

**LAROS – Behandlingsuppföljning
vid opiatberoende**

SBR – Svenskt Beroenderegister

Årsrapport 2014

Kvalitetsregister för beroendevården

LAROS

Svenskt
Beroenderegister

SBR



Inledning

Svenskt Beroenderegister (SBR) och registret för Läkemedelsassisterad Rehabilitering av Opiatberoende (LAROS) har sedan de båda registren startade år 2009 haft ett visst samarbete och 2015 slogs de samman till ett.

Sammanläggningen resulterar i att hela den landstingsdrivna beroendevården täcks av ett kvalitetsregister med sammanhållen och lättillgänglig data. I samband med detta uppdateras frågeuppsättningen. Olika tillstånd och behandlingsmetoder ska följas med ett antal fördjupningsfrågor.

Sammanläggningen förväntas ha flera fördelar, bland annat leder den till mindre administration för registrerande verksamheter, en samlad datakälla för alla registreringar i beroendevården, större följsamhet och ökad täckningsgrad samt ett mer kärnfullt register.

Antalet mottagningar och avdelningar som registrerar sina patienter har stigit för båda registren under 2013 och 2014 och intresset för kvalitetsregister har ökat bland såväl vårdpersonal som verksamhets- och landstingsledning. Detta är glädjande för att kunna möta kommande års utmaning i att även öka andelen registrerade patienter per enhet och andelen besvarade frågor per registrering. Det är viktigt

för att den information som registreras ska kunna utgöra en tillförlitlig grund vid vårdnära förbättringsarbeten och studier som är kvalitetsregistrens syfte. Förhoppningen är att det nya, sammanslagna registret ska omfatta information som uppfattas som ännu mer relevant och intressant för såväl personal som patienter och ledning.

Då detta är en rapport för 2014 omfattar den data från när LAROS och SBR fortfarande var två register som därför presenteras i var sin del. Denna rapport är en sammanfattning av den information som registrerades i de ursprungliga registren. Informationen kommer dock kunna användas även fortsatt och ligga till grund för jämförelser över tid.

2014 var 67 enheter anslutna till LAROS och 1276 registreringar gjordes. Till SBR var 2014 129 enheter anslutna och 6718 registreringar gjordes. Vissa enheter registrerade i både LAROS och SBR.

Sammanslagningsprocess

Våren 2014 beslutade styrgrupperna för SBR och LAROS om en sammanslagning.

Centralt personuppgiftsansvar (CPUA) och registerhållarskapet för det sammanslagna registret som vidare kallas Svenskt beroenderegister (SBR), ålades Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Johan Franck.

En arbetsgrupp utseddes av styrgrupperna med tre representanter från LAROS och tre från SBR med uppdrag att

förbereda sammanslagningen och utforma en ny uppsättning frågor. En ny styrgrupp för det sammanslagna registret inledde sitt arbete i september 2014.

Registrering sker även efter sammanslagningen i INCA alternativt direkt i journalsystemet som tidigare.

