

SBR - kvalitetsregister
för bättre beroendevård

ÅRSRAPPORT

2016



Svenskt
Beroenderegister

SBR

SBR – Svenskt Beroenderegister

JOHAN FRANCK

Registerhållare

Svenskt beroenderegister

Beroendecentrum Stockholm

JEANETTE WESTMAN

Biträdande registerhållare

Svenskt beroenderegister

MIKAEL EKLÖF

Koordinator

Svenskt beroenderegister

JONAS HÄLLGREN

Statistiker

Svenskt beroenderegister

HUVUDMAN OCH CENTRALT PERSONUPPGIFTSANSVARIG:

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

STYRGRUPP

Annika Andersson, verksamhetschef, Capio Maria, Stockholm

Håkan Blom, brukarrepresentant, Länkens Kamratförbund

Lars Blomström, medicinskt ansvarig, Capio Maria, Stockholm

Johan Franck, verksamhetschef, Beroendecentrum, Stockholm

Inger Forsgren, brukarrepresentant, RFHL

Håkan Leifman, direktör, Centrum för alkohol- och narkotikaupplysning

Carl-Gustav Olofsson, verksamhetschef, Psykiatrin, Skellefteå

Spyridon Kilaidakis, chefsöverläkare, Beroendecentrum, Örebro

Karina Stein, områdeschef, Beroendecentrum, Malmö

Per Söderberg, divisionschef, Psykiatrin, Dalarna

Markus Takanen, ST-läkare, Beroendecentrum, Stockholm

Hugo Wallén, verksamhetschef, Beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

ADJUNGERADE:

Leif Grönblad, med.dr, LARO-mottagningen, Akademiska sjukhuset

Irene Mårtensson, verksamhetsutvecklare, Beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

INLEDNING

SBR är ett nationellt kvalitetsregister som omfattar personer i behandling för skadligt bruk och beroende av alkohol, droger och läkemedel inom specialiserad beroendevård. Registrets syfte är att stödja utvecklingen av en bättre vård och hälsa för dessa patienter i Sverige.

SBR har samlat data från den svenska beroendevården sedan 2009. I juni 2015 lanserades en ny frågeuppsättning för SBR som utformats för att bättre kunna mäta behandling och resultat inom beroendevården. Nya SBR mäter centrala kvalitetsindikatorer inom beroendevården i relation till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Eftersom en ny version av SBR lanserades i juni 2015 är det ännu inte möjligt att presentera tidstrender för centrala kvalitetsindikatorer i årsrapporten. Målet är att det ska bli möjligt att över tid följa utvecklingen för olika kvalitetsindikatorer inom beroendevården via SBR.

SBR är i ett expansivt skede. Antalet enheter och registreringar ökar konstant. Under 2016 fokuserade registret på att stötta anslutna enheter i användandet av det nya frågebatteriet. För att kunna leverera översiktlig och nyttig utdata utvecklades registersidorna som användarna når via inloggningen i INCA. En statistiker har rekryterats till registret för att kunna ge snabbare återkoppling och stöd i förbättringsarbetet till anslutna enheter. SBR arbetar aktivt med att möjliggöra direktöverföring från journal till registret. Journalintegration är infört i Stockholm vilket har medfört en tiofaldig ökning av antalet registreringar, och beräknas komma i drift i Region Skåne och Örebro län nästa år. Vi ser en lovande utveckling inom området trots en del tekniska problem inledningsvis. Införande av journalintegration förväntas spara tid i vården och ha en positiv effekt på framtida registreringsgrad.

I denna årsrapport presenteras data som registrerats under 2016 med ett särskilt fokus på behandling för beroende i slutenvård. Årsrapporten riktar sig främst till registrerande enheter, verksamhetsledningar, patientorganisationer och övriga intresserade.

3 INLEDNING

6 SBR – SVENSKT BEROENDEREGISTER – ETT KVALITETSREGISTER FÖR BÄTTRE BEROENDEVÅRD

- 6 Syfte med SBR
- 6 Täckningsgrad i SBR
- 6 Inklusionskriterier
- 8 Ifyllnadsgrad
- 8 Kvalitetsindikatorer för beroendevården
- 9 Indikatorer med lägesbild
- 9 Nationella jämförelser
- 9 Lyckad årskonferens
- 10 Ett register på framfart!
- 13 Mer överskådligt och möjlighet att återkoppla
- 13 Utvecklingsarbeten ökade registrering
- 14 Nytt frågebatteri för bättre utdata
- 15 Inger är en viktig kunskapskälla

18 ANSLUTNA ENHETER OCH REGISTRERINGAR

- 18 Enhetsöversikt
- 18 Anslutna enheter
- 19 Antal registreringar

21 DATA FRÅN ÖPPEN OCH SLUTEN VÅRD I SBR

- 21 Ålder och könsfördelning
- 23 Huvudsaklig initiativtagare till vård
- 24 De tre vanligaste beroendediagnoserna
- 26 Återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende inom öppenvård
- 28 Läkemedelsbehandling för opioidberoende



INNEHÅLL

29 FOKUS – SLUTENVÅRD

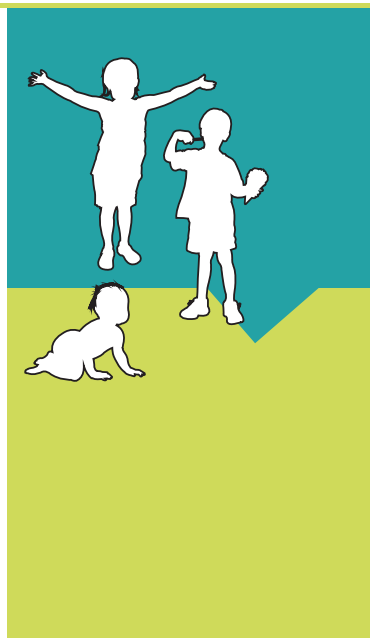
- 29 Substansbruk i slutenvården
- 31 Substansfria månader
- 32 Alkoholriskbruk
- 32 Blandberoende
- 34 Primär inläggningsorsak och behandling i slutenvården
- 35 Abstinens behandling och delirium tremens
- 36 Läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens
- 37 Återfallsförebyggande läkemedel för alkoholberoende inom slutenvård
- 38 Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende inom slutenvård
- 40 Vårdtid inom slutenvård
- 40 Tvångsvård
- 41 Kontakt med öppenvård
- 42 Injicerat droger och provtagning för smitta
- 42 Somatisk samsjuklighet
- 43 Psykiatrisk samsjuklighet
- 44 CGI-S
- 44 GAF
- 45 Berörda minderåriga barn till patienter i slutenvården
- 46 Nya rutiner fick vårdpersonal att se mervärdet med SBR

48 FOKUS – LARO

- 48 Läkemedelsassisterad rehabilitering
- 50 Andel patienter med LARO-behandling per diagnos
- 50 Initiativtagare till vård
- 51 Berörda minderåriga barn till LARO-patienter
- 52 Vårdplan
- 53 Sysselsättning
- 54 AUDIT och DUDIT
- 55 Psykiatrisk funktion och självskattad hälsa

56 TABELL 1 - översikt över registrerade enheter

62 FÖRKORTNINGAR



SBR – SVENSKT BEROENDEREGISTER – ett kvalitetsregister för bättre beroendevård

Syfte med SBR

- Följa patienters process genom vårdinsatser/vårdkedjor och beskriva relationen mellan insatser och utfall.
- Möjliggöra jämförelser inom och mellan vårdenheter, organisationer och vårdkedjor.
- Studera effekterna av specifika och samordnade insatser för personer med komplexa vårdbehov och/eller samsjuklighet.
- Utgöra underlag för utvärdering och forskning.

Täckningsgrad i SBR

En hög täckningsgrad är av central betydelse för trovärdighet och användbarhet av registerdata. Registerservice vid Socialstyrelsen utför beräkningarna av täckningsgrad för SBR. Senaste beräkningen visade på 26 % täckningsgrad vilket är en avsevärd ökning jämfört med tidigare år. Det innebär att av samtliga beroendepatienter inom specialiserad psykiatrisk vård i patientregistret återfanns en fjärdedel i SBR.

Matchningen mellan vårdenheter i SBR och vårdenheter i patientregistret är ganska låg och sannolikt kan urvalet av kliniker i jämförelsen förfinas ytterligare för att bättre motsvara vad kvalitetsregistret avser täcka. Täckningsgrad redovisas för 2015 eftersom täckningsgrad för 2016 ännu inte är publicerad av Socialstyrelsen.

Inklusionskriterier

- Alla personer som behandlas på sjukvårdsenheter för specialiserad utredning och behandling av alkohol- och/eller narkotikaberoende (inklusive lugnande, smärtstillande och prestationshöjande läkemedel), oberoende av organisationsform.
- Personer med beroende diagnos (ICD F10–F19) som behandlas inom specialiserad beroendevård.



SENASTE
BERÄKNINGEN
VISADE PÅ EN
26 % TÄCKNINGS-
GRAD VILKET ÄR EN
AVSEVÄRD ÖKNING
JÄMFÖRT MED
TIDIGARE ÅR.

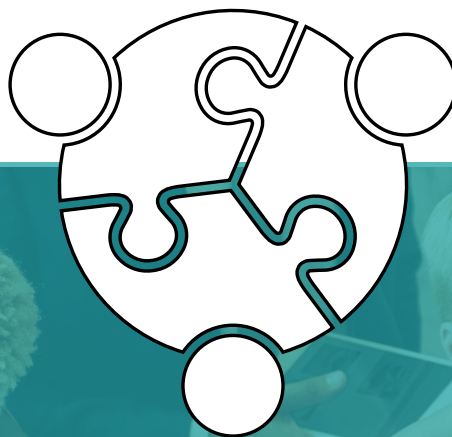


Ifyllnadsgrad

SBR har analyserat ifyllnadsgraden gällande samtliga variabler. Ifyllnadsgraden är i stort sett komplett för alla enheter i riket som registrerar via elektroniska formulär. Däremot är ifyllnadsgraden sämre i de fall där data samlas in direkt via journalsystemen. I Sverige är det idag bara öppenvården i Stockholms läns landsting som har infört direktöverföring från journal vilket har medfört en tiofaldig ökning av registreringar. Däremot har direktöverföringen resulterat i en lägre ifyllnadsgrad initialt. Enheterna har inte kunnat rapportera in alla variabler eftersom det saknats termer (sökord) i journalsystemet. Direktöverföring har således haft en positiv effekt på registreringsgrad men samtidigt resulterat i lägre ifyllnadsgrad. Registret samarbetar intensivt med vårdenheter i Stockholm för att kartlägga och förbättra ifyllnadsgrad, variabelkvalitén och rutiner för journaldokumentation.

Kvalitetsindikatorer för beroendevården

I juni 2015 lanserades en ny frågeuppsättning för SBR med syfte att bättre mäta kvaliteten på behandling och resultat inom den specialiserade beroendevården. Arbetet med att ta fram nya kvalitetsindikatorer genomfördes i samarbete med representanter för beroendevården samt brukar- och professionsorganisationer. Kvalitetsindikatorerna i SBR utformades i relation till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.



Indikatorer med lägesbild

SBR är en av de datakällor som används av Socialstyrelsen för att mäta kvalitetsindikatorer för beroendevården nationellt. Socialstyrelsen har testat och gjort en uppföljning av dessa kvalitetsindikatorer för beroendevården som redovisas i rapporten "Indikatorer med lägesbild 2017". Eftersom kvalitetsindikatorer baserade på SBR-data från 2016 redovisas i Socialstyrelsens rapport har vi i denna årsrapport valt att fokusera mer på slutenvården. Socialstyrelsens rapport om kvalitetsindikatorer går att ladda ner från deras hemsida som en bilaga till nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – se länk <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-2>.

Nationella jämförelser

SBR är del av den Nationella Psykiatrikompassen som främst riktar sig till beslutsfattare och hälso- och sjukvårdsledning men som också finns tillgänglig för allmänheten på internet. Psykiatrikompassen skapades under 2015 på uppdrag av Nätverket för ledning och styrning i psykiatrin (ett nationellt nätverk med chefer för psykiatrin). I kompassen presenteras kvalitetsindikatorer med målvärden på enhets- och regionsnivå. Det ger avslutna enheter och regioner möjlighet att följa sina resultat samt jämföra sig mot andra.

Målet är att SBR ska vara ett kliniskt relevant och verksamhetsnära kvalitetsregister. Därför består SBR:s styrgrupp av verksamhetschefer och representanter från beroendevården i olika delar av landet samt två brukarrepresentanter. Sedan nya SBR infördes 2015 kan registret bättre mäta kvalitetsindikatorer för god vård, och därmed ge bättre och mer klinisk relevant återkoppling än tidigare. I och med detta ökade efterfrågan på resultat och utdata avsevärt under 2016.

LYCKAD ÅRSKONFERENS

På SBR:s årliga konferens deltog 83 personer från beroendeheter från hela landet. I programmet ingick återrapportering av data för 2016 från SBR. Kvalitetsindikatorer för beroendevården presenterades per län och nationellt. Programmet omfattade presentationer av genomförda förbättringsarbeten inom beroendevården. Under eftermiddagen delades deltagarna upp per region för att diskutera sina resultat och hur de skulle kunna användas för att förbättra vården.



”
DET VIKTIGASTE
ÄR ATT VI BÖRJAT
MÄTA VÅRD TYNGD
SAMT VILKA
UNDERSÖKNINGAR
OCH BEHANDLINGAR
SOM GÖRS OCH GES.

JOHAN FRANCK, PROFESSOR & REGISTERRHÅLLARE

Ett register på uppgång!

Antalet registreringar i Svenskt Beroenderegister (SBR) har ökat kraftigt. Det går bättre att följa viktiga kvalitetsaspekter av beroendevården och förutsättningarna för jämlik vård ökar.

– SBR befinner sig nu i en ny fas där vi kan börja skapa mervärde även för verksamheterna, säger registerhållare Johan Franck.

Det nationella kvalitetsregistret för den specialiserade beroendevården (SBR) skapades 2009 av representanter från flera av Sveriges beroendeverksamheter eftersom man uppfattade stora skillnader för patienter över landet och en vård som låg långt ifrån de nyutkomna nationella riktlinjerna. Syftet med kvalitetsregistret är att stödja utvecklingen av en bättre vård och hälsa för dessa patienter i Sverige genom att tillhandahålla underlag för förbättringsarbete och forskning.

Ska spegla god beroendevård

SBR behöver samla in det som är viktigt att veta för att bedöma om vården är god och jämlik. Avsikten är att SBR ska kunna användas för kvalitetsuppföljning i hela beroendevården. Professor Johan Franck är registerhållare för SBR sedan 2013.

Johan, hur har kvalitetsregistret medverkat till att vården blivit bättre och mer jämlik?

– Det viktigaste är att vi börjat mäta och jämföra olika aspekter på beroendevården, exempelvis vårdtyngd (vilka symtom och problem som patienterna har), vilka undersökningar som görs (t ex hepatitprover) och behandlingsinsatser som ges (om de överensstämmer med nationella riktlinjer).

I början låg fokus på beskrivning av patienterna. I dag ligger tyngdpunkten på insatser och utfall. Exempelvis så frågar vi nu patienterna hur deras användning av alkohol och narkotika sett ut de senaste 30 dagarna, vilket är en god indikator på problembilden. Genom att ställa den frågan vid uppföljningssamtal får vi en samlad bild av hur stor andel av patienterna som faktiskt förmår att minska sin konsumtion. Skador av alkohol och narkotika skapar stora kostnader för samhället.

– Genom SBR kan vi följa viktiga kvalitetsaspekter av beroendevården, och i förlängningen även effektiviteten i behandlingsinsatserna. En viktig aspekt av SBR är att öka förutsättningarna för jämlik vård så att alla som söker hjälp för beroende får evidensbaserad behandling, och av samma kvalitet. Så är det tyvärr ännu inte.

Hur kan kvalitetsregistret bidra till ökat kvalitetsmedvetande? Hur har det gått att arbeta med kvalitetskontroll?

– Inom beroendevården har det inte funnits något systematiskt kvalitetsarbete. En orsak bland flera är att det finns ett delat huvudmannaskap (hälso- och sjukvård respektive kommunal socialtjänst) och att verksamheterna sett väldigt olika ut (storlek, målgrupper, behandlingsutbud). Genom att hälso- och

sjukvården nu bestämt sig för att använda gemensamma kvalitetsregister har vi startat en utveckling där man tittar mycket mer på vad som bedrivs i andra landsting/regioner, och patienterna har möjlighet att ställa frågor om varför en viss behandling inte erbjuds i det egna landstinget/regionen.

– Beroendevården är i princip 100 % skattefinansierad och det är viktigt för oss att kunna motivera verksamheten. Därför behövs både kontinuerlig uppföljning och jämförelse av kvaliteten i insatserna, och information om hur det går för våra patienter.

– Att mäta sin egen verksamhet kan upplevas som jobbigt och mötas av motstånd. Det är därför helt avgörande att vi som arbetar i beroendevården uppfattar att kvalitetsregistret skapar mervärde och gör våra verksamheter mer attraktiva för patienterna. Det kan bara ske genom att kvalitetsdata direkt återkopplas till medarbetare på den enskilda enheten. SBR har även sedan starten haft återkommande årskonferenser för medarbetare och brukarföreningar där förslag och idéer fångas upp.

Prioriterade förbättringsområden

Resultaten är ännu inte helt generaliserbara på grund av låg täckningsgrad och låg registreringsgrad på många enheter. Ett mål är därför att öka täckningsgraden – både att att fler enheter börjar registrera och att de som redan registrerar fortsätter.

Johan, hur jobbar ni för att få högre täcknings- och registreringsgrad?

– I stort sett alla beroendemottagningar är nu anslutna till SBR. Antalet registreringar har ökat mycket kraftigt och arbete pågår i flera landsting för att införa automatisk överföring av kvalitetsdata till SBR ur de elektroniska patientjournalerna. Detta kommer att medföra en ännu större ökning. Det i sin tur gör att SBR kommer att vara en mycket bra datakälla för ledning och styrning av beroendevården nationellt.

Finns det några förbättringsområden inom beroendevård? Hur jobbar ni med förbättringar – både på system-, verksamhets- och individnivå?

– På individnivå handlar det alltid om tillgänglighet och bemötande. Jämlig vård är också ett viktigt fokusområde. Där har beroendevården blivit mycket bättre i och med de nationella riktlinjerna, men vi kan förbättra oss ytterligare när det gäller behandlingsutbudet över landet, och hur vi upprätthåller kvalitet i specifika behandlingsinsatser, till exempel läkemedelsbehandling och återfallsprevention.

