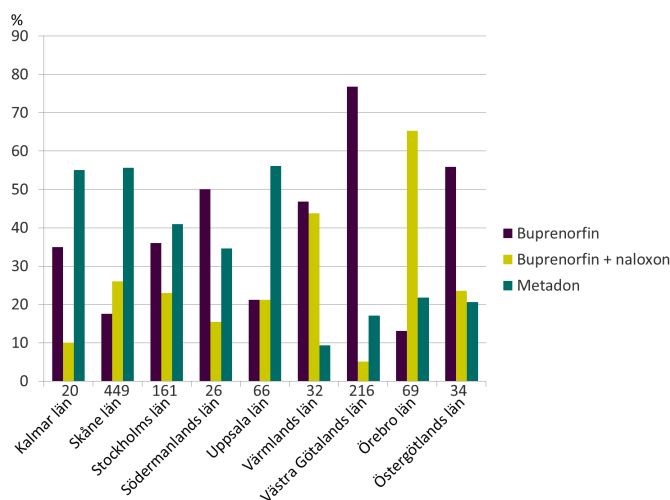
alkoholberoende har länge varit en underutnyttjad behandlingsmetod. Det finns få kontraindikationer för användning av dessa läkemedel och man kan relativt snabbt avgöra om patienten har effekt av behandlingen. De främst rekommenderade substanserna är disulfiram, akamprosat och naltrexon.



**Figur 17. Läkemedelsassisterad behandling, opioid**

Andel patienter med opioidberoende som behandlats med läkemedelsassisterad behandling per region.

I de flesta regioner behandlas en stor andel av de patienter som har ett opioidberoende med läkemedel (metadon, subutex, suboxone). Resultatet skulle kunna bero på att det är många specialiserade LARO-enheter som registrerar i SBR.



**Figur 18. Typ av använd läkemedel, opioidberoende**

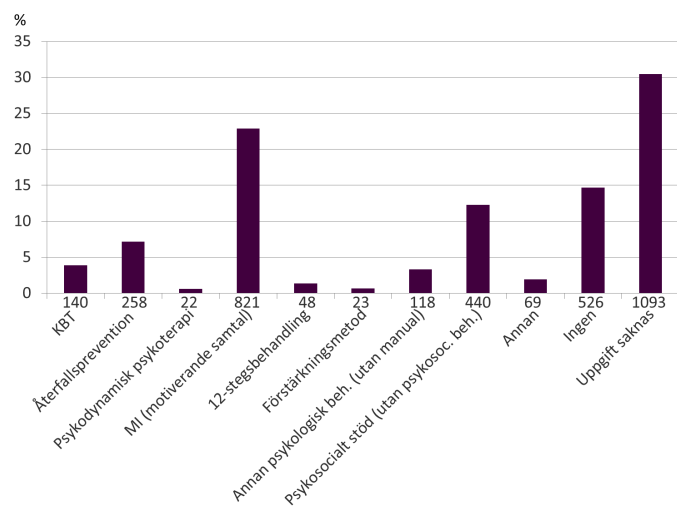
Andel patienter per typ av läkemedel och region, bland de som behandlas med läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende.

I de nationella riktlinjerna för beroendevården rekom-



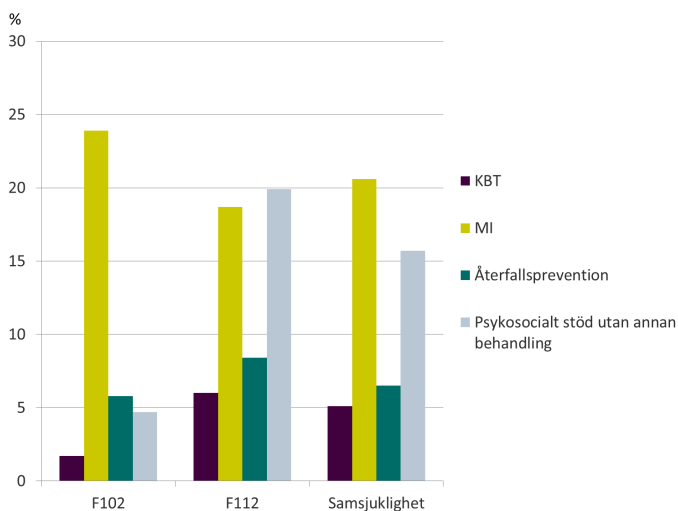
menderas främst behandling med buprenorfin + naloxon (Suboxone) då det har en god effekt samt har mindre allvarliga biverkningar än metadon. Metadon har dock även det en hög rangordning (prioritet 2 av 10) och rekommenderas över användning av enbart buprenorfin (prioritet 6 av 10) då risken för skadligt bruk av buprenorfin bedöms vara hög.