Styrgrupp

Annika Andersson
Capio Maria, Stockholm

Gulber Asanovska
Beroendecentrum, Malmö

Håkan Blom
Länkens kamratförbund

Lars Blomström
Capio Maria, Stockholm

Johan Franck
Registerhållare,
Beroendecentrum, Stockholm

Inger Forsgren
RFHL

Carl-Gustav Olofsson
Psykiatri, Skellefteå

Tommy Strandberg
Beroendecentrum, Örebro

Per Söderberg
Division Psykiatri, Dalarna

Markus Takanen
Beroendecentrum, Stockholm

Hugo Wallén
Beroendekliniken, Göteborg

Arbetsgrupp

Mikael Eklöf
Koordinator SBR

Leif Grönblad
Koordinator LAROS

Moa Isacson
Bitr. registerhållare SBR /
Anna Thurang vikarierande

Mikael Sandell
styrgrupp LAROS

Karina Stein
Koordinator LAROS

Markus Takanen
styrgrupp SBR

Innehåll SBR

Bakgrund	6
Organisation av stöd- och vårdinsatser	6
SBR:s syfte och mål.....	7
Inklusionskriterier	7
Registrerande enheter	8
Ökat antal anslutna enheter.....	8
Registreringar.....	10
Patientgruppen i SBR.....	12
Huvudsaklig initiativtagare till vård	12
Diagnoser och använda droger	13
Diagnoser i registrerande landsting	13
Användningsfrekvens.....	14
Bruk av flera droger.....	14
Injektion av droger	15
Skattningar.....	19
AUDIT	19
EQ-5D	20
GAF	20
Sociodemografiska variabler	22
Behandling SBR	23
Slutenvården.....	25
Jämförelse mellan fyra avdelningar för slutenvård	25
Registerorganisation	27
Centralt personuppgiftsansvarig myndighet.....	27
Registerhållare	27
Registerkansli	27
Styrgrupp.....	27
Framtid i SBR.....	28

Innehåll LAROS

Behandlingsmetoden.....	29
Registerorganisationen 2014.....	30
Registerhållare	30
Regionala koordinatörer.....	30
Styrgruppen	30
Dataredovisning	31
LAROS-data 31 december 2014.....	31
Registerdata – antal anslutna enheter och registreringar....	31
Köns- och åldersfördelning	32
Utbildning	32
Sociala faktorer	33
Boendeform	33
Levnadsform	33
Försörjning	33
Psykiatrisk diagnos.....	34
Testning av HIV och hepatit	34
Behandling	36
Tidigare missbruksbehandling	36
Erfarenhet av LVM	36
Tidigare LARO-behandling	36
Missbruk och beroende	37
Primär drog	37
Intagssätt	38
AUDIT och DUDIT.....	38
GAF funktion och GAF symtom	39
Initiativtagare till aktuell LARO-behandling	41
Väntetid till beslut om eventuell behandling	
Vårdplanering	
Orsak till avslut.....	43
Avslutande kommentar	43

SBR – Svenskt Beroenderegister

Årsrapport 2014

Kvalitetsregister för beroendevården

Bakgrund

Beroendesjukdomar utgör ett omfattande folkhälsoproblem.

I Sverige finns runt 780 000¹ personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, 29 500¹ personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika, samt 65 000¹ personer med skadligt bruk eller beroende av läkemedel. Antalet frekventa användare av dopningsmedel är beräknat till 10 000 personer. Årligen beräknas minst 2 000¹ personer dö av sin alkoholkonsumtion och omkring 400¹ av narkotika. Siffrorna blir högre om man också räknar in olycksfall, självmord och andra sjukdomstillstånd som är relaterade till användningen av olika beroendeframkallande medel. Personer med behov av behandling för skadligt bruk och beroende får idag vård inom vitt skilda verksamheter. Patientgruppens vårdbehov är ofta komplexa med såväl psykiatrisk som somatisk samsjuklighet. Socialstyrelsen har sedan 2007 nationella riktlinjer för behandling av missbruk och beroende, och en ny version av dessa kom 2015. Trots det finns anledning att anta att vårdinsatserna varierar högst väsentligt över landet.

¹ Missbruksutredningen, SOU, 2011.

Organisation av stöd- och vårdinsatser

I Sverige får personer med skadligt bruk och beroende av substanser vård i flera olika typer av verksamheter. Primärvård och företagshälsovård är inriktade på att upptäcka riskbruk av alkohol och många patienter får främst behandling i dessa verksamheter. Kommunernas socialtjänst och den landstingsdrivna hälso- och sjukvården har ett delat ansvar för specialiserade vård- och stödinsatser för patienter med skadligt bruk och beroende. Hur detta ansvar fördelas skiljer sig väsentligt åt i landet. I vissa län finns specialiserade enheter och kliniker inom sjukvården för denna patientgrupp medan man i andra främst organiserat vården i kommunal regi. En del landsting ger endast vård till patienter med

allvarliga medicinska tillstånd medan andra erbjuder ett stort utbud av medicinska och psykosociala vårdinsatser. Socialtjänsten erbjuder främst socialt stöd, men i vissa fall även mer specifik psykosocial behandling i varierande grad över landet.