Högt ställda mål

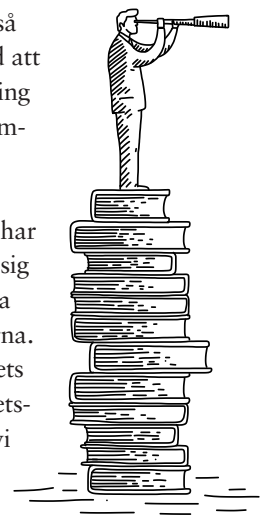
Det finns några ytterligare mål med SBR. Ett är att SBR är tillgängligt och påverkbart. Ett annat att SBR återrapporterar effektivt resultat till berörda. Och ytterligare ett rör omvärldsbevakning. Men möjligheterna att nå dessa uppsatta mål är beroende av engagemanget från alla berörda, verksamhetsledning, behandlare och patienter/brukarföreningar.

Vilka är planerna framöver?

– Vi kommer ytterligare öka registrets täckningsgrad, och arbeta för ökad användning av registerdata för förbättringsarbete i verksamheterna. Ett register är helt beroende av täckningsgraden, och att data är så kompletta som möjligt. I och med att vi övergår till automatisk överföring kommer vi fokusera mer på systemgemensamma mallar för sökord i journalerna.

– Utvecklingen de senaste året har varit fantastisk och SBR befinner sig nu i en helt ny fas där vi kan börja skapa mervärde för verksamheterna. Det är ett av skälen till att registrets styrgrupp nu består av verksamhetschefer (eller motsvarande) så att vi får en direkt koppling till beroendevårdens ledningsnivå.

MÅL:
ÖKA
ANVÄND-
NING &
TÄCKNINGS-
GRAD





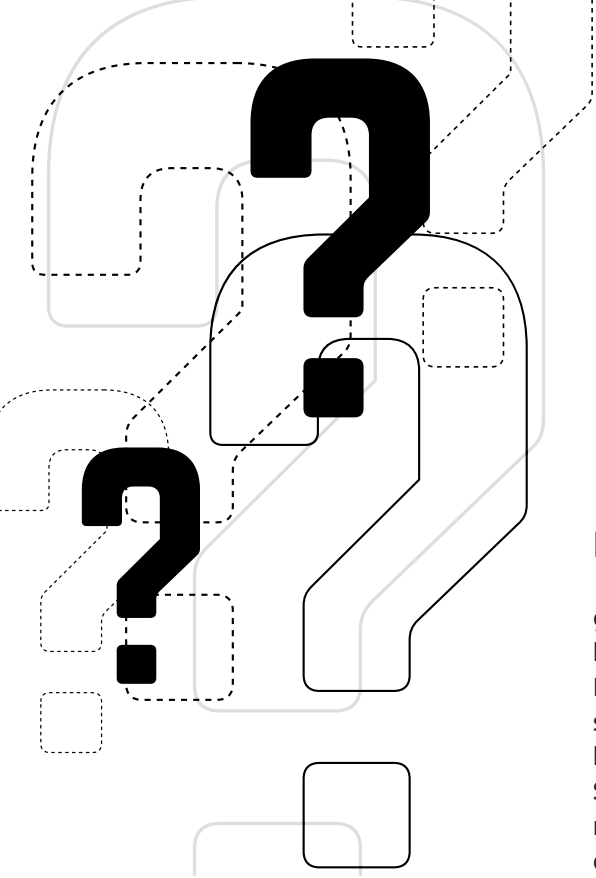
JOURNAL-
INTEGRATION I
STOCKHOLM MEDFÖRDE
EN TIOFALDIG
ÖKNING AV ANTALET
REGISTRERINGAR.
REGION SKÅNE OCH
ÖREBRO ÄR PÅ GÅNG.

Mer överskådligt och möjlighet att återkoppla

För att SBR ska kunna användas i förbättringsarbete behöver utdata vara lätt tillgängliga för enheterna. Registrets målsättning är att stödja pågående förbättringsprojekt med data som speglar respektive enhets arbete. Under 2016 har förbättringsarbeten drivits av flera enheter. Det finns en stor nyfikenhet och intresse för hur man som chef eller behandlare kan använda registret för kvalitetsuppföljning. Ett viktigt arbete under 2016 var att få registersidorna i bruk. Sedan januari 2017 kan enheterna få återkoppling via registersidor vid inloggning i plattformen INCA. Användarna får på registersidorna översiktligt och lättmanövrerat data presenterat genom flera olika vyer. På startsidan presenteras ett fåtal indikatorer som "i fokus just nu" samt statistik över enhetens registreringar. I första skedet presenteras data för den egna enheten, regionen och nationellt men målet är att utveckla möjligheten till jämförelser

Utvecklingsarbeten ökade registrering

Flera enheter anslutna till registret har arbetat med olika förbättringsområden. En gemensam ambition var att öka förståelsen för mervärdet av att registrera i SBR och använda utdata för förbättringsarbete. Exempelvis har under 2016 en handbok för hur man registrerar SBR-data i journalsystemet utvecklats inom Stockholms läns landsting. Ett arbete har genomförts för att öka registreringsgraden med avseende på diagnos, andel som utvecklar delirium tremens, samt berörda minderåriga barn. Ett viktigt utvecklingsområde som bedrivs i flera landsting/regioner är journalintegration av SBR. Det förväntas kraftigt öka antalet registreringar samt spara tid för personalen. Journalintegration är införd i Stockholm vilket har medfört en tiofaldig ökning av antalet registreringar. Förberedelser för journalintegration av SBR pågår i Region Skåne och Region Örebro och beräknas komma i drift nästa år.



Nytt frågebatteri för bättre utdata

Utvecklingsarbetet i SBR 2015 och framåt illustreras i bild 1. SBR gjorde en nystart 2015 och lanserade ett nytt frågebatteri för att bättre kunna mäta kvalitet och resultat i beroendevården. Målet med detta var att utdata från SBR ska kunna användas som underlag i nationella öppna jämförelser (psykiatri-kompassen) samt i Socialstyrelsens lägesrapporter. Data från SBR ska även kunna användas inom beroendevården för förbättringsarbete. För att göra detta möjligt har SBR under 2015 och 2016 arbetat med introduktion och utbildning kring nya SBR på registrerande enheter. SBR har nu gått in i en ny fas där fokus ligger på att leverera utdata och stödja förbättringsarbete på registrerande enheter.

14

Bild 1.

Utveckling och implementering

Nya SBR introducerades

2015

- ▶ Nytt frågebatteri för att bättre mäta kvalitet och resultat i beroendevården

2016

- ▶ Kvalitetsindikatorer för beroendevården
- ▶ Nationella öppna jämförelser (psykiatrikompassen)
- ▶ Journalintegration Stockholm

2017 och framåt

- ▶ Återrapportering av kvalitetsindikatorer till registrerande enheter
- ▶ Utdata som underlag till förbättringsarbete
- ▶ Registersidor för utdata Socialstyrelsens lägesrapporter
- ▶ Journalintegration i fler län och regioner

A close-up portrait of an elderly woman with short, light-colored hair, wearing black-rimmed glasses and a black top. She is smiling slightly and looking towards the camera. The background is a blurred outdoor setting with green foliage and a building. The text is overlaid on the left side of the image.

Inger är en viktig kunskaps- källa

Inom Svenskt Beroenderegister (SBR) är brukarrepresentanter en viktig kunskapskälla för att utveckla beroendevården.

- Vi har erfarenhet av beroendeproblematik som är värdefull för andra att få veta och att lära av, säger Inger Forsgren, brukarrepresentant i SBR:s styrgrupp.

GOD VÅRD
FÖR MIG ÄR
FRÄMST
ATT
BEHAND-
LINGARNA
ÄR INDIVID-
ANPASSADE.
HÄR KAN
SBR BIDRA.

16

SBR:s styrgrupp består av verksamhetschefer och andra ledningspersoner på psykiatriska och specialiserade beroendekliniker i olika delar av landet samt två brukarrepresentanter. SBR har därmed sin främsta kontakt med brukarföreningar och patienter genom de två brukarrepresentanter som finns i styrgruppen. Men målet är att fördjupa samarbetet än mer framöver.

En mer öppen återkoppling av resultat, större engagemang i arbetet med att få brukarrepresentanterna till SBR-konferensen och fler förfrågningar om samarbete är några åtgärder som nämns för att fördjupa samarbetet.

Inger Forsgren, från RFHL*, är en av brukarrepresentanterna i SBR:s styrgrupp.

Inger, hur länge har du jobbat med SBR? Varför är du engagerad?

– Jag har varit medlem i SBR:s styrgrupp sedan 2013. Det är just möjligheterna till påverkan som gjort att jag engagerat mig i SBR. Jag har ett stort engagemang för beroendefrågor och inom SBR kan jag använda mina egna erfarenheter från beroendevården på ett positivt sätt.

Brukares erfarenheter

Enligt Sveriges Kommuner och Landsting, är ”brukares erfarenheter en viktig kunskapskälla för att utveckla missbruk- och beroendevården, både i det enskilda mötet och hur verksamheter behöver förbättras”**. I SBR sker kontakten med brukarföreningarna främst genom brukar-

representanterna i styrgruppen men även mer fördjupade samarbeten kan skapas för särskilda uppdrag.

Hur har dina kunskaper och egna erfarenheter kommit till nytta för SBR?

– Jag har egen erfarenhet av beroendeproblematik och just den erfarenheten är värdefull för andra att få veta och att lära av. Inom

RFHL jobbar jag med mer övergripande frågor och fångar därför upp även andra brukares kunskaper och erfarenheter. Mitt jobb handlar också om att motivera andra medlemmar till att medverka i olika kvalitetsforum för att försöka förbättra och utveckla beroendevården. På så vis kommer våra kunskaper och erfarenheter till nytta för SBR.



Individanpassat

SBR är ett verktyg i arbetet för en god och jämlik vård för patienter med skadligt bruk och beroende i hela Sverige.

Vad är "god och jämlik beroendevård" för dig, Inger? På vilket sätt ser du att SBR kan medverka till detta?

– God och jämlik vård för mig är främst att behandlingarna är individanpassade. Att patienterna får den behandling som de verkligen behöver. Det är jätte viktigt att arbeta med kvalitetsförbättring inom SBR. Att ta reda på vad som inte fungerar så bra och varför det inte fungerar så bra. För det är så vi får fram vad som kan förbättras och förändras så att vi får en god och jämlik vård i hela Sverige.

HÄNVISNING

* RFHL, förkortning av Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling, är ett intressepolitiskt förbund som startades 1965. Förbundet arbetar för målet "ett jämlikt samhälle utan social diskriminering".

** SKL, Sveriges Kommuner och Landsting: <https://skl.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/missbrukochberoende/bukarmedverkan.4265.html>.

Patienten som "medskapare"

För några år sedan påpekade Sveriges Kommuner och Landsting att "den traditionella synen på patienten/brukaren som "mottagare" av hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver ersättas med ett förhållningssätt där patienten och brukaren också innehar rollen som "medskapare"**. För detta kan leda till förbättrad kvalitet och effektivitet samt nödvändig individualisering av välfärdstjänsterna.

Kan den här synen på patienten som "medskapare" istället för "mottagare" förbättra beroendevården, tror du?

– Det är jätte viktigt att vården utformas utifrån individens egna förutsättningar. Att behandlingarna är individanpassade. Här tror jag att SBR verkligen kan bidra till detta. Att se vad patienten behöver. Det kan ibland vara svårt för den behandlande läkaren att lämna över "makt" till patienten. Men när jag tänker på begreppet "makt" så behöver det egentligen bara handla om att våga lyssna på patienten.

Beroende - stigma för många

Beroendeproblem omgärdas fortfarande av ett stigma som gör att många drar sig för att söka råd, stöd och hjälp inom beroendevården. **Varför tror du att det fortfarande är så? Hur kan vi få bort det stigma som fortfarande omgärdar beroendeproblem? Kan SBR vara användbart för att förändra detta?**

– Det är bra att beroende nu klassificeras som en sjukdom för då får man ju faktiskt vård. Då kommer vi ju också ifrån attityden att man får skylla sig själv om man har ett beroende. Man kan ju faktiskt inte straffa bort

ett beteende. Det är också bra att man nu även uppmärksammar annan psykisk ohälsa eller samsjuklighet. Har du barn kan det fortfarande vara så att man inte vågar söka hjälp, och det är ju ett bekymmer. Men ju mer kunskap man får om beroende och beroendeproblem, desto bättre är det. Så här kan ju SBR bidra till att vi får in mer kunskap som vi i sin tur kan sprida vidare. Våra kunskapsseminarier är annars bra för att sprida kunskaper.



Bemötande på agendan Vad vill du och brukarna förändra och förbättra inom beroendevården?

– Den fråga som alltid kan förbättras är bemötande. Och då tänker jag i synnerhet på att man får vara en del i sin egenvård. Att man tar ansvar för sin egen vård och behandling. För man växer som människa och det är oerhört viktigt för tillfrisknandet. Ett sådant arbetssätt kan faktiskt bara gynna alla. Sedan bör det vara ett ömsesidigt givande och tagande inom beroendevården. Vi behöver ibland komma ifrån "stuprörstänket" för så länge vi har olika ansvar måste det också finnas någon som tar ett övergripande ansvar. Här kan ju därför SBR vara något bra.

Hur skulle du vilja att verksamheterna arbetar med SBR?

– Ju mer verksamheterna registrerar desto bättre är det för patienterna. Så SBR:s statistik är jätte viktig. Och inom verksamheterna måste man våga fråga patienterna om de vill medverka. Det är viktigt att våga ställa frågan. Tanken med SBR är ju att statistiken också ska kunna vara användbart till forskning. □

ANSLUTNA ENHETER OCH REGISTRERINGAR

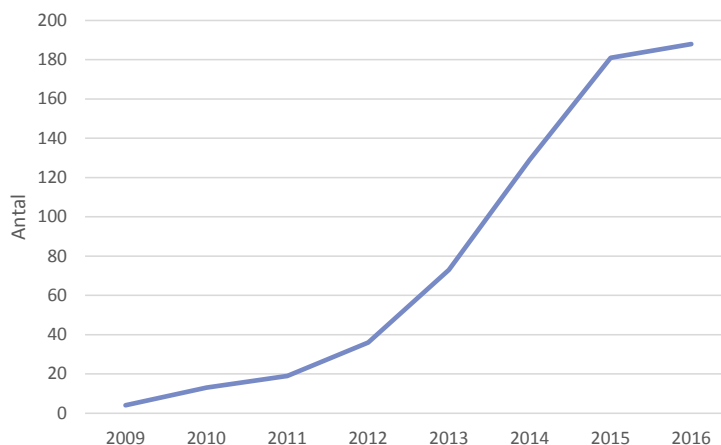
Enhetsöversikt

En översikt över enheter anslutna till SBR visar att vissa enheter registrerar mycket aktivt medan andra inte registrerar alls. Alkohol är den vanligaste beroendediagnosen i de allra flesta landsting. De registrerande enheterna skiljer sig åt när det gäller patientmålgrupper och behandlingsutbud vilket påverkar tolkningen när jämförelser av resultat görs. Data redovisas inte för enheter med minde än 10 patienter. Hela översikten fördelat på exempelvis län, enheter, vårdform, registreringar, uppföljning, ålder och diagnoser kan du ta del av på sidorna 56-62.

Anslutna enheter

De enheter som är anslutna till SBR bedriver specialiserad beroendevård. Figur 1-5 visar anslutna enheter, antal individer och registreringar i SBR. Under 2016 var 188 enheter anslutna till SBR. Enheterna omfattar både öppen och slutenvård. Antalet anslutna enheter har ökat konstant sedan registret startade 2009 (figur 1).

FIGUR 1 ANTAL ANSLUTNA ENHETER

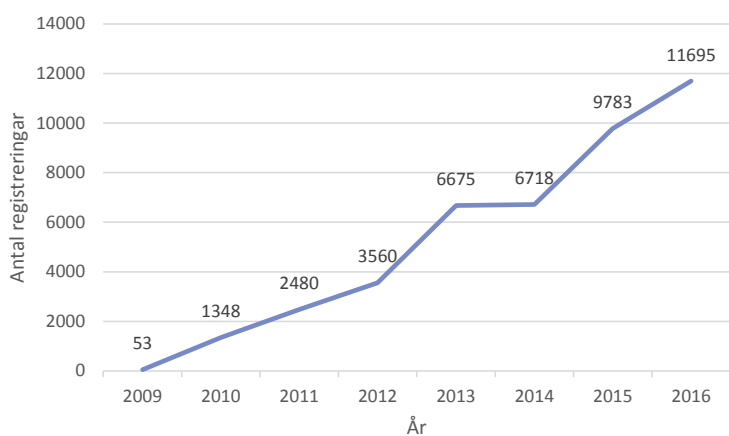


Antal registreringar

Antalet registreringar i SBR ökar för varje år (figur 2). Under 2016 gjordes 11695 registreringar och 7589 individer inkluderades (figur 3). I öppenvården gjordes 4018 nyregistreringar, 2771 uppföljningar samt 1857 avslutsregistreringar. Inom slutenvården gjordes 3049 registreringar.

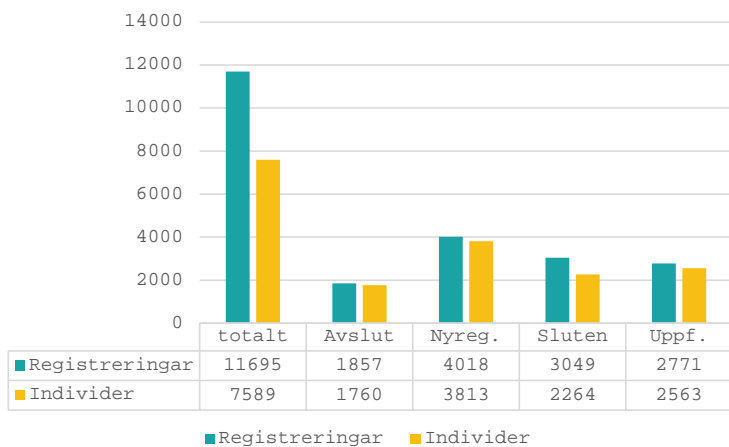


FIGUR 2 ANTAL REGISTRERINGAR PER ÅR



19

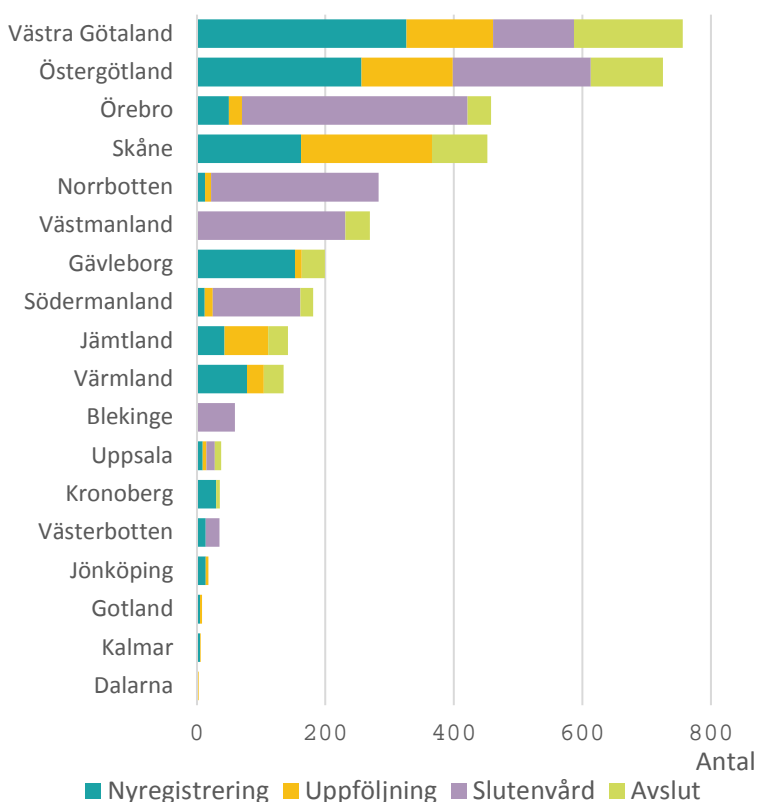
FIGUR 3 ANTAL INDIVIDER OCH REGISTRERINGAR PER FORMULÄR 2016



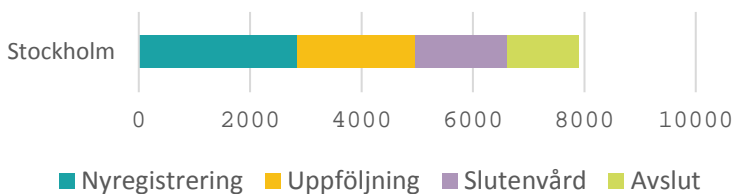
Fortsättning antal registreringar

Flest antal registreringar gjordes i Stockholms län, Västra Götaland, Östergötland, Örebro, Skåne och Norrbotten (figur 4-5). Det höga antalet registreringar i Stockholms län (figur 5) är ett resultat av att SBR integrerats i journalsystemet. Övriga län och regioner registrerar manuellt i SBR via webbformulär.