### Psykosocial behandling



**Figur 19. Psykosocial behandling det senaste året**  
Andel patienter per psykosocial behandling de senaste 12 månaderna.

Den manualbaserade psykosociala behandling som erbjuds i högst grad är motiverande samtal (MI). Vid sidan om MI är återfallsprevention och annan KBT vanligast. Många patienter erbjuds psykosocialt stöd utan annan psykosocial behandling vilket framförallt antas innebära kortare samtal.



**Figur 20. Erbjuden behandling för olika grupper**  
Andel patienter som erbjuds KBT, MI, återfallsprevention och psykosocialt stöd utan annan psykosocial behandling bland patienter med alkoholberoende (F102), opioidberoende (F112) och patienter med annan psykiatrisk

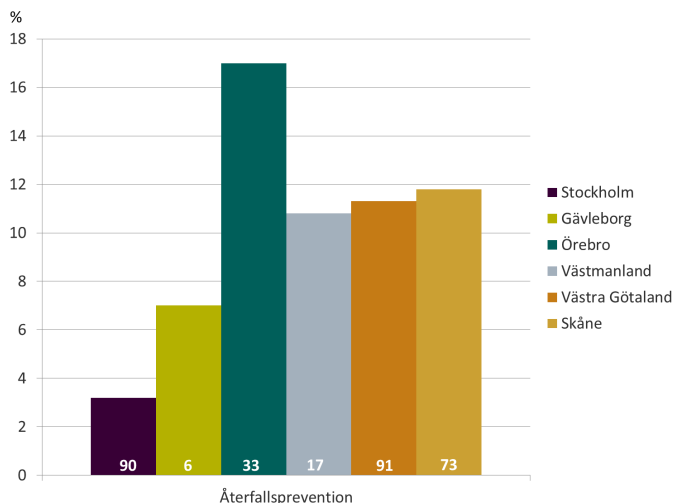
samsjuklighet. Det totala antalet patienter med diagnos F102 var 1075 stycken, med diagnos F112 var 1396 stycken och med psykiatrisk samsjuklighet var 1514 stycken.

Motiverande samtal (MI) är den mest förekommande manualbaserade behandlingen för såväl patienter med alkoholberoende, opioidberoende och samsjukligheten erbjuds i högst grad patienter med alkoholberoende. Patienter med opioidberoende får i ännu högre grad stöd som inte är manualbaserat vilket kan innebära samtal vid uthämtning av medicinering inom LARO-program. Både MI och återfallsprevention har en högre rangordning i rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för patienter med opioidberoende än för patienter med alkoholberoende.

För patienter med alkoholberoende har MI som kort intervention bara rangordning 10 vilket innebär att man i undantagsfall kan erbjuda denna behandlingsform. Som integrerad behandlingsmetod, i kombination med KBT, stiger dock rangordningen till 6, att det kan erbjudas. Anledningen till denna rekommendation är att inte tillräckligt med forskning finns att luta sig mot. Återfallsprevention och annan KBT har däremot rangordning 2 vilket innebär att det är en behandling som bör erbjudas patienterna.

För patienter med opioidberoende är rangordningen annorlunda och MI har rangordning 5 vilket översätts som att patienterna kan erbjudas behandlingen. Återfallsprevention och annan KBT har rangordning 3, alltså ett steg lägre än för patienter med alkoholberoende men innebär fortfarande att patienter bör ha tillgång till denna behandling.

De nationella riktlinjerna ämnar dock inte styra behandlingen utav enskilda individer utan framförallt att bidra till styrning och ledning av sjukvården.