Det är ofta patienter med allvarlig beroendesjukdom eller betydande psykiatrisk samsjuklighet som får vård inom landstingens psykiatriska verksamheter och specialiserade beroendevård. Vid vissa beroendekliniker har man startat särskilda mottagningar för personer med riskbruk/skadligt bruk/beroende av alkohol som inte har svåra medicinska och sociala problem. Undersökningar har visat att den traditionella beroendevården inte är tilltalande för många i denna situation. Vårdens organisation kan därför behöva anpassas för att även dessa personer ska kunna få tillgång till ett specialiserat vårdutbud.

SBR:s syfte och mål

Svenskt beroenderegisters (SBR) syfte är att stödja utvecklingen av en bättre vård och hälsa för patienter med skadligt bruk och beroende av alkohol, droger och läkemedel i Sverige.

SBR samlar in och tillhandahåller underlag för förbättringsarbete och forskning.

Mål

- Synliggöra bakgrundsfaktorer, insatser och utfall för patientgruppen
- Ge möjlighet att följa effekterna av specifika och samordnade insatser
- Ge möjlighet att följa patienters process genom vårdinsatser/vårdkedjor
- Underlätta jämförelser inom och mellan vårdenheter, organisationer och vårdkedjor
- Utgöra underlag för förbättringsarbete inom vårdkedjor, vårdenheter och vårdgivare
- Utgöra underlag för utvärdering och forskning
- Utgöra underlag för beslutsfattare

Inklusionskriterier

I SBR registreras:

- Alla personer som behandlas på sjukvårdsenheter för specialiserad utredning och behandling av skadligt bruk eller beroende av alkohol och/eller narkotika (inklusive lugnande, smärtstillande och prestationshöjande läkemedel), oberoende av organisationsform

och

- Personer med huvuddiagnos F10-F19 som behandlas inom andra typer av psykiatrisk specialistsjukvård.

Dessa inklusionskriterier kan eventuellt breddas framöver för att även inkludera patienter som behandlas i verksamheter utanför den specialiserade psykiatrin. För SBR är målet att alla verksamheter som behandlar patienter med skadligt bruk och beroende ska dokumentera för att öka möjligheterna att följa upp vården och jämföra resultat. Primärvården registrerar för närvarande i låg grad i kvalitetsregister generellt och kommunernas socialtjänst omfattas inte av denna typ av kvalitetsregister i nuläget.

Registrerande enheter

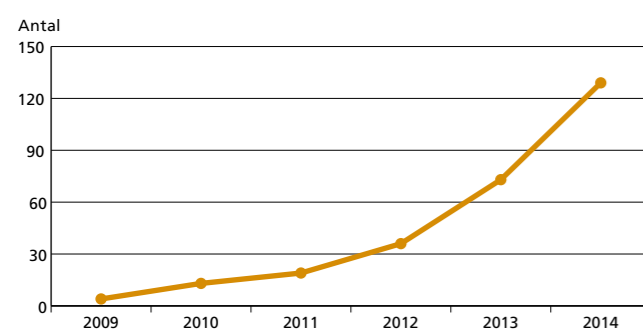
För att ge rättvisande och användbara data behöver SBR spegla vården som den faktiskt ser ut. Detta innebär att såväl anslutningen i landet som andelen registrerade patienter per enhet och graden av besvarade frågor behöver vara hög.

Under 2013 och 2014 inkluderades SBR i de prestationsmål om registrering i kvalitetsregister som satts upp inom satsningen PRIO (Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016) genom en överenskommelse mellan SKL och Socialdepartementet ("Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013"). Denna satsning bidrog troligtvis till att antalet registrerande enheter och antalet registreringar i SBR ökade kraftigt under dessa två år.

Ökat antal anslutna enheter

Anslutningen till SBR ökade markant under 2013 och fortsatte öka under 2014. I december 2014 var 129 enheter i 19 landsting anslutna till SBR. Detta kan jämföras med 36 enheter i 9 landsting i december 2012. Alla dessa enheter är dock inte aktiva i sin registrering.