FIGUR 4. ANTAL INDIVIDER OCH REGISTRERINGAR PER FORMULÄR.



FIGUR 5. ANTAL INDIVIDER OCH REGISTRERINGAR PER FORMULÄR I STOCKHOLM.

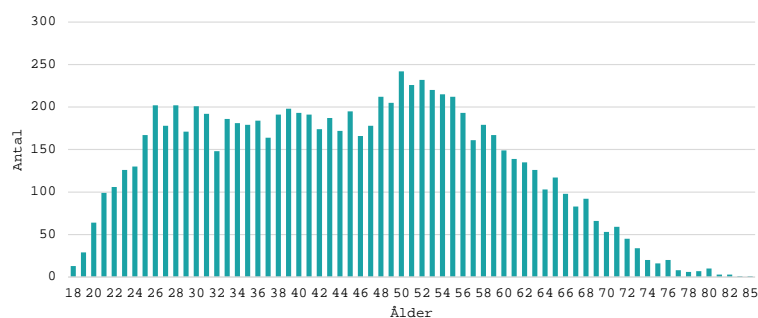


DATA FRÅN ÖPPEN & SLUTEN VÅRD I SBR

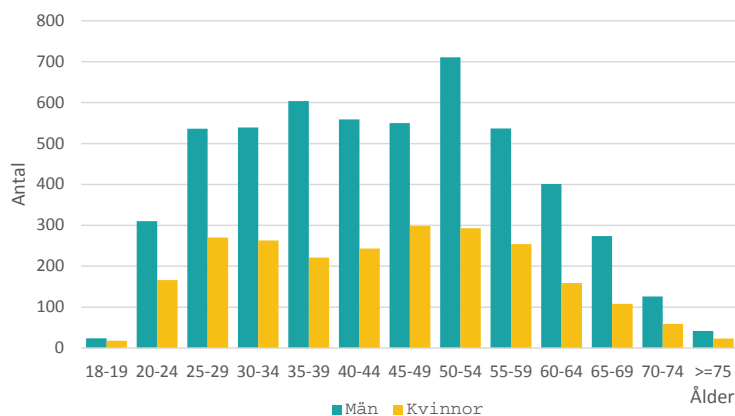
Ålder och könsfördelning

Figur 6-7 visar åldersfördelning och könsfördelning i SBR. Åldersfördelningen spänner mellan 18 och 85 år. Andelen män är 69 procent, och andelen kvinnor är 31 procent i registret.

FIGUR 6 ÅLDERSFÖRDELNING PÅ BEROENDEPATIENTER I SBR.

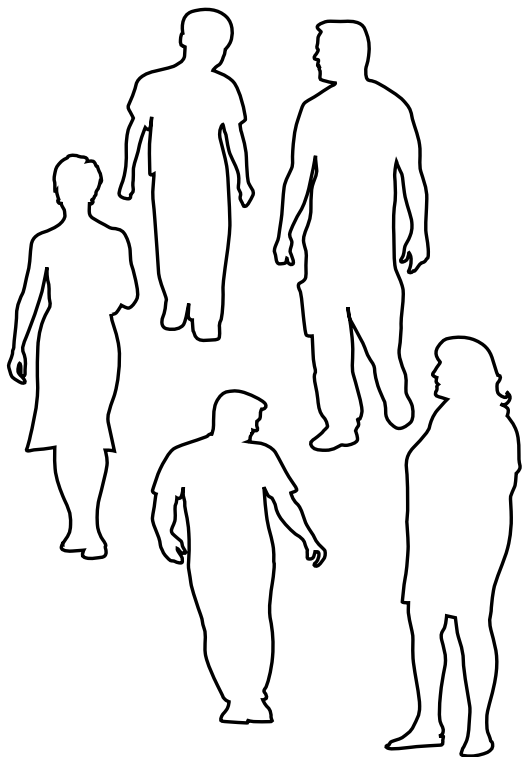


FIGUR 7 ANTAL PERSONER PER ÅLDERSGRUPP FÖRDELAT PÅ MÄN OCH KVINNOR.



FÄRRE KVINNOR
ÄN MÄN
VÅRDAS INOM
SLUTENVÅRDEN.

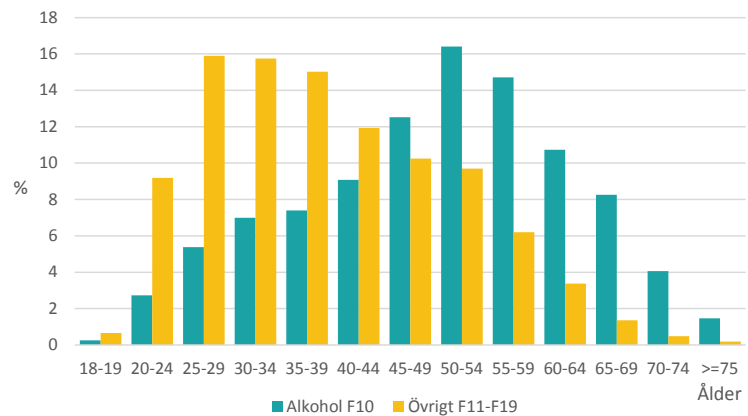
22



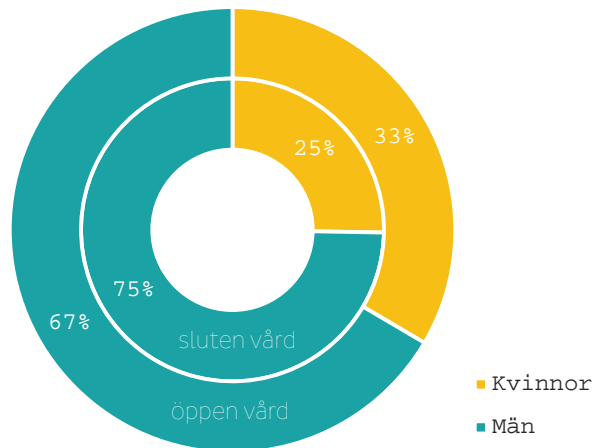
Fortsättning ålder och könsfördelning

Figur 8 visar åldersfördelning för alkohol och narkotikadiagnoser. Narkotikadiagnoser är mer vanligt förekommande bland yngre personer medan alkoholdiagnoser är vanligare i högre åldrar. Figur 9 visar andelen män och kvinnor i öppen respektive slutenvård. Jämfört med män så vårdas en lägre andel kvinnor inom slutenvård jämfört med öppenvård (figur 9).

FIGUR 8 ÅLDERSFÖRDELNING FÖR ALKOHOL OCH NARKOTIKA.



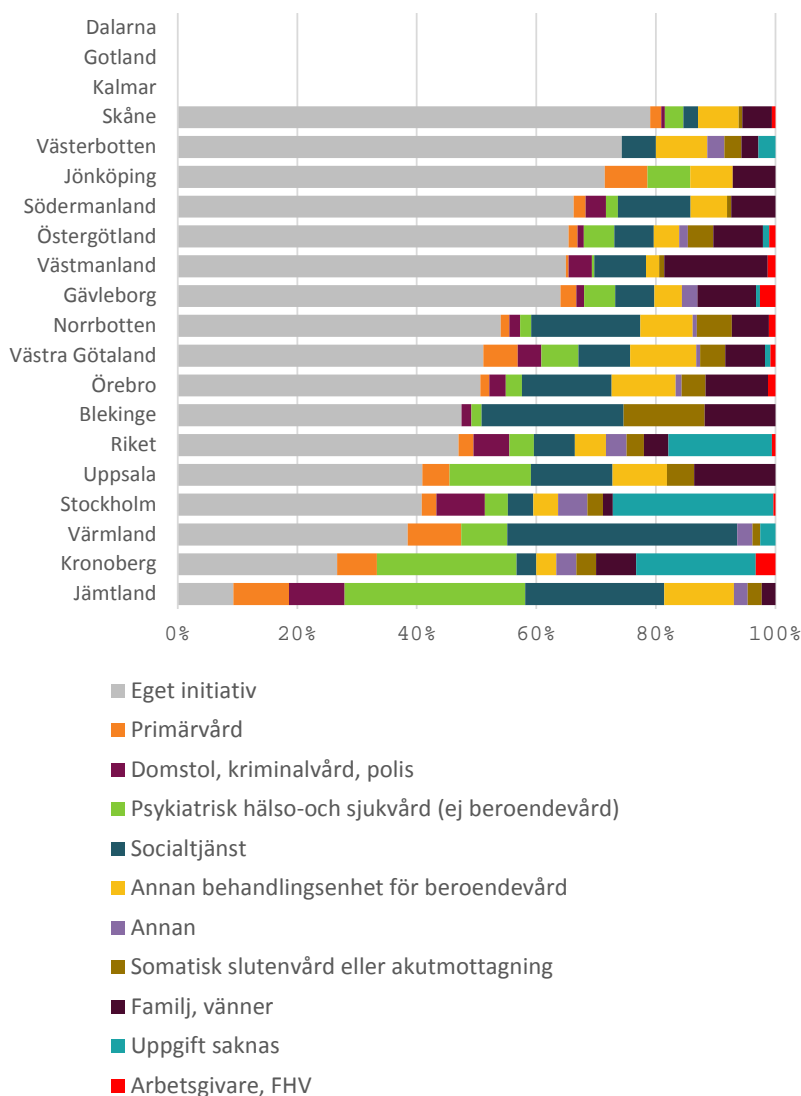
FIGUR 9 ANDELEN MÄN OCH KVINNOR PER VÅRDFORM (ÖPPEN OCH SLUTENVÅRD)

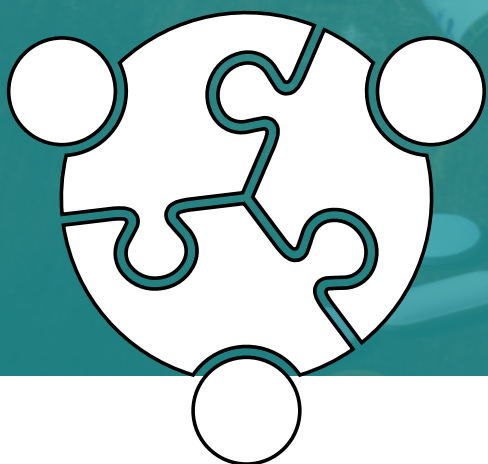


Huvudsaklig initiativtagare till vård

Figur 10 visar huvudsaklig initiativtagare i öppenvård och slutenvård. Ett sätt att åskådliggöra hur väl vårdkedjan fungerar är frågan om huvudsaklig initiativtagare till beroendevården. I de flesta landsting har man angett att störst andel patienter kommer in på eget initiativ. Men flera landsting har en stor andel patienter som kommer på initiativ från socialtjänst, primärvård eller andra psykiatriska vårdenheter. Det speglar att den landstingsdrivna hälso- och sjukvården har ett delat ansvar med kommunernas socialtjänst för specialiserade vård- och stödsatser för patienter med skadligt bruk och beroende. Många patienter vårdas även inom primärvård eller annan psykiatrisk vård.

FIGUR 10 HUVUDSAKLIG INITIATIVTAGARE TILL BEROENDEVÅRD PER LÄN. BASERAT PÅ SLUTENVÅRD OCH NYREGISTRERINGAR, N=4018+3049=7067 REGISTRERINGAR.





De tre vanligaste beroendediagnoserna

Tabell 1 och 2 visar de tre vanligaste beroendediagnoserna i öppenvård och slutenvård per län. Alkoholberoende är den vanligaste diagnosen bland patienter som har registrerats inom slutenvård och öppenvård i SBR. Diagnoser kopplade till opioider är den andra mest förekommande gruppen i öppenvården. Det speglar troligen 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 ett blandberoende (kombinationsdiagnos) av flera substanser (F19) både inom slutenvård och öppenvård. I övrigt varierar diagnoserna något mellan landstingen vilket kan bero på skillnader i vårdorganisation och variation i tillgänglighet för alkohol och narkotika i landet. Även tillgång till beroendevård totalt sett, både inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänsten kan också påverka bilden.

24

TABELL 1 TRE VANLIGASTE BEROENDEDIAGNOSERNA I SLUTENVÅRD PER LÄN

Län	Antal vårdtillfällen	Vanligaste beroendediagnosen (%)	Näst vanligaste beroendediagnosen (%)	3:e vanligaste beroendediagnosen (%)
Blekinge	59	Alkohol F10 (90)	Opioider F11 (5)	Kombination F19 (5)
Norrbottn	261	Kombination F19 (39)	Alkohol F10 (38)	Opioider F11 (24)
Stockholm	1636	Alkohol F10 (70)	Kombination F19 (21)	Opioider F11 (8)
Södermanland	136	Alkohol F10 (46)	Kombination F19 (21)	Opioider F11 (18)
Uppsala	13	Alkohol F10 (69)	Kombination F19 (8)	Sedativa F13 (8)
Västerbotten	21	Alkohol F10 (62)	Kombination F19 (19)	Opioider F11 (19)
Västmanland	231	Alkohol F10 (38)	Kombination F19 (27)	Opioider F11 (2)
Västra Götaland	126	Alkohol F10 (56)	Kombination F19 (27)	Stimulantia F15 (6)
Örebro	351	Alkohol F10 (56)	Kombination F19 (30)	Opioider F11 (9)
Östergötland	215	Alkohol F10 (64)	Kombination F19 (20)	Opioider F11 (10)

3 VANLIGASTE DIAGNOSERNA: ALKOHOLBEROENDE, OPIOIDER OCH BLANDBEROENDE

TABELL 2 TRE VANLIGASTE BEROENDEDIAGNOSERNA I ÖPPENVÅRD PER LÄN

Län	Antal vårdtillfällen	Vanligaste beroendediagnosen (%)	Näst vanligaste beroendediagnosen (%)	3:e vanligaste beroendediagnosen (%)
Dalarna	3	Opioider F11 (100)	Sedativa F13 (33)	Cannabis F12 (33)
Gotland	8	Opioider F11 (63)		
Gävleborg	163	Alkohol F10 (52)	Opioider F11 (28)	Kombination F19 (10)
Jämtland	111	Kombination F19 (42)	Alkohol F10 (19)	Opioider F11 (15)
Jönköping	18	Kombination F19 (50)	Opioider F11 (44)	Alkohol F10 (17)
Kalmar	6	Kombination F19 (67)	Opioider F11 (67)	Alkohol F10 (17)
Kronoberg	30	Opioider F11 (53)	Alkohol F10 (23)	Kombination F19 (7)
Norrbottn	22	Opioider F11 (100)		
Skåne	366	Opioider F11 (90)	Sedativa F13 (11)	Kombination F19 (9)
Stockholm	4975	Alkohol F10 (50)	Opioider F11 (16)	Kombination F19 (11)
Södermanland	25	Opioider F11 (44)	Alkohol F10 (24)	Kombination F19 (8)
Uppsala	15	Alkohol F10 (87)	Kombination F19 (20)	Stimulantia F15 (7)
Värmland	104	Kombination F19 (41)	Opioider F11 (39)	Alkohol F10 (13)
Västerbotten	14	Opioider F11 (50)	Kombination F19 (21)	Cannabis F12 (7)
Västra Götaland	461	Opioider F11 (41)	Alkohol F10 (27)	Kombination F19 (21)
Örebro	70	Alkohol F10 (83)	Opioider F11 (10)	Kombination F19 (3)
Östergötland	398	Alkohol F10 (58)	Opioider F11 (31)	Kombination F19 (7)

Återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende inom öppenvård

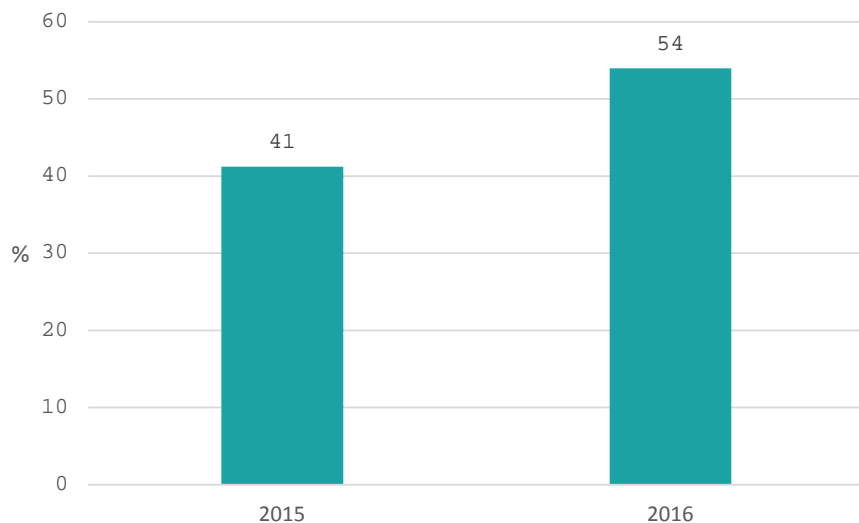
Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling vid alkoholberoende är en rekommenderad men underutnyttjad behandling i öppenvården. Figur 11 visar att andelen patienter som fick återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende har ökat från 41 % till 54 % mellan 2015 och 2016. Figur 12 visar andelen patienter som får olika typer av återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör personer med alkoholberoende behandlas med återfallsförebyggande läkemedel som disulfiram, akamprosat eller naltrexon. Disulfiram är ett väldokumenterat och beprövat preparat med dokumenterade effekter. Akamprosat minskar antalet dagar med alkoholkonsumtion och antal återfall. Naltrexon minskar framförallt risken för att återfalla i kraftigt berusningsdrickande. Samtliga tre preparat bedöms av Socialstyrelsen ha dokumenterad effekt och vara kostnadseffektiva. Behandling med återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende syftar till att alkoholkonsumtionen ska upphöra eller minska för att på så sätt minska problem och skador som en hög konsumtion medför.



ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDELS-
BEHANDLING VID ALKOHOLBEROENDE ÄR
EN REKOMMENDERAD MEN UNDERUTNYTTJAD
BEHANDLING I ÖPPENVÅRDEN.

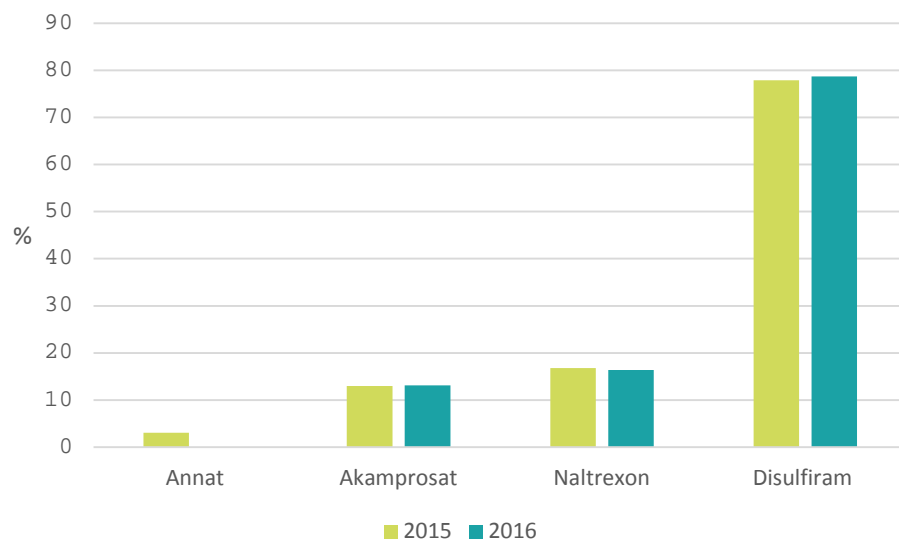
FIGUR 11

ANDEL SOM FÅTT ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE BEHANDLING FÖR ALKOHOLBEROENDE BLAND PATIENTER MED DIAGNOS F102 (ALKOHOLBEROENDE). ÖPPENVÅRD. STHLM EJ INKLUDERAT.



FIGUR 12

ANDEL PATIENTER SOM FÅR RESPEKTIVE PREPARAT BLAND PATIENTER SOM BEHANDLAS MED ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL FÖR ALKOHOLBEROENDE. ÖPPENVÅRD. STHLM EJ INKLUDERAT.

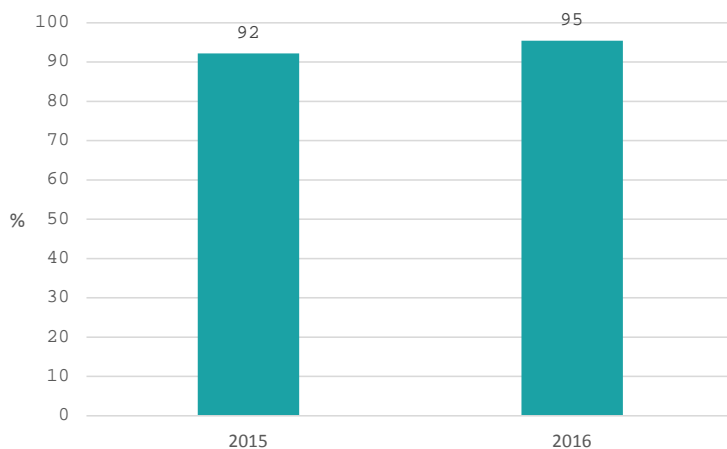


Läkemedelsbehandling för opioidberoende

LARO står för läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende. Tabell 13 visar andelen patienter i SBR med opioidberoende som får laro-behandling. Den höga andelen speglar att många laro-enheter registrerar i SBR, och är troligen inte representativt för samtliga personer med opioidberoende i Sverige.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården behandla personer med opioidberoende med kombinationen buprenorfin-naloxon eller metadon. Kombinationen buprenorfin-naloxon har en högre prioriteringsgrad än buprenorfin eftersom risken för missbruk och allvarliga biverkningar anses vara lägre. Bland de som får läkemedelsassisterad behandling är det vanligast med buprenorfin-naloxon (18 %), metadon (30 %), buprenorfin (33 %), ospecificerat (18 %), figur visas ej.

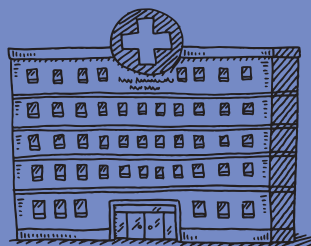
FIGUR 13 ANDEL PERSONER SOM FÅR LÄKEMEDELSASSISTERAD BEHANDLING FÖR OPIOIDBEROENDE BLAND PATIENTER MED DIAGNOS F112 (OPIOIDBEROENDE). ÖPPENVÅRD.



FOKUS- SLUTENVÅRD

STORA VARIATIONER

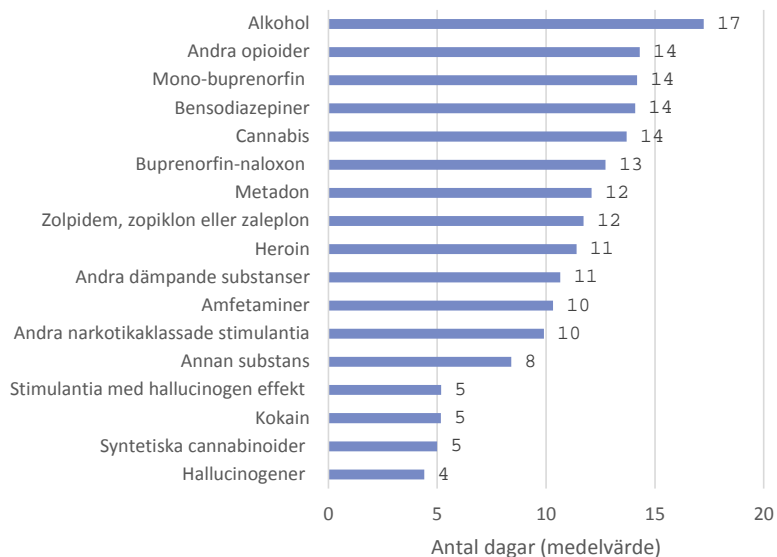
En stor del av registreringarna under 2016 är från slutenvården (3049 st). De resultat från slutenvården som presenteras på följande sidor kan ha många olika orsaker beroende på patientpopulation och hur vården är organiserad på olika enheter och i olika län.



Substansbruk i slutenvården

I SBR registreras vilka substanser patienterna använt de senaste 30 dagarna. Beroendeframkallande substanser inkluderar alkohol, narkotika och illegal/icke-förskriven användning av beroendeframkallande läkemedel. Med hjälp av dessa uppgifter kan man följa vilka substanser som är vanligast bland patienterna i slutenvården. Figur 14 visar antal dagar med substansbruk per drog de senaste 30 dagarna. Patienter inom slutenvården uppger att de brukat alkohol i genomsnitt 17 dagar, opioider 14 dagar, bensodiazepiner 14 dagar, och cannabis 14 dagar.

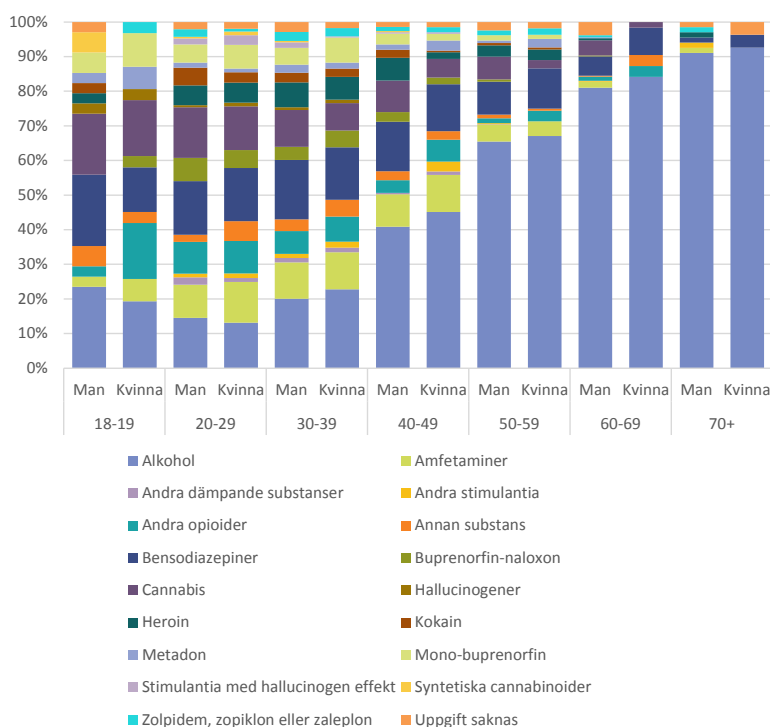
FIGUR 14 ANTAL DAGAR I GENOMSnitt MED SUBSTANSBRUK PER DROG SENASTE 30 DAGARNA



Fortsättning substansbruk i slutenvården

Figur 15 visar att intag av olika substanser senaste 30 dagarna varierar mellan åldersgrupperna hos såväl män som kvinnor. Narkotika är vanligt förekommande i yngre åldersgrupper medan alkohol dominerar i högre åldersgrupper. Bland kvinnor och män över 50 år utgör alkohol över 60% av använda substanser. Lägst andel alkohol (13 %) angavs i åldersgruppen 20-29 år.

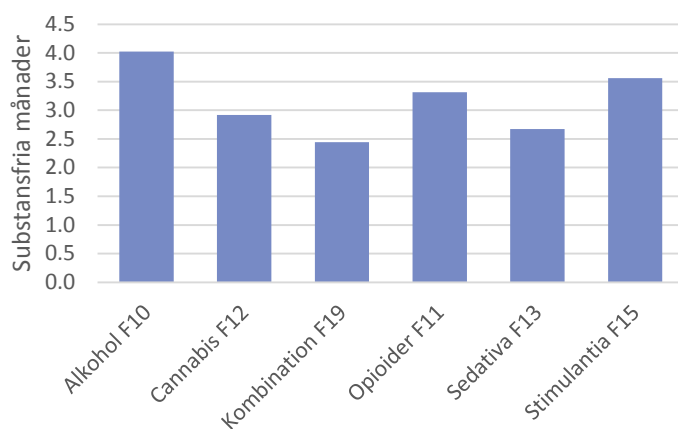
FIGUR 15 FÖRDELNING AV SUBSTANSBRUK SENASTE 30 DAGARNA FÖR ÅLDER OCH KÖN (N=4325 REGISTRERADE DROGER, 2264 UNIKA PATIENTER, VID SENASTE VÅRDTILLFÄLLET 2016).



Substansfria månader

En av indikatorerna som kan vara till stöd i att mäta resultat av beroendevården är antalet substansfria månader det senaste året. Figur 16 visar antal substansfria månader i genomsnitt under det senaste året per diagnos i slutenvård. Patienter med alkoholdiagnoser rapporterade i genomsnitt 4 substansfria månader, patienter med opioidberoende 3,3 substansfria månader, och patienter med kombinationsberoende rapporterade 2,4 substansfria månader.

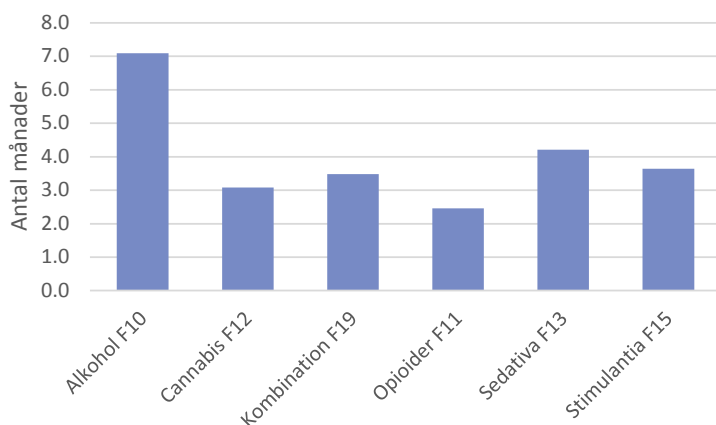
FIGUR 16 ANTAL SUBSTANSFRIA MÅNADER I GENOMSnitt UNDER DET SENASTE ÅRET – PER DIAGNOS I SLUTENVÅRD (N=2483 REGISTRERADE DIAGNOSER, 2264 UNIKA PATIENTER, VID SENASTE VÅRDTILLFÄLLET 2016).



Alkoholriskbruk

Figur 17 visar antal månader med alkoholriskbruk senaste året per diagnos i slutenvård. Riskbruk definieras som 14 (män) eller 9 (kvinnor) standardglas alkohol per vecka, alternativt förekomst av kraftigt berusningsdrinkande. Medelantalet månader med riskbruk av alkohol var 7 månader för patienter med alkoholberoende. Medelantalet månader med riskbruk av alkohol för patienter med opioidberoende var 2,5 månader.

FIGUR 17 ANTAL MÅNADER MED ALKOHOLRISKBRUK SENASTE ÅRET PER DIAGNOS I SLUTENVÅRD (N=2483 REGISTRERADE DIAGNOSER, FÖR 2264 UNIKA PATIENTER, SENASTE VÅRDTILLFÄLLET ANVÄNDES).

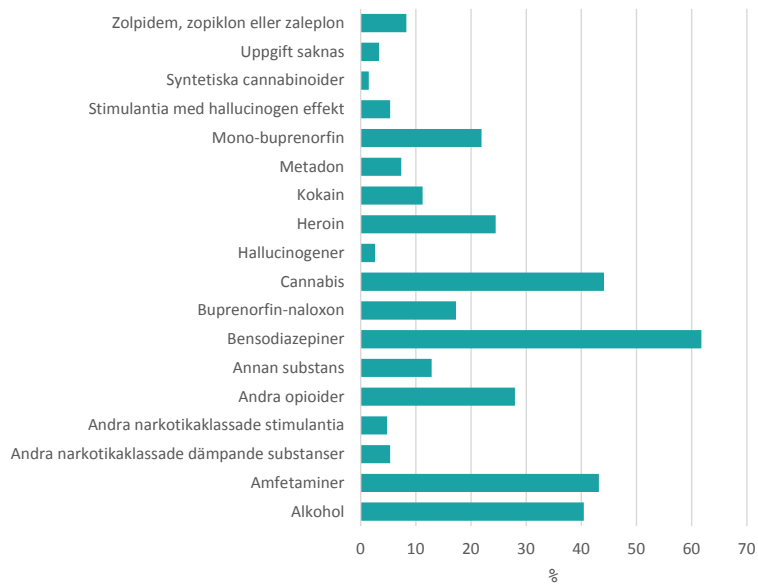


PERSONER MED
ALKOHOLBEROENDE
HADE I GENOM-
SNITT 7 MÅNADER
MED RISKBRUK.

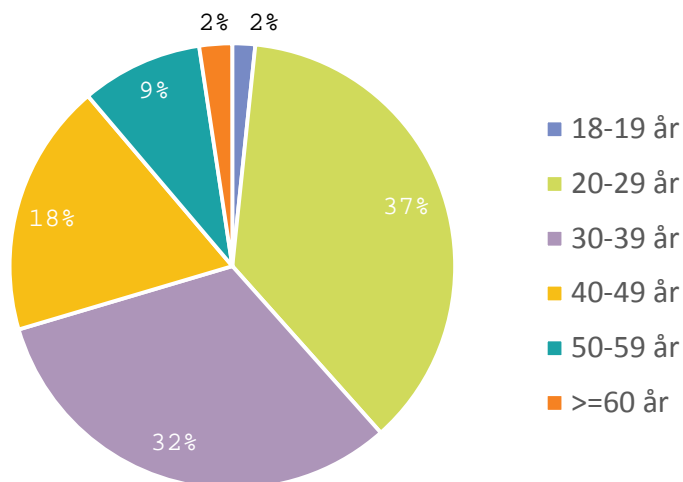
Blandberoende

Patienter med diagnosen blandberoende är vanligt förekommande inom slutenvården. Figur 18 visar andelen patienter med diagnos blandmissbruk (F19) per substans de senaste 30 dagarna. Andelen patienter med blandberoende som uppger att de senaste månaden använt bensodiazepiner är 62 %, cannabis 44 %, och amfetamin och centralstimulerande substanser 43 %. Figur 19 visar att 69 % av personer med blandberoende är mellan 20–39 år.

FIGUR 18 ANDEL PATIENTER MED DIAGNOS BLANDBEROENDE (F19) SOM ANVÄNT RESPEKTIVE DROG SENASTE 30 DAGARNA I SLUTENVÅRD (N=544 UNIKA PATIENTER).



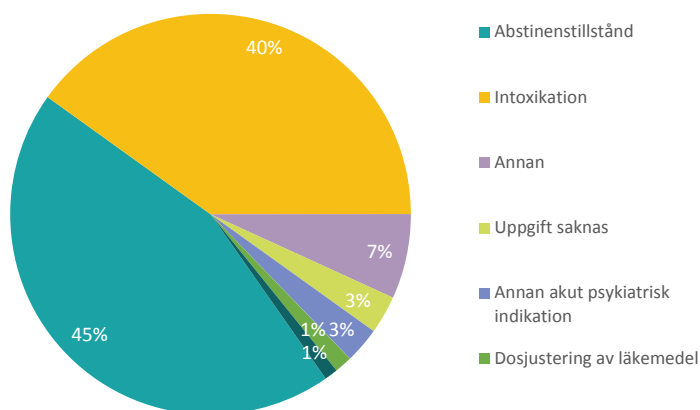
FIGUR 19 ÅLDERSFÖRDELNING FÖR PATIENTER MED BLANDBEROENDE DIAGNOS F19 I SLUTENVÅRD (N=544 PATIENTER), SENASTE VÅRDILLFÄLLET MED DIAGNOS F19.