**Figur 21. Återfallsprevention per region**

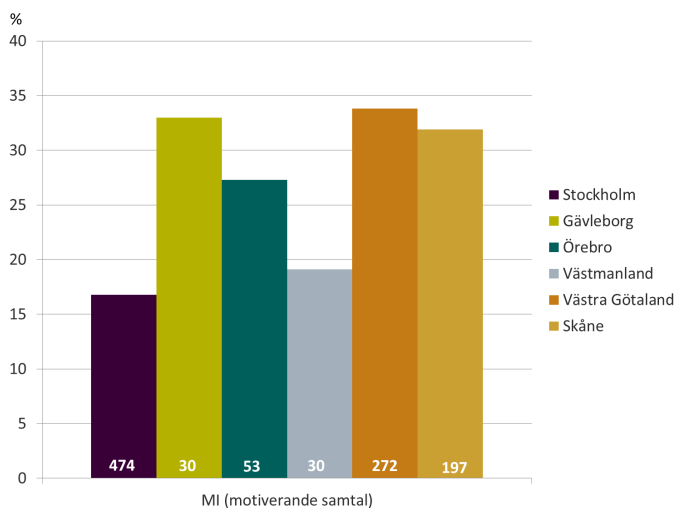
Andel patienter som erhållit återfallsprevention uppdelat på region.

Återfallsprevention har erbjudits störst andel patienter i Örebro (17%) medan betydligt färre erbjudits detta i Stockholm (3%). Siffrorna i Stockholm beror möjligtvis på att återfallsprevention erbjudits i socialtjänsten vilket innebär att det därmed inte registreras i SBR på grund av att Stockholms öppenvård registrerar i SBR genom direktöverföring från journal. Siffrorna skulle också kunna påverkas av vilken patientgrupp som är vanligast i de olika regionerna.

**Figur 22. MI per region**

Andel patienter som erhållit MI (motiverande samtal) uppdelat på region.

Antal patienter med MI per region anges i stapeln.

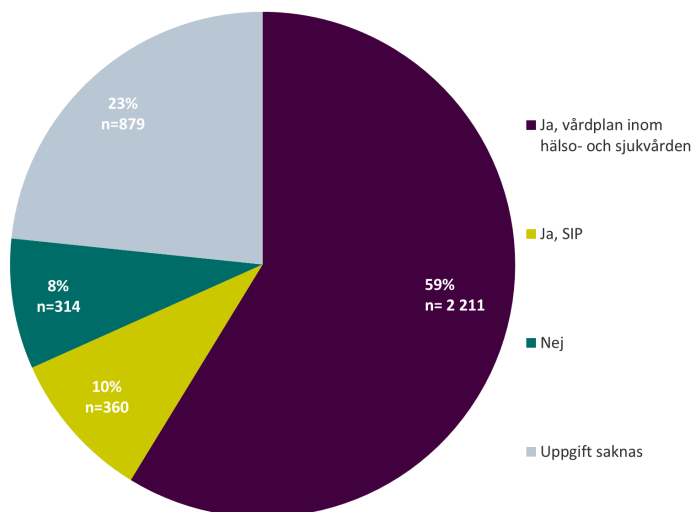


MI är vanligare än återfallsprevention i alla regioner i jämförelsen.

# Vårdplanering

En vårdplanering omfattar planerade insatser och målsättningar.

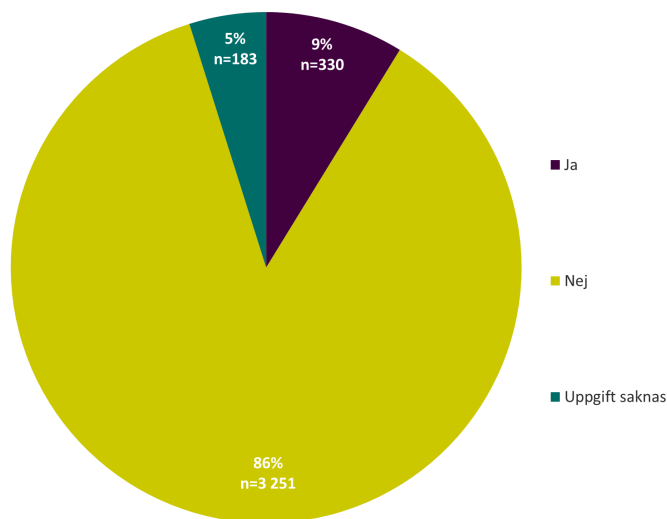
Vårdplaneringen bör etableras tillsammans med patienten själv och ofta finns även andra inblandade. För patienter som erhåller insatser från både socialtjänst och sjukvård ska en samordnad individuell plan (SIP) upprättas.