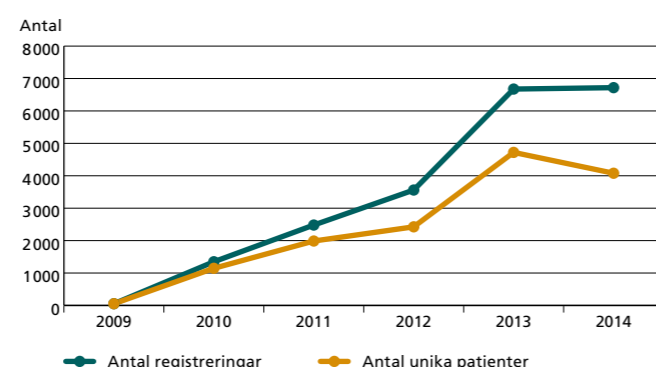
Figur 1. Antal anslutna enheter i SBR per år.



Registreringar

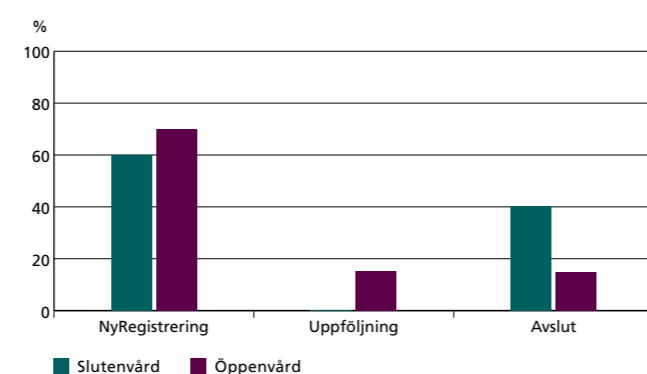
Under 2014 registrerades 4 078 patienter i 6 718 registreringar. Antalet patienter är något lägre än år 2013 vilket troligtvis beror på SBR:s byte av registreringsplattform i början av 2014 då man under tre månader inte hade någon fungerande möjlighet till online-registrering. Det visar dock att antalet registreringar inte stigit i samma takt som de anslutna enheterna.

Figur 2. Antal registreringar i SBR per år 2009–2014.



2 763 registreringar gjordes i slutenvården och 3 955 i öppenvården.

Figur 3. Andel registreringar per vårdform år 2014.



De vårdenheter som registrerar i SBR omfattar specialiserade beroendeenheter i både öppen- och slutenvård med delvis olika uppdrag och målgrupper. I årsrapporten presenteras främst genomsnittliga resultat baserade på samtliga enheters registreringar. Det ger en tvärsnittsbild av patienter och vård vid enheter av olika storlek och inriktning.

I landstingen med flest registreringar finns de slutenvårdsavdelningar som varit aktiva i sin registrering i SBR under

längst tid. I flera landsting har dock även antalet öppenvårdsregistreringar ökat betydligt de senaste två åren. Som tidigare nämnts minskade antalet registreringar i flera landsting jämfört med 2013, eventuellt på grund av en period utan fungerande registreringsplattform.

Tabell 1. Förändring i registreringsantal per landsting

Län	Total 2013	Total 2014	Förändring i registreringsgrad per landsting
Blekinge	193	69	-124
Dalarna	1 178	693	-485
Gotland	0	45	45
Jämtland	93	178	85
Jönköping	10	2	-8
Kalmar	20	36	16
Kronoberg	0	42	42
Norrbottnen	0	11	11
SBR	6 675	6 718	43
Skåne	63	121	58
Stockholm	1 523	2 262	739
Södermanland	44	129	85
Uppsala	231	434	203
Värmland	33	116	83
Västerbotten	144	93	-51
Västernorrland	61	40	-21
Västmanland	1	226	225
Västra Götaland	1 877	1 173	-704
Örebro	1 004	812	-192
Östergötland	200	236	36

Täckningsgradsberäkningar visar andelen av det totala antalet patienter som uppfyller SBR:s inklusionskriterium som registreras i SBR. Beräkning av täckningsgrad för SBR görs främst genom samkörning med Socialstyrelsens patientregister. Denna täckningsgradsberäkning kan dock inte redovisas då Socialstyrelsens patientregister för 2014 publiceras först efter tryckningen av denna årsrapport.

Tabell 2. Registrerande enheter.