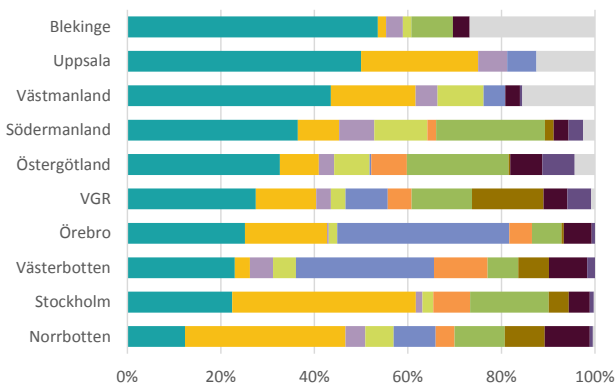
Primär inläggningsorsak och behandling i slutenvården

Figur 20 visar att de vanligaste inläggningsorsakerna är abstinensstillstånd (45 %) och intoxikation (40%). Figur 21 visar genomförd behandling vid senaste slutenvårdstillfället per region. Vanliga åtgärder i de flesta regioner var abstinensbehandling, observation/utredning och motiverande samtal.

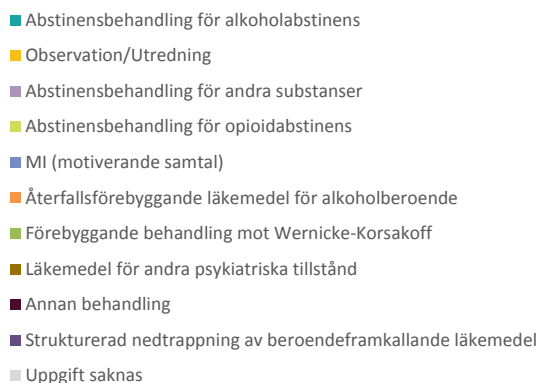
FIGUR 20 PRIMÄR INTAGNINGSORSAK I SLUTENVÅRD INTAGNINGSORSAK SLUTENVÅRD:



34

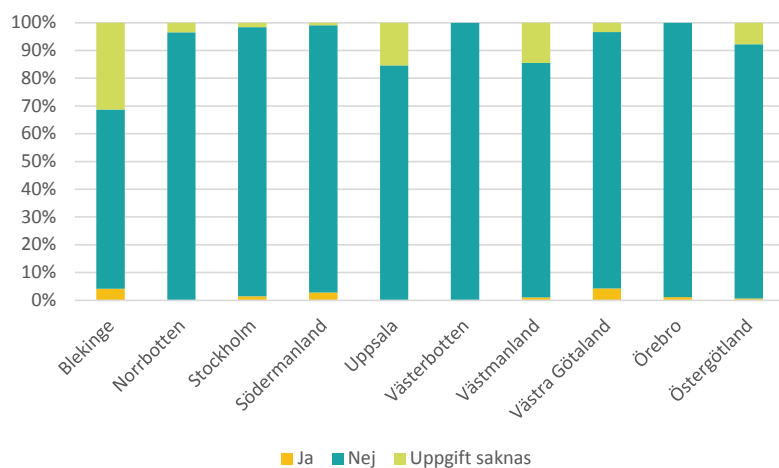


FIGUR 21 GENOMFÖRD BEHANDLING I SLUTENVÅRD VID SENASTE VÅRDILLFÄLLET 2016 (N=4323 REGISTRERADE BEHANDLINGAR, 2264 UNIKA PATIENTER).

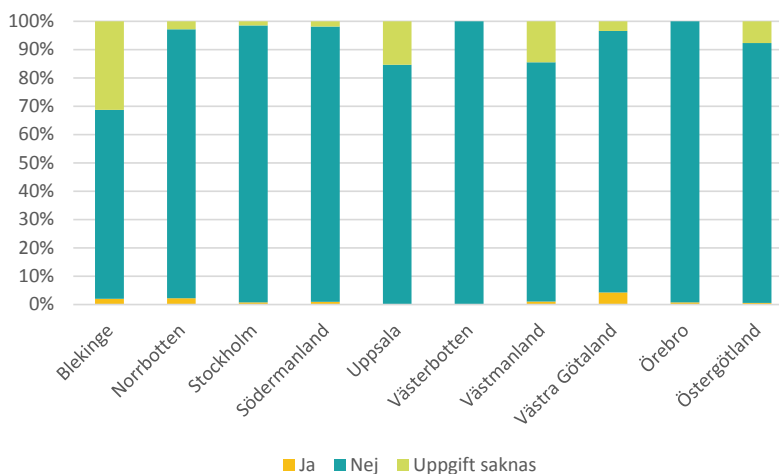


Abstinensbehandling och delirium tremens

Alkoholabstinens inträder efter en längre tids omfattande alkoholintag. Alkoholabstinens är obehagligt och kan leda till potentiellt livshotande tillstånd som delirium tremens. Figur 22 och 23 visar att andelen registrerade patienter med delirium tremens och abstinenskramper var mycket lågt, vilket är önskvärt eftersom abstinensbehandling primärt syftar till att undvika dessa tillstånd.



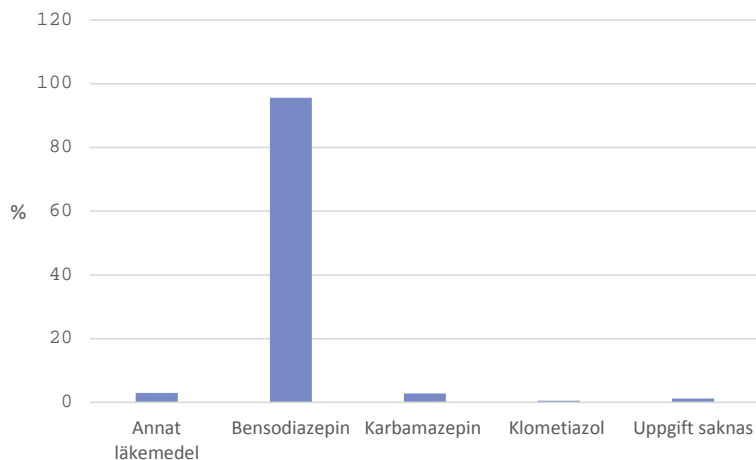
FIGUR 22 ANDEL PATIENTER MED DELIRIUM TREMENS. N=2264 PATIENTER, SENASTE VÅRDILLFÄLLET, SLUTENVÅRD.



FIGUR 23 ANDEL PATIENTER MED ABSTINENSKRAMPER. N=2264 PATIENTER, SENASTE VÅRDILLFÄLLET, SLUTENVÅRD.

Läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens

Figur 24 visar andelen patienter med alkoholberoende som fått olika typer av läkemedel mot abstinens. Socialstyrelsen rekommenderar behandling med bensodiazepiner vid alkoholabstinens och delirium tremens. Andelen patienter som i slutenvård behandlats med bensodiazepiner vid alkoholabstinens var 96 %.

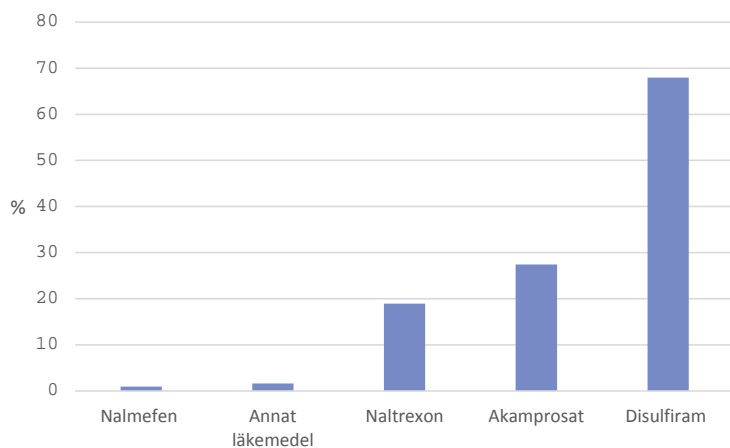


FIGUR 24 ANDEL PATIENTER SOM VID ABSTINENSBEHANDLING FÖR ALKOHOLABSTINENS FÅTT RESPEKTIVE LÄKEMEDEL VID SENASTE VÄRDITILLFÄLLET 2016. (N=1106 UNIKA PATIENTER).

36

Återfallsförebyggande läkemedel för alkoholberoende inom slutenvård

Figur 25 visar att av de patienter som behandlades med återfallsförebyggande läkemedel fick 68 % disulfiram, 27 % akamprosat, och 19 % naltrexon inom slutenvården.



FIGUR 25 ANDEL PATIENTER SOM VID BEHANDLING MED ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL FÖR ALKOHOLBEROENDE FÅTT RESPEKTIVE LÄKEMEDEL VID SENASTE VÄRDITILLFÄLLET I SLUTENVÅRD (N=306 UNIKA PATIENTER).

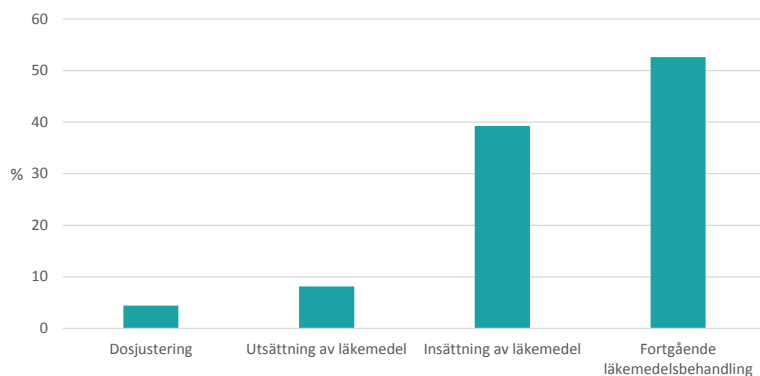


I SLUTENVÅRD BEHANDLADES 96 %
AV PATIENTERNA MED ALKOHOLABSTINENS
MED BENSODIAZEPINER.

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende inom slutenvård

Figur 26 visar att status på läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende inom slutenvården varierade mellan insättning av läkemedel (39 %), fortgående behandling (53%), utsättning (8 %) och dosjustering (4 %).

FIGUR 26 ANDEL PATIENTER OCH STATUS PÅ LÄKEMEDELSBEHANDLING FÖR OPIOIDBEROENDE VID SENASTE VÅRDTILLFÄLLET I SLUTENVÅRD (N=135 PATIENTER).

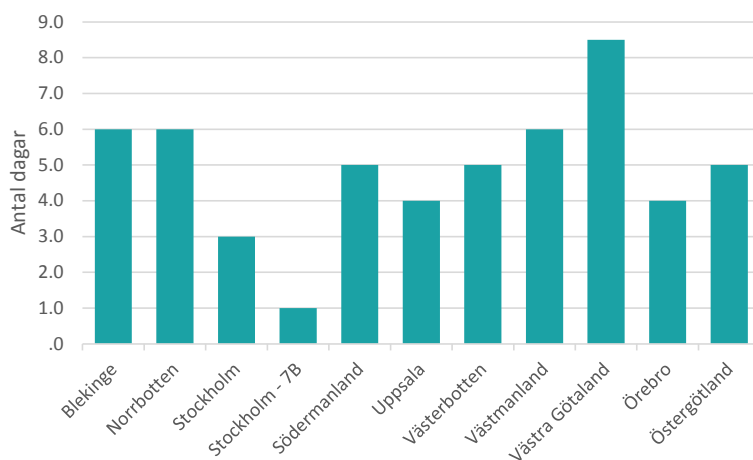


Vårdtid inom slutenvård

Figur 27-29 visar antal vårddagar inom slutenvård (median). Vårdtiden var i Stockholm 3 dygn, i Västra Götaland 8,5 dygn, Örebro 4 dygn och Östergötland 5 dygn.

Patienter med alkoholberoende vårdades tre dagar i slutenvård. Vid cannabisdiagnos var vårdtiden 6 dagar, för opioidberoende 5,5 dagar, sedativa substanser 5 dagar, centralstimulantia 2 dagar och blandberoende 4 dagar. Antal vårddagar i genomsnitt var högst i åldersgruppen 18-29 år (4 dagar), i övriga åldersgrupper var vårdtiden 3 dagar. Skillnaden mellan median och medelvärde visar på en stor variation i materialet där ett fåtal patienter har haft långa vårdtider jämfört med övriga.

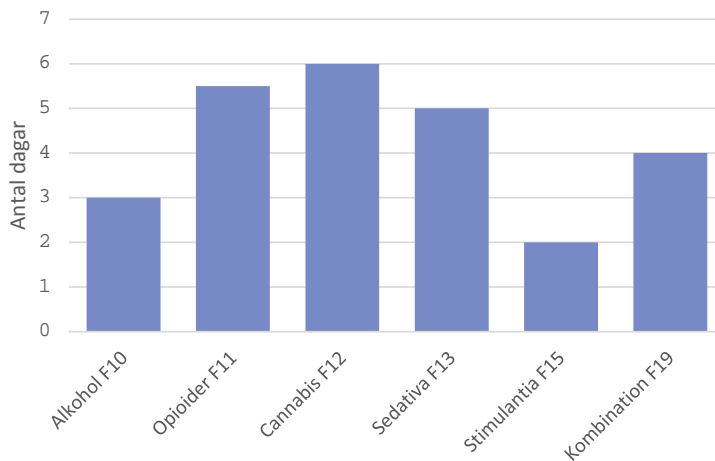
FIGUR 27 ANTAL VÅRDDAGAR, MEDIAN, SLUTENVÅRD. N=2264 PATIENTER, SENASTE VÅRDTILLFÄLLET, SLUTENVÅRD



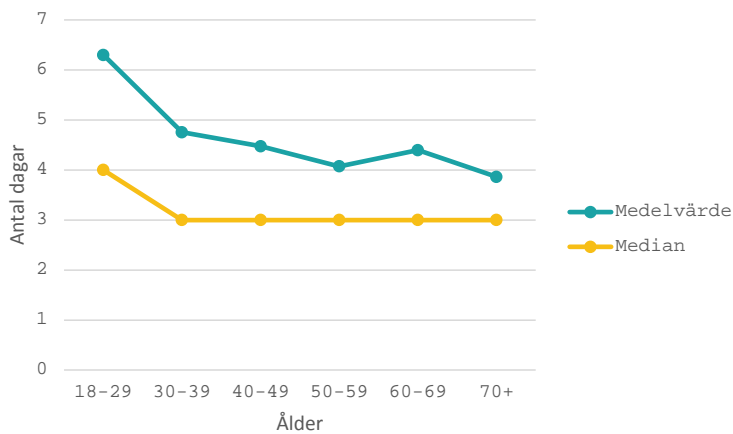
ETT FÅTAL
PATIENTER
HAR HAFT LÅNGA
VÅRDTIDER



FIGUR 28 ANTAL VÅRDDAGAR (MEDIAN) INOM SLUTENVÅRD. N=2483 REGISTRERADE DIAGNOSER, 2264 UNIKA PATIENTER, SENASTE VÅRDTILLFÄLLET.

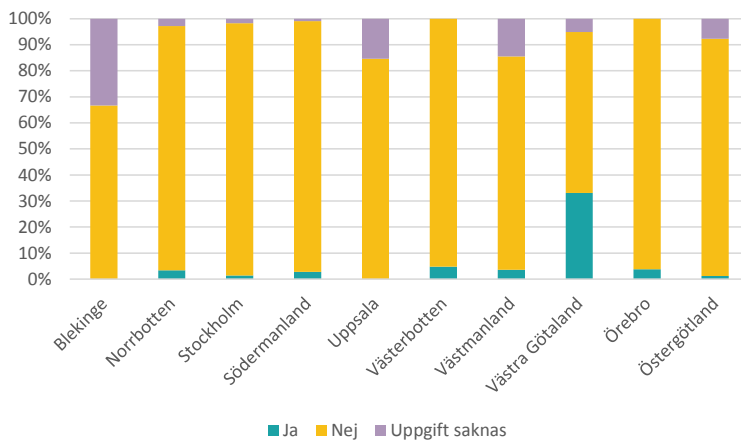


FIGUR 29 ANTAL VÅRDDAGAR PER ÅLDERSGRUPP, MEDELVÄRDE/MEDIAN, SLUTENVÅRD. N=2264 PATIENTER, SENASTE VÅRDTILLFÄLLET.



Tvångsvård

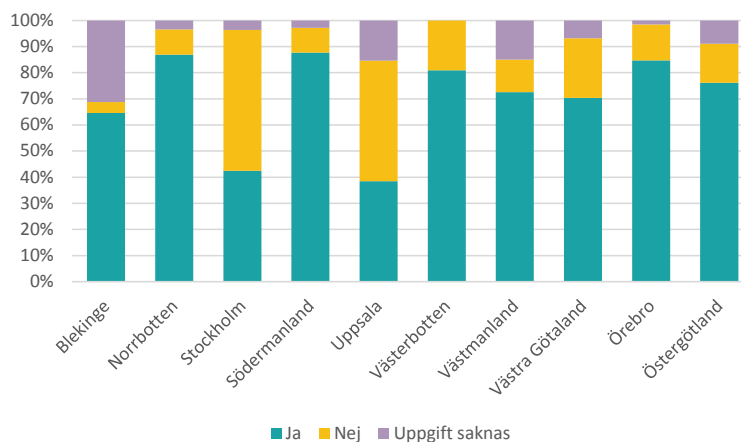
Figur 30 visar andel patienter som vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Andelen patienter som vårdats med LPT/LRV varierade över riket. Högst andel patienter med tvångsvård rapporterades i Västra Götalandsregionen (drygt 33 %).



FIGUR 30 ANDEL PATIENTER SOM VÅRDATS ENLIGT LPT/LRV. N=2264 PATIENTER, SENASTE VÅRDINFÄLLET, SLUTENVÅRD

Kontakt med öppenvård

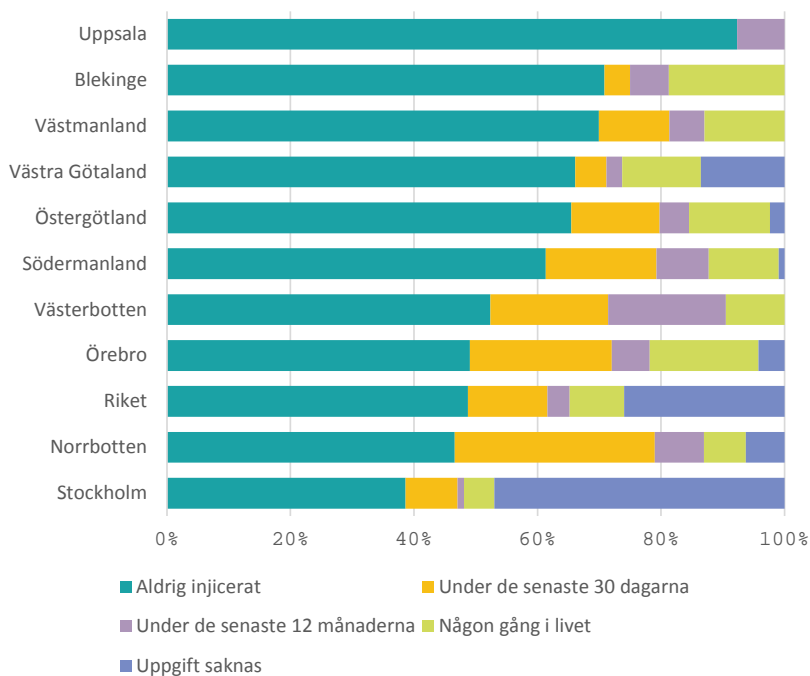
Det är önskvärt med en sammanhållen vårdkedja mellan öppenvård och slutenvård. Figur 31 visar andel patienter där kontakt tagits med öppenvården i samband med vårdtillfället inom slutenvård. En hög andel av patienterna erbjöds uppföljning inom öppenvården i Örebro (85 %), Östergötland (76 %), Södermanland (88 %), Västerbotten (81 %) och Norrbotten (87 %).