**Figur 23. Andel patienter med aktuell plan**

Andel patienter som har en aktuell dokumenterad plan. En plan räknas som aktuell om den upprättats eller uppdaterats inom de senaste 12 månaderna.

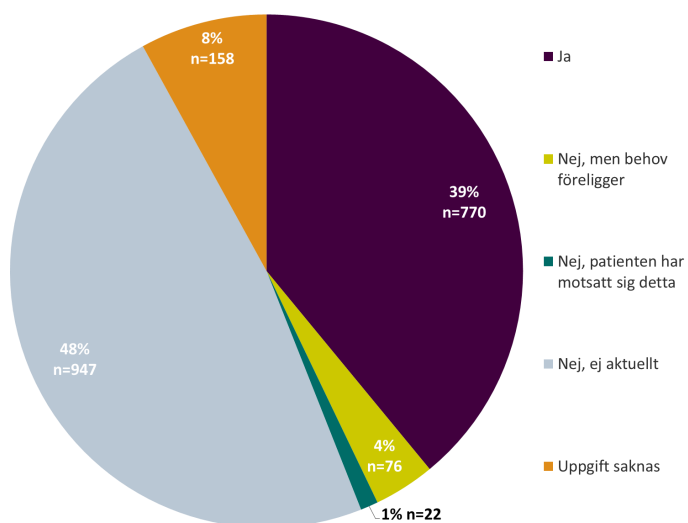
Bland patienter registrerade i SBR har 59% en vårdplan inom hälso och sjukvården och ytterligare 10% en samordnad individuell plan (SIP).



**Figur 25. Andra aktörer deltagare i vårdplanering**

Andel patienter för vilka andra aktörer än sjukvård och socialtjänst deltagit i vårdplaneringen.

I 9% av vårdplaneringarna har andra aktörer deltagit. Andra aktörer kan exempelvis vara kriminalvård, arbetsförmedling, försäkringskassa, frivilligorganisation, närstående eller arbetsplats.



**Figur 24. Socialtjänsten deltagare i vårdplanering**

Andel patienter för vilka socialtjänsten deltagit i patientens plan.

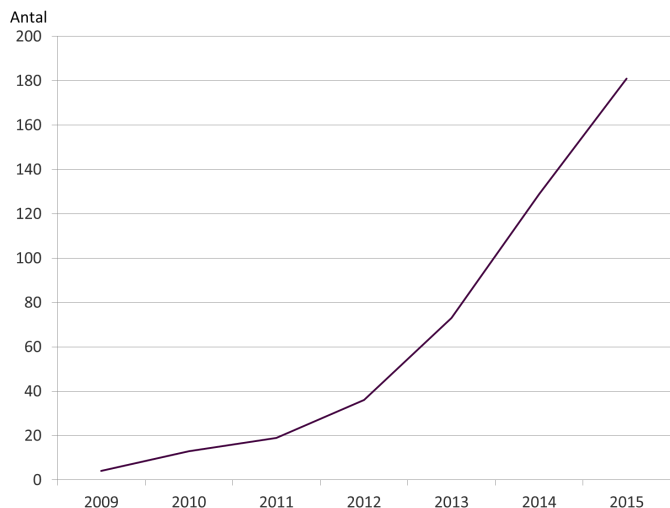
För 39% av patienterna har socialtjänsten deltagit i vårdplaneringen och för 4% anges att detta inte skett trots att behovet föreligger.

# Registreringar i SBR

Anslutning och registrering i SBR över tid.