Län	Enhet	Typ av vård	Antal Ny- eller uppföljnings-registreringar	Ålder (median) vid första registreringen	Andel ny-registrerade patienter med drog-problem de senaste 30 dagarna (%)	Andel ny-registrerade patienter med arbete, fast eller tillfälligt (%)	Andel ny-registrerade patienter med annan psykiatrisk sjuklighet (%)	GAF symtom (medel) för ny-registrerade patienter	GAF funktion (medel) för ny-registrerade patienter
Blekinge	Beroendeenhetens vårdavdelning Karlskrona	Sluten	69	53,0	85,5	20,6	33,3	67	64
Dalarna	Avdelning 65 Falun	Sluten	347	48,0	62,5	21,6	1,2	63	60
Gotland	Beroendemottagning Visby	Öppen	42	44,0	37,0	20,7	44,4	69	69
Jämtland	Avdelning 1B beroende Östersund	Sluten	20	50,5	90,0	33,3	20,0	85	85
	Öppenvård beroende Östersund	Öppen	137	29,0	28,6	14,1	47,3	55	55
Jönköping	Beroendemottagningen Jönköping	Öppen	<20						
Kalmar	Beroendecentrum Kalmar	Öppen	36	38,0	2,8	22,2	63,9	70	70
Kronoberg	Beroendemottagningen Växjö	Öppen	36	37,5	72,2	21,6	61,1	60	62
Norrbottn	Missbruks och beroende avdelningen Luleå	Sluten	<20						
	Psykiatrin Piteå	Öppen	<20						
Skåne	Beroendecentrum avd 2 Malmö	Sluten	<20						
	Mottagning 1 Malmö	Öppen	58	55,5	76,7	33,3	43,3	66	71
	Mottagning 3 Malmö	Öppen	51	36,0	13,7	16,9	72,5	61	61
Stockholm	St. Görans sjukhus avd 52 Stockholm	Sluten	20	36,5	20,0	7,1	15,0		
	St. Görans sjukhus avd 54 Stockholm	Sluten	338	51,0	79,5	18,8	2,7	56	46
	Alviks beroendemottagning	Öppen	<20						
	Beroendemottagningen Liljeholmsberget	Öppen	181	44,0	64,5	0,0	20,4	60	59
	EWA mottagningen	Öppen	<20						
	Haninge Beroendemottagning	Öppen	29	50,0	84,6	0,0	7,7	60	56
	Huddinge beroendemottagning	Öppen	35	42,5	46,4	0,0	10,7		
	Hässelbymottagningen	Öppen	27	49,0	66,7	0,0	0,0	70	70
	ITOK	Öppen	<20						
	Konsultmottagning I66/Smärtteam Syd	Öppen	75	55,0	55,7	0,0	14,8	70	
	Lidingö beroendemottagning	Öppen	21	35,0	61,5	0,0	23,1	65	81
	Magnus Hussmottagningen	Öppen	<20						
	Norra mottagningen	Öppen	<20						
	Nynäshamn beroendemottagning	Öppen	<20						
	Riddargatan 1	Öppen	222	54,0	93,5	0,0	1,8		
	Rosenlunds mödravårdsteam	Öppen	<20						
	Rosenlunds mottagningen	Öppen	<20						
	S:t Eriksteamet	Öppen	<20						
	Salem/Nykvarn beroendemottagning	Öppen	<20						
	Sigtuna beroendemottagning	Öppen	40	48,5	52,8	0,0	47,2	64	62
	Sollentuna beroendemottagning	Öppen	24	45,0	76,2	0,0	19,0		
	Solna-Sundbybergs beroendemottagning	Öppen	<20						
	Södertälje beroendemottagning	Öppen	31	32,0	42,3	0,0	15,4		62
	TUB mottagning Syd	Öppen	<20						
	TUB mottagningen	Öppen	20	46,0	30,0	0,0	40,0		
	Team Sydväst mottagning	Öppen	23	52,0	68,4	0,0	31,6		
	Tyresö beroendemottagning	Öppen	72	46,0	65,0	0,0	6,7	63	63
	Täby-Danderyd-Vaxholm beroendemottagning	Öppen	23	45,0	61,1	0,0	11,1		
	Upplands Väsby beroendemottagning	Öppen	35	37,5	65,4	0,0	19,2	68	67
	Vallentuna beroendemottagning	Öppen	26	42,0	47,4	0,0	31,6	74	79
	Åkersberga beroendemottagning	Öppen	25	51,0	91,3	0,0	4,3	50	
	Östermalm beroendemottagning	Öppen	70	45,0	70,2	0,0	17,5	69	68
	Capio Maria Gullmarsplan	Öppen	39	38,0	17,9	0,0	10,3		
	Capio Maria Nacka mottagning	Öppen	53	48,5	0,0	0,0	11,9		
	Capio Maria Neuropsyk	Öppen	<20						
	Capio Maria Södermalmsmottagning	Öppen	<20						
	Capio Maria Värmdö	Öppen	<20						