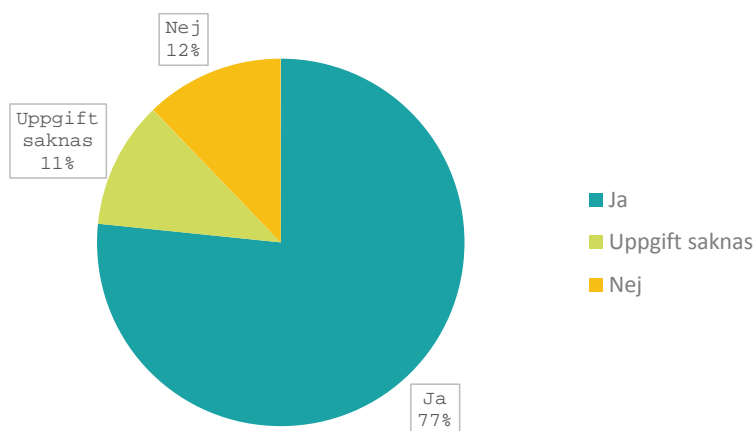
FIGUR 31 HAR KONTAKT TAGITS MED ÖPPENVÅRDEN, N=2264 PATIENTER, SENASTE VÅRDINFÄLLET, SLUTENVÅRD

Injicerat droger samt provtagning för smitta

Figur 32 visar andelen patienter i slutenvård per landsting som injicerat droger. I riket uppgav 13 % av patienter att de injicerat droger under senaste 30 dagarna. I slutenvården har 77 % av patienterna som uppgett att de injicerat droger testats för hiv och hepatit B (Figur 33). För att motverka spridning av blodsmitta (till exempel hiv, hepatit B, C) bland patienter som injicerar behöver upprepad provtagning göras minst var 6:e månad.



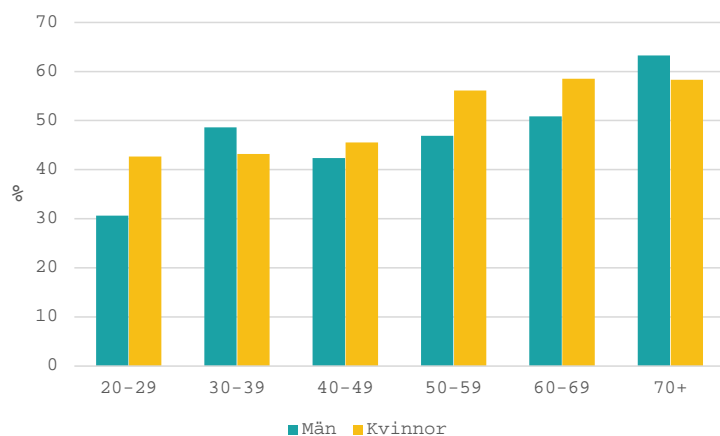
FIGUR 32 ANDEL PATIENTER SOM INJICERAT DROGER PER LANDSTING I SLUTENVÅRD, (N=2264 PATIENTER, SENASTE VÅRDTILLFÄLLET).



FIGUR 33 ANDEL PATIENTER I SLUTENVÅRD SOM PROVTAGITS FÖR HIV/HEPATIT B/C BLAND PERSONER SOM UPPGETT ATT DE INJICERAT DROGER. N=573 PATIENTER I SLUTENVÅRD SOM INJICERAT DROGER 2016.

Somatisk samsjuklighet

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 vid behov. Figur 34 visar andel patienter med somatisk sjukdom inom slutenvården. Mellan 30-60% av patienterna rapporterar att de har någon somatisk sjuklighet. Den somatiska samsjukligheten ökar som förväntat med stigande ålder.

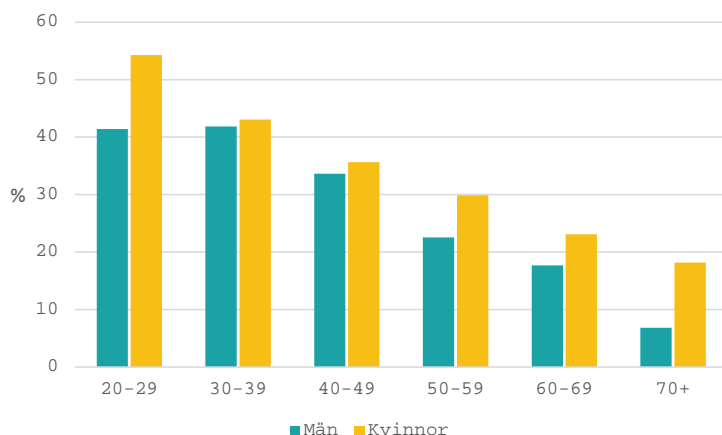


FIGUR 34 ANDEL PATIENTER MED SOMATISK SJUKDOM I SLUTENVÅRD PER ÅLDERSGRUPP, N=2264 PATIENTER, VID SENASTE VÅRDTILLFÄLLET 2016

42

Psykiatrisk samsjuklighet

Bland patienter med beroendediagnos finns en förhöjd förekomst av annan psykisk sjukdom (figur 35). Av slutenvårdspatienter hade ca 41 % av männen och ca 54 % av kvinnorna i åldersgruppen 20-29 år en annan psykiatrisk diagnos utöver beroendediagnos. Den psykiatriska samsjukligheten sjunker med stigande ålder. Om det är den psykiska sjukligheten som är ursprunget till beroendesjukdomen eller tvärtom kan vara svårt att avgöra, och det kan finnas gemensamma bakomliggande riskfaktorer.

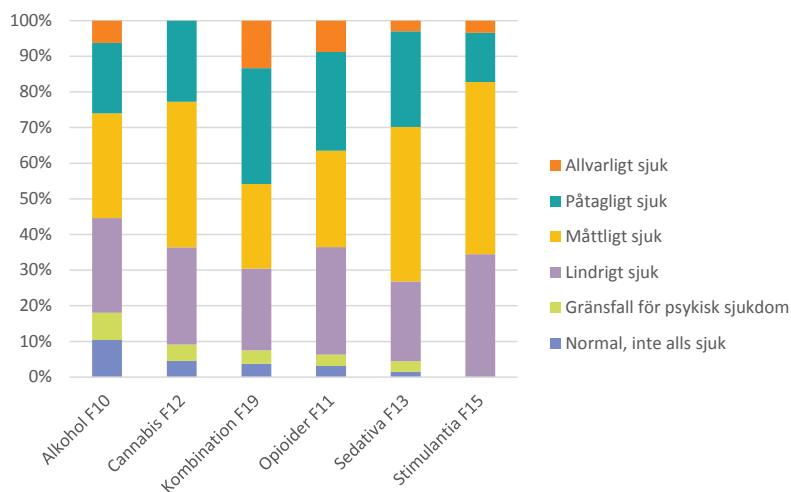


FIGUR 35 ANDEL PATIENTER MED ANNAN PSYKIATRISK DIAGNOS PER ÅLDERSGRUPP I SLUTENVÅRD, N=2264 PATIENTER, VID SENASTE VÅRDTILLFÄLLET 2016.

CGI-S

CGI-S (Clinical Global Impression) är en bedömerskattning som används inom psykiatrisk vård. CGI-S kvantifierar behandlarens intryck av hur svårt psykiskt sjuk en patient är vid undersökningstillfället (dagsform). Symtomnivå, funktionspåverkan, samt sammanlagd effekt av psykiatriska diagnoser ska vägas in i bedömningen. CGI-S består av en sjugradig skala med skalstegen normal/inte alls sjuk (1), gränsfall för psykisk sjukdom (2), lindrigt sjuk (3), måttligt sjuk (4), påtagligt sjuk (5) allvarligt sjuk (6), bland de mest extremt sjuka patienterna (7). Figur 36 visar hur patienterna fördelar sig över CGI-S uppdelat på beroendediagnos. I den stora gruppen patienter med alkoholdiagnos bedömdes 29 % vara måttligt psykiskt sjuka, 20 % vara påtagligt sjuka, och 6 % allvarligt sjuka. Bland patienter som har diagnos knuten till sedativa substanser bedömdes av patienter 43 % vara måttligt sjuka, 27 % påtagligt, och 3 % vara allvarligt sjuka.

FIGUR 36 CGI-S PER DIAGNOS. N=1093 REGISTRERADE DIAGNOSER, 928 PATIENTER MED IFYLLED CGIS, SENASTE SLUTENVÅRDSTILLFÄLLET.

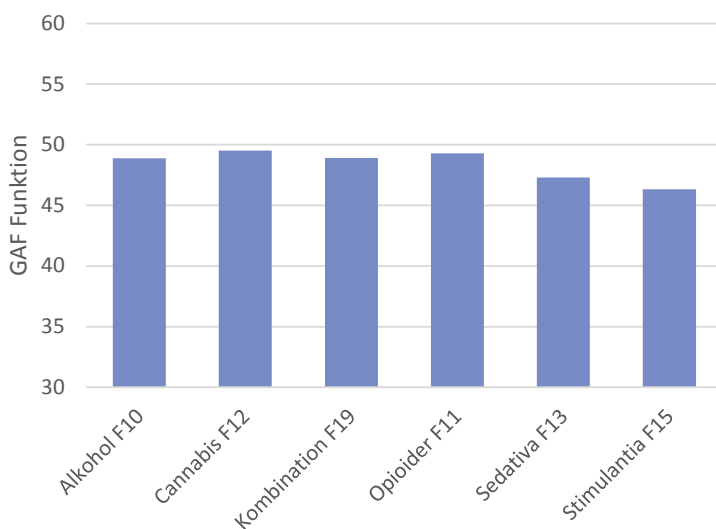


MÅNGA MÄN OCH KVINNOR
I ÅLDRARNA 20-29 ÅR
HADE EN ANNAN PSYKIATRISK
DIAGNOS UTÖVER BEROENEDIAGNOS.

GAF

I SBR mäts patienters globala psykiska ohälsa med GAF skalan, med uppdelningen i delskalorna GAF-funktion och GAF-symtom. GAF-skalan är indelad i 10 olika intervaller med exempel och gradering av symtom (GAF-symtom) och social- och yrkesmässig funktionsförmåga (GAF-funktion). Skalsteg 1 representerar det allra svåraste psykiska tillståndet med de allvarligaste symtomen och de svåraste funktionsproblemen och skalsteg 100 en person helt utan symtom eller sänkt funktionsförmåga. Patienter med över 60 poäng på GAF-skalan ska fungera väl i samhället men eventuellt ha vissa milda symtom.

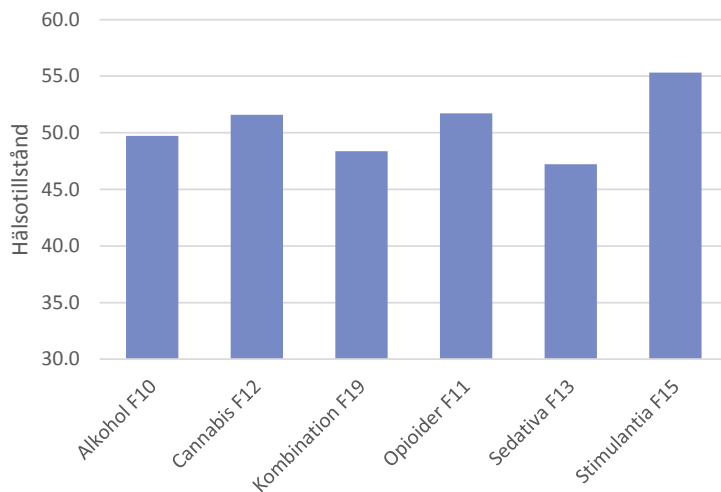
Figur 37 visar medelvärde för GAF-funktion per diagnos. Patienter med alkoholdiagnos inom slutenvården hade i genomsnitt GAF-värden strax under 50. Patienter med beroende av sedativa substanser hade GAF-värdet 47. För GAF-symtom fördelar sig diagnosgrupperna på stort sett samma sätt som för GAF-funktion (redovisas ej).



FIGUR 37 GAF MEDELVÄRDE PER DIAGNOS. N=861 REGISTRERADE DIAGNOSER FÖR 712 PATIENTER MED REGISTRERAT GAF-VÄRDE, SENASTE VÅRDTILLFÄLLET SLUTENVÅRD.

EQ-5D

I EQ-5D som är en skattningsskala för hälsorelaterad livskvalitet ingår en fråga om självskattad hälsa där patienten får markera sitt hälsotillstånd på en skala mellan 0 och 100. Patientens bästa möjliga hälsotillstånd har värdet 100 och sämsta möjliga hälsa har värdet 0. Figur 38 visar medelvärde för självskattad hälsa per beroendediagnos inom slutenvården. Medelvärdet för patienter med alkoholberoende är 50, cannabis 52, blandberoende 48, opioider 52, sedativa 47, stimulantia 55.

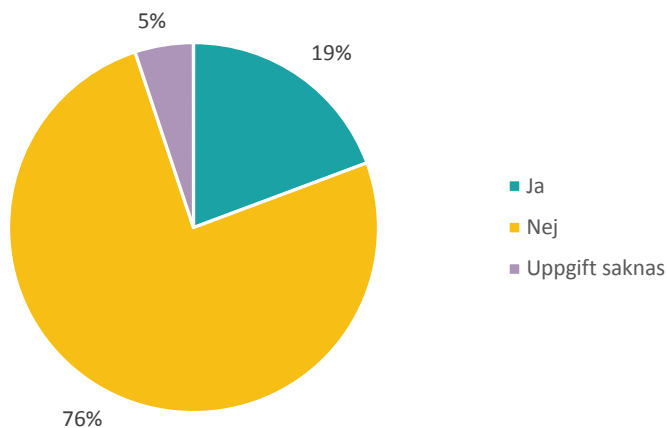


FIGUR 38 EQ-5D MEDELVÄRDE PER DIAGNOS. N=1326 REGISTRERADE DIAGNOSER FÖR 1165 PATIENTER MED REGISTRERAT EQ-5D, SENASTE VÅRDILLFÄLLET SLUTENVÅRD.

Berörda minderåriga barn till patienter i slutenvården

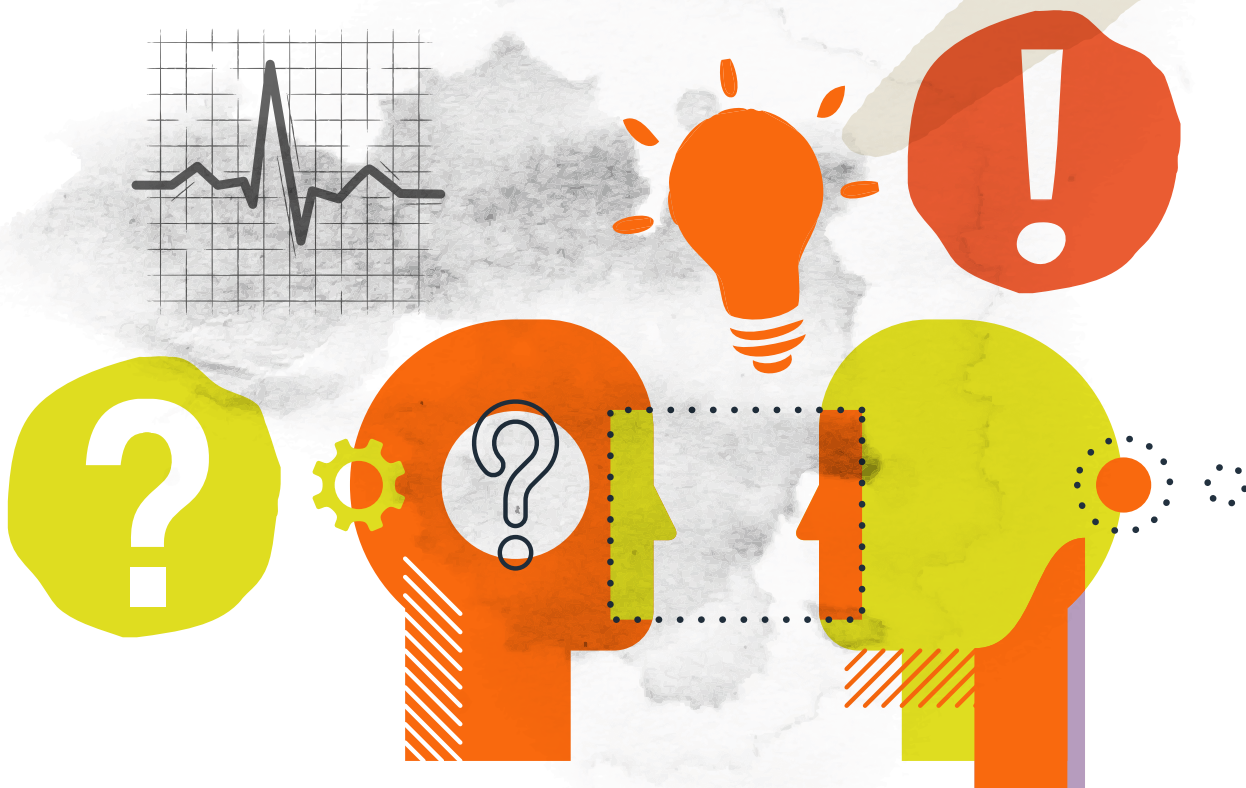
Styrgruppen för SBR har beslutat att prioritera SBR-frågan om berörda minderåriga barn. Figur 39 visar andelen patienter inom slutenvården som har berörda minderåriga barn (19%). Flera enheter arbetade förra året aktivt med förbättringsarbete gällande berörda minderåriga barn kopplat till registrering i SBR med stöd av förbättringscoacher. På klinikernas önskemål kommer andelen patienter som tillfrågas om berörda minderåriga barn bli en kvalitetsindikator i psykiatrikompassen. Att frågan ställs och dokumenteras är viktigt för att barn till föräldrar med skadligt bruk/beroende ska kunna upptäckas och erbjudas särskilda insatser.

FIGUR 39 ANDEL PATIENTER MED BERÖRDA MINDERÅRIGA BARN, N=2264 PATIENTER, VID SENASTE VÅRDILLFÄLLET 2016.



45

**PRIORITET:
BERÖRDA
MINDERÅRIGA
BARN**



46

Nya rutiner fick vårdpersonalen att se mervärdet med SBR

När Annica Olofsson Axner tillsattes som coach mer än fördubblade Beroendecentrum i Gävle sina registreringar. Nästa steg är att använda insamlade data för att metodutveckla vården.