Sedan SBR startade 2009 har enheter och patienter ökat årligen. Från 2013 till 2015 omfattades SBR i PRIO-satsningen vilket bidrog till en skarp ökning.

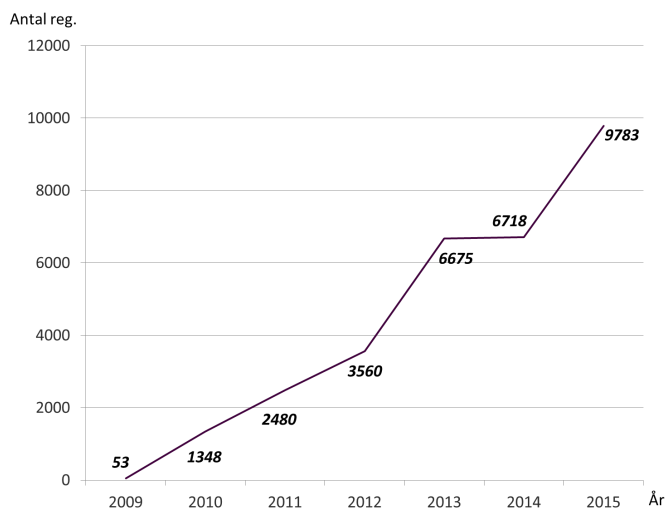
## Anslutna enheter



Figur 26. Antal anslutna enheter per år 2009-2015

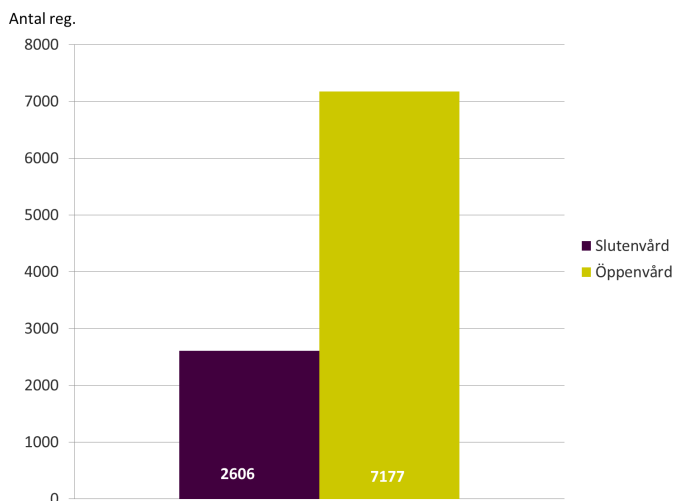
Anslutningen till SBR har fortsatt öka under 2015 och nått 181 anslutna enheter i jämförelse med 129 2014. Alla dessa enheter är dock inte aktiva i sin registrering. I Tabell 1 återfinns de 123 enheter som kommit igång att registrera.

## Registreringar



Figur 27. Antal registreringar per år 2009-2015

Antalet registreringar ökade igen under 2015. Flera enheter registrerade ett stort antal patienter och genom sammanslagningen med LAROS-registret anslöt många LARO-enheter till SBR av vilka flera registrerat aktivt.



Figur 28. Antalet registreringar uppdelat på öppen- och slutenvård

I öppenvården gjordes under 2015 7177 registreringar och i slutenvården 2606 registreringar.

# Årsrapporten

Årsrapporten för 2015 (version 1) kan spridas till registrerande enheter, verksamhetsledningar, patientorganisationer och övriga intresserade.

Det är viktigt att understryka att resultaten ännu inte är generaliserbara på grund av låg täckningsgrad samt låg registreringsgrad på många av enheterna. Dessutom är många av enheterna olika sinsemellan vad gäller inriktning och patientgrupp.

# Vanliga förkortningar

ICD: Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar. F10-F19 är diagnoskoder för beroende av olika typer av psykoaktiva substanser.

KBT: Kognitiv beteendeterapi

LAROS: Läkemedelsassisterad rehabilitering för opiatberoende

MI: Motiverande samtal

SBR: Svenskt Beroenderegister

Svenskt  
Beroenderegister

**SBR**