Län	Enhet	Typ av vård	Antal Ny- eller uppföljnings-registreringar	Ålder (median) vid första registreringen	Andel ny-registrerade patienter med drog-problem de senaste 30 dagarna (%)	Andel ny-registrerade patienter med arbete, fast eller tillfälligt (%)	Andel ny-registrerade patienter med annan psykiatrisk sjuklighet (%)	GAF symtom (medel) för ny-registrerade patienter	GAF funktion (medel) för ny-registrerade patienter
	Capio Maria ÖV Beroende	Öppen	380	45,0	45,8	0,0	32,0	62	64
	Capio Maria ÖV LARO	Öppen	<20						
Södermanland	Beroendemottagningen Nyköpings lasarett	Öppen	<20						
	Beroendeteamet Kullbergsska sjukhuset	Öppen	<20						
	PIVA Nyköpings lasarett	Sluten	49	50,0	67,3	19,1	51,0	63	57
	Psykiatriska mottagningen Strängnäs	Öppen	24	47,0	58,3	25,0	58,3	51	52
Uppsala	Beroendemedicinska mottagningen Uppsala	Öppen	161	47,0	64,1	40,3	48,7	65	66
	Psykiatriavdelning 4 Uppsala	Sluten	126	46,0	68,3	24,7	30,2	51	54
Värmland	Beroendecentrum Vårdavdelning 47 Karlstad	Sluten	64	30,5	32,8	11,7	42,2	64	66
	Psykiatrisk öppenvård Kristinehamn	Öppen	<20						
	Psykiatrisk Öppenvården Karlstad	Öppen	41	31,0	22,6	23,3	90,3	53	52
Västerbotten	Beroendepsykiatrisk mottagning Umeå	Öppen	61	31,5	30,0	19,7	83,3	60	61
	Psykiatrisk klinik Skellefteå och Södra Lappland	Öppen	29	46,0	72,7	31,8	50,0	63	67
Västernorrland	Beroendemottagningen Sundsvall	Öppen	40	40,0	40,0	7,1	47,5	47	48
Västmanland	Avd 91 Västerås	Sluten	93	48,0	61,3	18,1	39,8		
	Beroendecentrum Västmanland	Öppen	39	41,0	12,8	13,5	25,6	56	55
Västra Götaland	Avdelning 364 Göteborg	Sluten	52	38,5	44,2	18,4	98,1	40	39
	Avdelning 367 Göteborg	Sluten	<20						
	Avdelning 368 Göteborg	Sluten	26	35,0	38,5	3,8	61,5	45	46
	Avdelning Nordhem Göteborg	Sluten	89	56,0	100,0	28,9	6,8		
	Beroendeenheten Falköping	Öppen	123	45,0	65,0	15,6	17,1	49	49
	Beroendemottagning Centrum Göteborg	Öppen	58	34,0	39,3	15,9	80,4	49	52
	Beroendemottagning Hisingen Göteborg	Öppen	44	36,0	36,8	32,5	36,8	61	55
	Beroendemottagning Kviberg Göteborg	Öppen	<20						
	Beroendemottagning Kvinnor Göteborg	Öppen	<20						
	Brofästet samverkansteam	Öppen	<20						
	Regional behandlingsenhet Göteborg	Öppen	157	34,5	0,0	6,5	30,6	54	54
	Substitutionsmottagning Centrum Göteborg	Öppen	45	39,0	0,0	21,7	13,3	53	51
	Vuxenpsykiatrisk beroendemottagning Borås	Öppen	263	40,0	44,7	20,1	67,9	57	59
Örebro	Kajsamottagning Beroendecentrum Örebro	Öppen	30	48,5	100,0	61,9	15,0	62	66
	Neuropsykiatrisk mottagning Beroendecentrum Örebro	Öppen	75	37,5	23,1	28,6	48,1	58	59
	Psykiatrisk avdelning Beroendecentrum Örebro	Sluten	348	45,5	71,3	20,1	1,1	34	33
Östergötland	Avdelning 34 Linköping	Sluten	56	48,5	71,4	37,7	7,1	45	45
	Psykiatri och habiliteringsenheten Motala	Öppen	72	42,0	48,6	17,8	61,1	64	61
	S:t Larmottagningen Linköping	Öppen	45	49,0	71,4	37,8	17,1	68	70