I Region Gävleborg finns beroendemottagningar i Bollnäs, Gävle, Hudiksvall, Ljusdal, Söderhamn och Sandviken. En av de mottagningar som ökat sina registreringar mest är Beroendecentrum Gävle. Där har antalet registreringar i SBR ökat från 71 år 2015 till 157 år 2016.

– Vi startade ett förändringsarbete för att öka antalet registreringar i SBR. Och vi bildade därför ett team, med mig som coach och tre medarbetare från länets mottagningar. Vi har tillsammans arbetat med att få övriga medarbetare att börja registrera, säger Annica.

Hon menar att det är tack vare bra, intresserade och duktiga medarbetare som de har nått det här fina resultatet.

– Det är väldigt roligt och definitivt inte min förtjänst utan hela teamet som arbetat med mig i förändringsarbetet och naturligtvis medarbetarna som arbetar på mottagningen och gör dessa registreringar i SBR i sitt vardagliga arbete. Jag har försökt stötta och skapa förutsättningar genom att underlätta och hitta på lösningar för att det ska gå lättare att komma igång och komma ihåg att registrera i SBR.

Särskilt angeläget är att registrera i kvalitetsregistret för att identifiera och följa de patientgrupper verksamheten har.

– Lika viktigt är att vi kan mäta oss nationellt, eftersom detta ska gynna våra patienter, säger Annica Olofsson Axner.

Bra underlag för utvecklingsarbete

Annica säger att när de på sikt har mer data inregistrerat i SBR, kan de skapa mer jämlik vård för patienterna, jämföra sig med andra beroendemottagningar i landet och använda resultatet till metodutveckling.

– I nuläget har vi inte hunnit titta så mycket på resultatet av inmatningarna utan vi har haft mer fokus på att få in data i registret så det ska finns något material att titta på. Men vi ser också fram emot rapporten som SBR tar fram.

Farhågan var att många av våra patienter skulle tacka nej till att medverka, men så var inte fallet.

– Det var endast fem personer som tackade

nej under året. Så det gäller att våga fråga patienterna, menar Annica Olofsson Axner.

Målet är att 50 % av nybesöken ska registreras i SBR till december 2017 och 80 % till december 2018.

Eget recept för att öka registreringen

Annica tror att varje mottagning måste hitta sitt eget sätt att försöka öka registreringarna. Hon poängterar att det är viktigt att avsätta tid för att göra registreringar men också att sätta upp uppnåbara mål för antalet registreringar.

– Det handlar om att skapa förståelse för och se nyttan med SBR och hitta arbetssätt som stödjer att registrering prioriteras, säger hon.


Några tillvägagångssätt är att patienten redan i väntrummet får information via en affisch om att mottagningen deltar i kvalitetsregistret. Sedan får patienten information av en sjuksköterska, och sen ger patienten eventuellt sitt samtycke till att delta i registret. Hälsoenkäten EQ-5D fyller patienten i på egen hand eller tillsammans med personal om det behövs.

I Region Gävleborg använder man en så kallad ”mätsticka” för att, cirka en gång i månaden, se hur medarbetarnas motivation, kunskap, prioritering och arbetssätt stödjer deras arbete med SBR. Annica berättar att de provat sig fram till vad som skulle kunna vara bra lösningar. Medarbetarna i förändringsteamet stöttar och försöker hitta lösningar som underlättar för medarbetarna att registrera i SBR.

– Det kan exempelvis handla om att skapa lathundar, kom-ihåg listor, kopiera SBR-frågorna på papper, skaffa sökord och checklista i journalen.

Och enligt Annica är vissa medarbetare mer med på tåget än andra, precis som det brukar vara då det kommer något nytt eller någon förändring.

– Vissa åtgärder är lätta för förändringsteamet att ordna men det finns självklart åtgärder som de ännu inte riktigt har klart för sig hur de ska ordna, säger hon.

Förändringsarbetet fortsätter därmed. Och de fortsätter även att göra uppföljningsregistreringar och avslut i registret. 

EXEMPELVIS:
INFORMATION
I VÄNTRUMMET

HÄLSOENKÄT

MÄTSTICKA
LATHUND

CHECKLISTA
I JOURNALEN

FOKUS PÅ LARO

– uppföljning av behandling vid opioidberoende

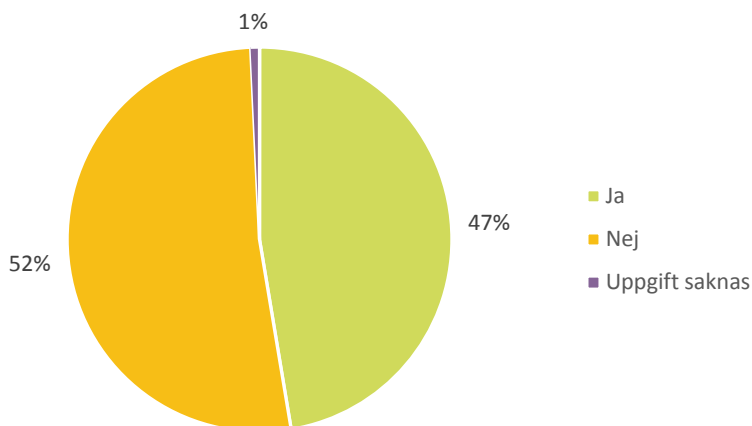
Läkemedelsassisterad rehabilitering

Laro står för läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende. Syftet med läkemedelsassisterad behandling är att förebygga återfall, förbättra social funktion och minska medicinska komplikationer och dödlighet för personer med opioidberoende. Opioider är ett samlingsnamn för substanser med morfinliknande verkningsmekanism och omfattar tre undergrupper; opiater, semisyntetiska och helsyntetiska opioider. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda läkemedelsassisterad behandling till personer med etablerat opioidberoende.

48

Figur 40 visar hur stor andel av det totala antalet öppenvårdspatienter som utgörs av laro-patienter. Eftersom många laro-enheter registrerar mycket aktivt är andelen laro-patienter i SBR högre än för beroendevården i stort. Data från Stockholm ingår inte i figurerna.

FIGUR 40 ANDELEN LARO-PATIENTER AV TOTALA ANTALET ÖPPENVÅRDSPATIENTER I SBR.

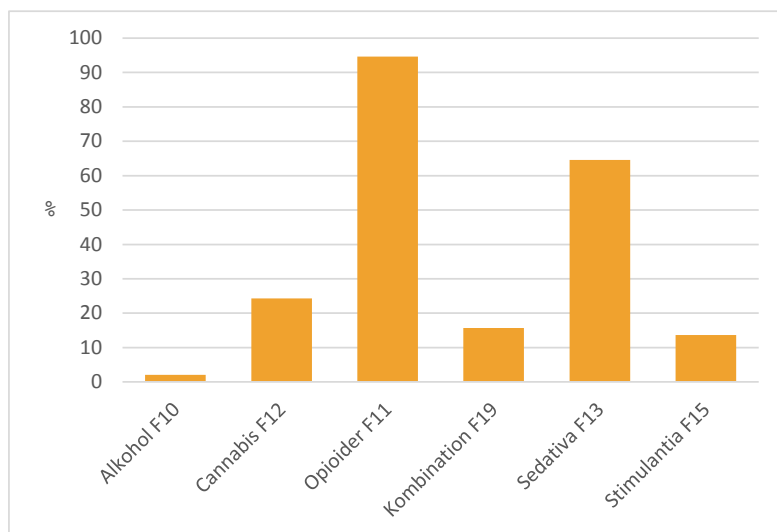


LARO STÅR FÖR LÄKEMEDELSASSISTERAD
REHABILITERING VID OPIOIDBEROENDE. SYFTET
MED LÄKEMEDELSASSISTERAD BEHANDLING ÄR ATT
FÖREBYGGA ÅTERFALL, FÖRBÄTTRA SOCIAL FUNKTION
OCH MINSKA MEDICINSKA KOMPLIKATIONER OCH
DÖDLIGHET FÖR PERSONER MED OPIOIDBEROENDE.



Andel patienter med LARO-behandling per diagnos

Figur 41 visar andel patienter med läkemedelsassisterad behandling per diagnos. Andelen patienter med opioidberoende som får laro-behandling var som förväntat över 90 %. Många patienter som får laro-behandling har även en bidiagnos gällande beroende av sedativa substanser, cannabis, och andra sorters narkotika.

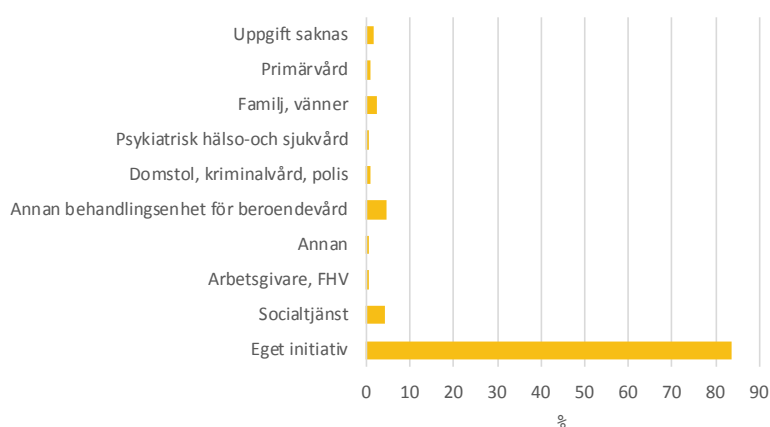


FIGUR 41 ANDEL PATIENTER I SBR SOM FÅR LARO-BEHANDLING, PER DIAGNOS. SENASTE BESÖKET I ÖPPENVÅRD. N= 1615 PATIENTER.

50

Initiativtagare till vård

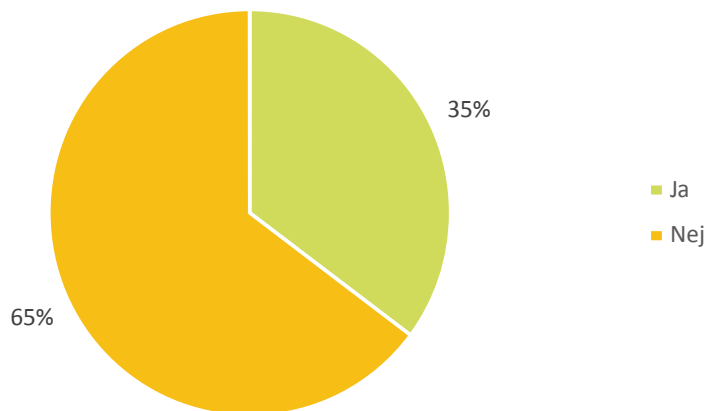
Figur 42 visar initiativtagare till vård för laro-patienter. I 84% av registreringarna angav patienten att det var på eget initiativ som de ansökt om laro-behandling. Därefter var det vanligast att socialtjänsten tagit initiativ till behandlingen.



FIGUR 42 INITIATIVTAGARE TILL VÅRD BLAND LARO-PATIENTER. SENASTE NYREGISTRERINGSBESÖKET.

Berörda minderåriga barn till LARO-patienter

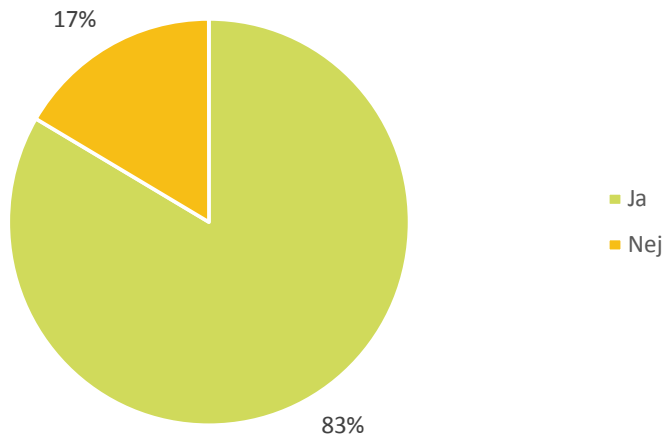
Berörda minderåriga barn är en fråga som ingår i flera vårdenheters kvalitetsarbete. Det är viktigt att frågan ställs för att alla berörda barn ska kunna nås med tidiga insatser. Figur 43 visar att andelen laro-patienter med berörda minderåriga barn var 35 %.



FIGUR 43 ANDEL LARO-PATIENTER MED BERÖRDA MINDERÅRIGA BARN. SENASTE BESÖKET I ÖPPENVÅRD.

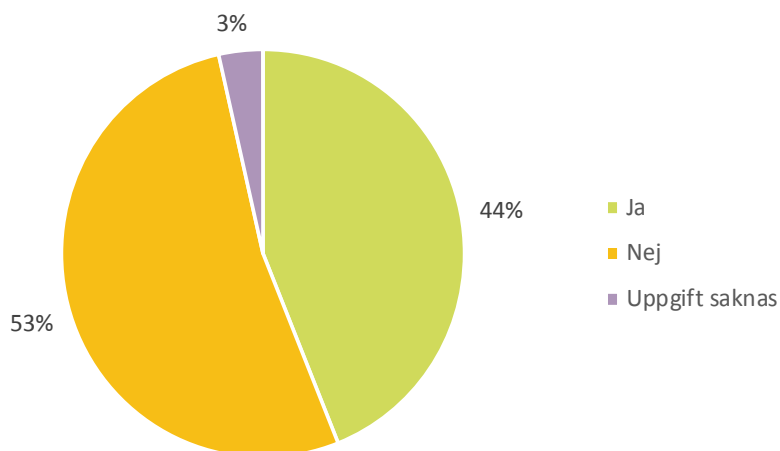
Vårdplan

Variabler som vårdplan och vårdplanering är viktiga mått för att bland annat följa hur samverkan mellan den specialiserade beroendevården och socialtjänsten fungerar. Figur 44-45 visar att 83 % av patienterna hade en dokumenterad vårdplan och att socialtjänsten deltagit i vårdplaneringen för 44 % av patienterna.



FIGUR 44 ANDEL LARO-PATIENTER MED DOKUMENTERAD VÅRDPLAN.

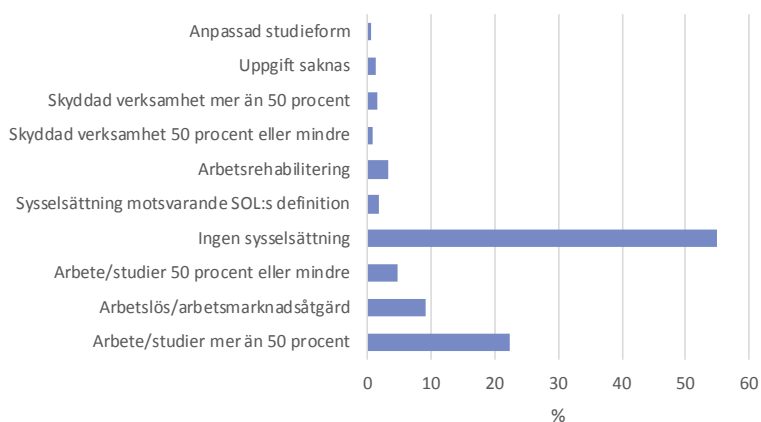
52



FIGUR 45 HAR SOCIALTJÄNSTEN DELTAGIT I LARO-PATIENTENS VÅRDPLANERING? ANDEL PATIENTER.

Sysselsättning

Sysselsättning är en variabel som kan visa på hur väl integrerade laro-patienter är i samhället. Figur 47 visar att 22 % av laro-patienterna uppgav att de hade arbete eller studerade, på minst halvtid. Totalt uppgav 55 % av patienterna att de inte hade någon sysselsättning.



FIGUR 46 ANDEL PATIENTER PER SYSSELSÄTTNINGSKATEGORI.

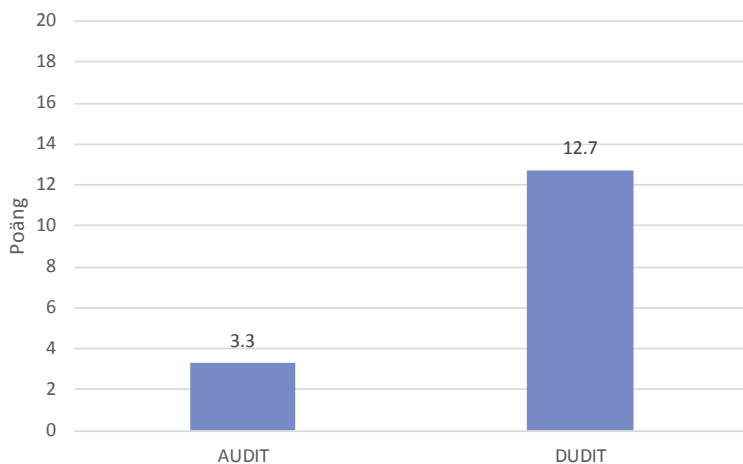
SYSSELSÄTTNING
ÄR EN VARIABEL
SOM KAN VISA HUR
VÄL INTEGRERADE
LARO-PATIENTER ÄR
I SAMHÄLLET.



AUDIT och DUDIT

Figur 47 visar Audit och Dudit poäng i genomsnitt för laro-patienter. AUDIT-poängen var i genomsnitt 3,3 poäng. AUDIT är ett instrument utarbetat av Världshälsoorganisationen (WHO) för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion där ökande poäng innebär ökad sannolikhet för att riskbruk, skadligt bruk, eller beroende föreligger. Instrumentet är och baseras på patientens egna svar. Över 6 poäng för kvinnor och över 8 poäng för män brukar anses indikera en riskabel alkoholkonsumtion, över 13 respektive 15 poäng indikerar en problematisk alkoholkonsumtion och hög risk för en alkoholrelaterad diagnos. Över 20 poäng indikerar mycket problematiska alkoholvanor och sannolikt en alkoholrelaterad diagnos.

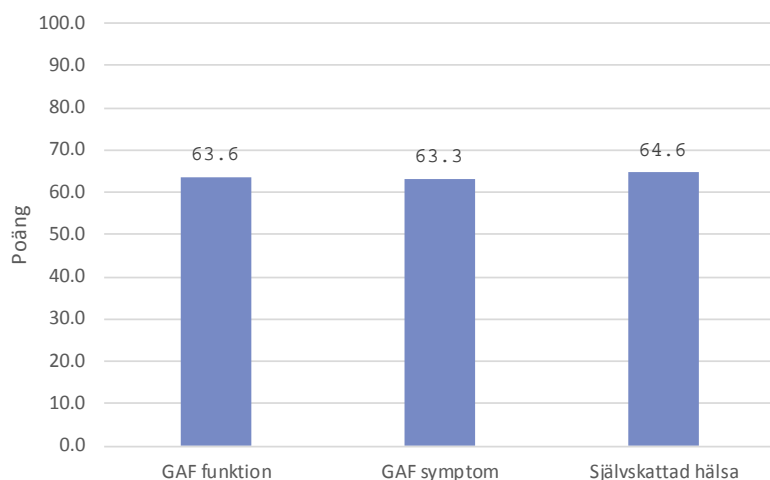
Medelvärdet på DUDIT för laro-patienter var 12,7 (figur 47). DUDIT är ett bedömningsinstrument med 11 frågor som används för att identifiera personer med drogrelaterade problem. DUDIT kan vara av värde för att identifiera dem som har problem med drogberoende för att kunna utesluta dem som inte har sådana problem. Maxvärdet på DUDIT är 44 poäng. För män indikerar över 6 poäng och för kvinnor över 2 poäng sannolikt drogrelaterade problem.



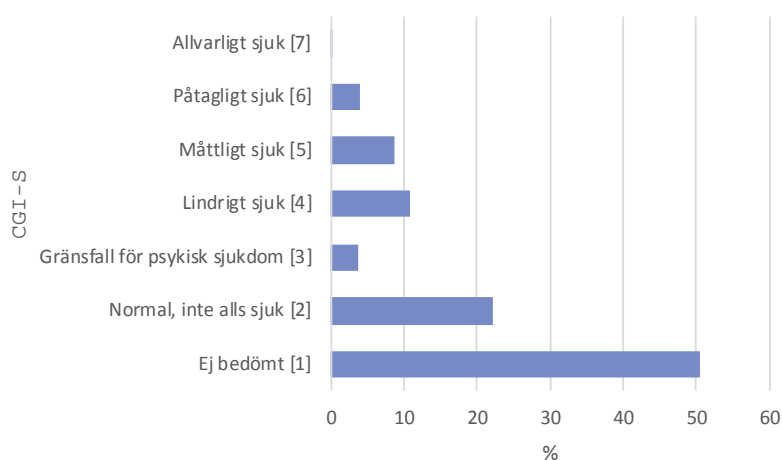
FIGUR 47 AUDIT/DUDIT POÄNG, MEDELVÄRDE FÖR LARO-PATIENTER.

Psykiatrisk funktion och självskattad hälsa

Figur 48-49 visar patientgruppens övergripande psykiatriska funktion och självskattade hälsa mätt med GAF, CGI och EQ5D. Figur 48 visar att medelvärdet för GAF var 63 poäng både för funktion och symptom. Figur 49 visar att enligt CGI-S, som är en skattning av psykisk sjukdom, bedömdes 22 % av laro-patienterna som normala/inte alls sjuka, 4 % som gränsfall, 11 % lindrigt sjuka, 9 % måttligt sjuka, 4 % påtagligt sjuka och 0.2% allvarligt sjuka. Laro-patienternas självskattad hälsa på en skala 0 -100 var i genomsnitt 65 poäng vilket får anses ligga inom normalspannet.



FIGUR 48 GAF/HÄLSA POÄNG, MEDELVÄRDE FÖR LARO-PATIENTER.



FIGUR 49 CGI-S, ANDEL PATIENTER PER KATEGORI.



TABELL 1 – översikt över registrerande enheter i landet

Tabell fördelad på:

- Län
- Enhet
- Vårdform (klassificerat efter enkättyp)
- Totalt antal registrerande (tot reg)
- Nyregistrering (nyreg)
- Uppföljningsregistrering (uppf)
- Andel män (%)
- Ålder (median)
- Mest förekommande diagnos (%)
- Annan psykisk sjukdom (%)

Tabell 1 Översikt över registrerande enheter

		Tot reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel Män (%)	Ålder (median)	Mest förekr. Diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)	
Blekinge	Beroendeenhetens mottagning Karlskrona	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Beroendeenhetens vårdavdelning Karlskrona	Sluten	59	.	80	52.0	F10 (90)	8	
Dalarna	Avdelning 65 Falun	Sluten	<10	<10	<10	.	.	.	
	LARO-Mottagning Falun	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Borlänge	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Gagnef	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Hedemora	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Leksand	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Ludvika	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Malung	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Rättvik	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Vansbro	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Älvdalen	Öppen	0	.	.	.	.	.
Gotland	Beroendemottagning Visby	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	
Gävleborg	Allmänpsykiatrisk vårdavdelning Gävle	Sluten	25	24	1	84	35.0	F11 (100)	56
	Beroendecentrum Bollnäs	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	
	Beroendecentrum Gävle	Öppen	71	71	.	58	45.0	F10 (75)	28
	Beroendecentrum Hudiksvall	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	
	Beroendecentrum Ljusdal	Öppen	22	17	5	82	50.0	F10 (73)	45
	Beroendecentrum Söderhamn	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	
	Beroendecentrum Västra Gästrikland Sandviken	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	
	Opiatbehandling Hudiksvall	Öppen	14	14	.	86	35.0	F11 (100)	50
	Psykiatrisk mottagning Söderhamn	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	
Halland	Avdelning 24 Psykiatri Varberg	Sluten	0	.	.	.	.	.
	Substitutionsmottagning Halmstad	Öppen	0	.	.	.	.	.
Jämtland	Avdelning 1B beroende Östersund	Sluten	0	.	.	.	.	.
	Öppenvård beroende Östersund	Öppen	111	43	68	61	28.0	F19 (42)	56
Jönköping	Beroendemottagningen Jönköping	Öppen	18	14	4	72	38.5	F19 (50)	94
	Psykiatriska mottagningen Eksjö	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatriska mottagningen Nässjö	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatriska mottagningen Vetlanda	Öppen	0	.	.	.	.	.
Kalmar	Beroendecentrum Kalmar	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Vimmerby/Hultsfred	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatrisk öppenvårdsmottagning Västervik	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	
Kronoberg	Beroendemottagningen Växjö	Öppen	30	30	.	60	37.0	F11 (53)	57

Tabell 1 Översikt över registrerande enheter

		Tot reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel Män (%)	Ålder (median)	Mest förekr. Diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)
Norrbotten	Missbruks och beroende avdelningen Luleå	Sluten	261	.	.	75	34.0 F19 (39)	59
	Missbruks och beroende avdelningen Luleå	Öppen	15	8	7	73	27.0 F11 (100)	73
	Psykiatriin Gällivare	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.
	Psykiatriin Piteå	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.
Skåne	Beroendecentrum DD-mottagning Malmö	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Beroendecentrum avd 2 Malmö	Sluten	0	.	.	.	.	.
	Capio Maria Helsingborg	Öppen	23	23	.	78	36.0 F11 (100)	43
	Capio Maria Lanskröna	Öppen	17	17	.	71	36.0 F11 (100)	65
	Forskningsmottagningen	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Integrerad Närsjukvård LARO-Mottagning Malmö	Öppen	0	.	.	.	.	.
	LARO BeFem	Öppen	30	22	8	57	39.5 F11 (100)	30
	LARO Öresund	Öppen	10	10	.	70	39.5 F11 (80)	100
	LARO-mottagning Bokgatan	Öppen	23	2	21	78	43.0 F11 (100)	39
	LARO-mottagning Drottninggatan	Öppen	12	6	6	83	41.0 F11 (100)	58
	LARO-mottagning Hasselgatan	Öppen	100	8	92	71	43.0 F11 (93)	33
	LARO-mottagning Helsingborg	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.
	LARO-mottagning Kristianstad	Öppen	48	14	34	67	34.5 F11 (96)	58
	LARO-mottagning Lund	Öppen	0	.	.	.	.	.
	LARO-mottagning Trelleborg	Öppen	41	6	35	71	38.0 F11 (95)	5
	Mottagning 1 Malmö	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Mottagning 3 Malmö	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Ramlösa Social Utveckling Helsingborg	Öppen	14	14	.	57	35.5 F11 (100)	57
	Solstenen i Helsingborg	Öppen	18	14	4	67	45.0 F11 (100)	17
	Solstenen i Lund	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.
	Södermottagningen Helsingborg	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.
	VO Vuxenpsyk. Kristianstad Öppenv. Kristianstad	Öppen	0	.	.	.	.	.
Vuxenpsykiatrimottagning beroende Helsingborg	Öppen	15	15	.	60	33.0 F19 (80)	67	
Vuxenpsykiatrimottagning beroende Triangeln	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	
Vuxenpsykiatrimottagning beroende Triangeln Malmö	Öppen	0	.	.	.	.	.
Stockholm	ALL-teamet Spånga	Öppen	29	13	16	83	48.0 F10 (45)	14
	Alkohol och Hälsa Nord	Öppen	121	65	56	64	51.0 F10 (80)	.
	Alviks beroendemottagning	Öppen	102	72	30	73	44.0 F10 (54)	19
	Beroendemottagningen Liljeholmsberget	Öppen	303	203	100	77	42.0 F10 (62)	18
	Beroenderådgivningen Norrtälje	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Botkyrka-Alby beroendemottagning	Öppen	12	8	4	75	47.5 F10 (42)	58
	C Maria Akut Intaget	Sluten	0	.	.	.	.	.
	C Maria Avdelning 1	Sluten	543	.	.	74	52.0 F10 (74)	27

Tabell 1 Översikt över registrerande enheter

		Tot reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel Män (%)	Ålder (median)	Mest förek. Diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)
C Maria Gullmarsplan	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
C Maria LARO	Öppen	404	247	157	79	45.0	F11 (86)	27
C Maria Nackamottagningen	Öppen	156	112	44	68	49.0	F10 (68)	21
C Maria Neuropsyk	Öppen	152	75	77	68	41.0	F10 (36)	88
C Maria Södermalmsmottagningen	Öppen	47	30	17	57	53.0	F10 (81)	72
C Maria Värmdö	Öppen	151	104	47	67	46.0	F10 (51)	21
C Maria ÖV Beroende	Öppen	1213	726	487	64	45.0	F10 (53)	27
Cannabis och NPF ITOK	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Ewa-mottagningen	Öppen	63	26	37	.	48.0	F10 (70)	37
Fridhemsmottagningen	Öppen	<10	<10	<10	100	31.0	F15 (44)	.
HBT mottagningen	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Haninge beroendemottagning	Öppen	128	90	38	71	40.0	F10 (49)	18
Huddinge beroende mottagning	Öppen	151	80	71	74	41.0	F10 (66)	20
Hässelbymottagningen	Öppen	185	94	91	68	43.0	F10 (55)	30
ITOK	Öppen	19	7	12	100	39.0	F11 (95)	21
Konsultmottagningen I66	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Lidingö beroendemottagning	Öppen	82	35	47	80	48.5	F10 (77)	28
Magnus Huss-mottagningen	Öppen	67	28	39	84	43.0	F10 (58)	31
Mottagning 44	Öppen	58	19	39	76	44.0	F11 (78)	21
Norra mottagningen	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Nynäshamn beroendemottagning	Öppen	15	10	5	80	42.0	F10 (73)	.
Observationsavdelning 7B	Sluten	812	.	.	82	46.0	F10 (63)	6
Psykoerapiteamet	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Resursteamet	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Riddargatan 1	Öppen	310	185	125	62	52.0	F10 (77)	2
Rinkeby-Kistamottagningen	Öppen	30	17	13	97	34.5	F11 (30)	13
Rosenlunds mödravårdsteam	Öppen	20	10	10	.	27.0	F19 (20)	30
Rosenlunds mottagningen	Öppen	82	10	72	70	50.0	F11 (89)	16
Rättspsykiatriska Öppenvårdsmottagningen Huddinge	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
S:t Eriks teamet	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
Salem- Nykvarns beroendemottagning	Öppen	42	29	13	74	34.0	F10 (55)	7
Sigtuna beroendemottagning Märsta	Öppen	88	40	48	82	48.0	F10 (64)	42
Smärtteamet Nord	Öppen	28	10	18	54	51.0	F11 (96)	32
Smärtteamet Syd	Öppen	177	100	77	69	55.0	F10 (48)	11
Sollentuna beroendemottagning	Öppen	19	7	12	68	46.0	F10 (42)	47
Solna-Sundbybergs beroendemottagning	Öppen	36	19	17	64	50.5	F10 (64)	6
St. Görans sjukhus avd 52	Sluten	<10	<10	<10	.	.	.	.

Tabell 1 Översikt över registrerande enheter

		Tot reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel Män (%)	Ålder (median)	Mest förek. Diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)
	St. Görans sjukhus avd 54	Sluten	280	.	.	76	54.0 F10 (85)	27
	Södertälje beroendemottagning	Öppen	129	78	51	71	41.0 F10 (43)	9
	TUB-Mottagningen	Öppen	119	59	60	42	52.0 F13 (56)	33
	Team A-3 Funkis	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Team Sydväst Beroendemottagning	Öppen	65	39	26	66	38.0 F10 (55)	26
	Tub-mottagningen Syd	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Tyresö beroendemottagning	Öppen	137	77	60	65	48.0 F10 (66)	22
	Täby-Danderyd-Vaxholm beroendemottagning	Öppen	57	39	18	81	49.0 F10 (84)	42
	Upplands Väsby beroendemottagning	Öppen	19	14	5	63	50.0 F10 (79)	11
	Vallentuna beroendemottagning	Öppen	61	33	28	75	43.0 F10 (54)	38
	Åkersberga beroendemottagning	Öppen	80	29	51	70	46.5 F10 (74)	10
	Östermalm beroendemottagning	Öppen	0	.	.	.	.	.
Södermanland	Beroendecentrum Mälarsjukhuset Eskilstuna	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Beroendemottagningen Nyköpings lasarett	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Beroendeteamet Kullbergsska sjukhuset	Öppen	16	3	13	88	41.0 F11 (56)	.
	PIVA Nyköpings lasarett	Sluten	136	.	.	74	48.5 F19 (100)	18
	Psykiatriska mottagningen Strängnäs	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.
Uppsala	Beroendemedicinska mottagningen Uppsala	Öppen	15	9	6	40	51.0 F10 (87)	80
	LARO-mottagningen Uppsala	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatriavdelning 4 Uppsala	Sluten	13	.	.	54	63.0 F10 (64)	23
	Psykiatridivisionens utvecklingsenhet Uppsala	Öppen	0	.	.	.	.	.
Värmland	Beroendecentrum Vårdavdelning 47 Karlstad	Sluten	30	30	.	73	39.5 F19 (63)	13
	LARO mottagningen Karlstad	Öppen	50	37	13	64	41.5 F11 (82)	36
	Psykiatrisk Öppenvård Kristinehamn	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Psykiatriska Öppenvården Karlstad	Öppen	24	11	13	71	33.0 F19 (92)	88
Västerbotten	Beroendepsykiatrisk mottagning Umeå	Öppen	10	10	.	50	33.0 F11 (70)	30
	Psykiatrisk klinik Skellefteå och Södra Lappland	Sluten	21	.	.	90	47.0 F10 (62)	62
	Psykiatrisk klinik Skellefteå och Södra Lappland	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.
Västernorrland	LARO-mottagningen Sundsvall	Öppen	0	.	.	.	.	.
Västmanland	Avd 91 Västerås	Sluten	231	.	.	74	46.0 F10 (45)	1
	Beroendecentrum Västmanland	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Treklöver Västmanland Västerås	Öppen	0	.	.	.	.	.
Västra Götaland	Avdelning 364	Sluten	12	12	.	42	46.0 F10 (58)	67
	Avdelning 367	Sluten	23	.	.	65	33.0 F10 (52)	57
	Avdelning 368	Sluten	52	.	.	73	28.0 F19 (52)	63
	Avdelning 369	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Avdelning Nordhem	Sluten	51	.	.	71	56.0 F10 (100)	14

Tabell 1 Översikt över registrerande enheter

		Tot reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel Män (%)	Ålder (median)	Mest förek. Diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)	
	Beroendeenheten Falköping	Sluten	122	122	.	69	47.5	F10 (65)	20
	Beroendemottagning Centrum	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Beroendemottagning Hisingen	Öppen	25	20	5	60	34.0	F10 (15)	56
	Beroendemottagning Kviberg	Öppen	16	15	1	94	38.5	F10 (50)	75
	Beroendemottagning Kvinnor	Öppen	42	25	17	.	30.5	F19 (48)	88
	Brofästet samverkansteam	Öppen	11	11	.	73	26.0	F19 (36)	91
	Järntorgsteamet	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	LARO-mottagning Borås	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Linnéteamet	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen Öckerö	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Regional behandlingsenhet	Öppen	26	6	20	81	35.5	F11 (96)	42
	Substitutionsmottagn. Kriminalvårdsanstalten Högsb	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Substitutionsmottagning Centrum	Öppen	68	43	25	93	40.0	F11 (97)	38
	Substitutionsmottagning Järntorget	Öppen	55	15	40	5	35.0	F11 (98)	51
	Substitutionsmottagning Östra Sjukhuset	Öppen	41	34	7	100	36.0	F11 (95)	27
	Vuxenpsykiatri mottagning Lidköping	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatri mottagning Mariestad	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatri mottagning Skövde	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatrisk beroendemottagning Borås	Öppen	31	18	13	65	32.0	F19 (65)	71
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Falköping	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Bäckeфорs	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Strömstad	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Uddevalla	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagn. Trollhättan	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagn. Vänersborg	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Örebro	Beroendecentrum Allmänmottagning Örebro	Öppen	25	19	6	84	46.0	F10 (92)	12
	Dopningsmottagning Örebro	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Kajsamottagning Beroendecentrum Örebro	Öppen	39	25	14	.	51.0	F10 (90)	28
	Neuropsykiatrisk mottagning Beroendecentrum Örebro	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Opiatmottagningen Örebro	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Psykiatrisk avdelning Beroendecentrum Örebro	Sluten	351	.	.	73	46.0	F10 (56)	18
	Ungdomsmottagning Beroendecentrum Örebro	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Östergötland	Avdelning 28 Norrköping	Sluten	19	.	.	68	47.0	F10 (86)	37
	Avdelning 34 Linköping	Sluten	196	.	.	74	48.0	F10 (65)	31
	Beroendemottagningen Norrköping	Öppen	65	64	1	80	38.0	F11 (78)	22
	Psykiatri och habiliteringsenheten Motala	Öppen	41	29	12	73	42.0	F10 (49)	44
	S:t Larmmottagningen Linköping	Öppen	292	163	129	62	45.5	F10 (70)	19

FÖRKORTNINGAR/FÖRTYDLIGANDE

CGI:	(Clinical Global Impression) är en skattningsskala där behandlaren gör en sammanvägd bedömning av patientens psykiatriska sjukdomstygnd.
GAF:	Skattningsskala som mäter patienters globala psykiska ohälsa.
EQ5D:	Skattningsskala för hälsorelaterad livskvalitet.
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.
KOMBINATION:	Kombinationsberoende, benämns ofta som blandberoende.
LARO:	Läkemedelsassisterad rehabilitering för opioidberoende.
MI:	Motiverande samtal.
MET:	Psykosocial behandlingsmetod vid alkoholberoende (motivational enhancement therapy).
SBR:	Svenskt Beroenderegister.





PROJEKTLEDARE: Jeanette Westman



STATISTIK: Jonas Hällgren

FOTO, sid 10: Stefan Zimmerman

FOTO, sid 15: Jonas Norlén

SBR

Kontakt: jeanette.westman@sll.se

Svenskt
Beroenderegister

SBR

BÄTTRE BEROENDEVÅRD!