Öppenvårdsenheterna i Stockholm fyller i SBR via journalsystemet och svaren för sysselsättning var inte kompatibla med SBR:s svarsalternativ 2014 varför alla anges som 0.

De registrerande enheterna skiljer sig åt inom många områden. Det är viktigt att vara uppmärksam på grundläggande skillnader enheter emellan när jämförelser av resultat görs.

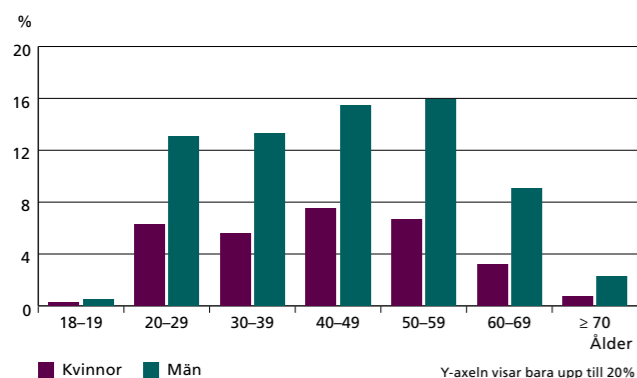
Data redovisas inte för enheter med färre registreringar än 10 kvinnor och 10 män för att skydda registrerade patienters personuppgifter.

Beroendeenhetens vårdavdelning Karlskrona har felaktigt varit registrerad i SBR som en öppenvårdsenhet varför denna enhets registreringar sorterats under öppenvård i denna årsrapport. Registreringarna på enheten (69 stycken) utgör 2,5 % av det totala antalet registreringar i öppenvården.

Patientgruppen i SBR

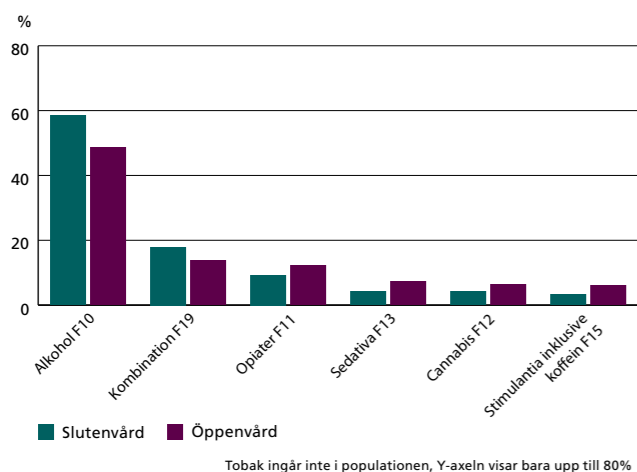
År 2014 registrerades 1 234 kvinnor och 2 837 män i SBR. Detta överensstämmer väl med andelen män och kvinnor i Sverige som har ett skadligt bruk och beroende. Den största gruppen baserat på kön och ålder utgörs av gruppen män i åldrarna 50–59 år (16 %).

Figur 4. Fördelning av män (n=2 837) och kvinnor (n=1 234) per ålderskategori år 2014.



Den största andelen patienter som registreras i SBR har alkoholdiagnos. Detta syns i analysen av såväl öppen- som slutenvård och återspeglar den bild som finns av skadligt bruk och beroende i Sverige. Som många inom vården hävdar syns i SBR att gruppen som använder flera droger är stor. Detta påvisas delvis av andelen patienter med diagnos F19 men detta ger inte hela bilden då det för många patienter registrerats flera beroendediagnoser (varav ingen är diagnos F19).

Figur 5. Fördelning av beroendediagnoser per vårdform, nyregistreringar år 2014.

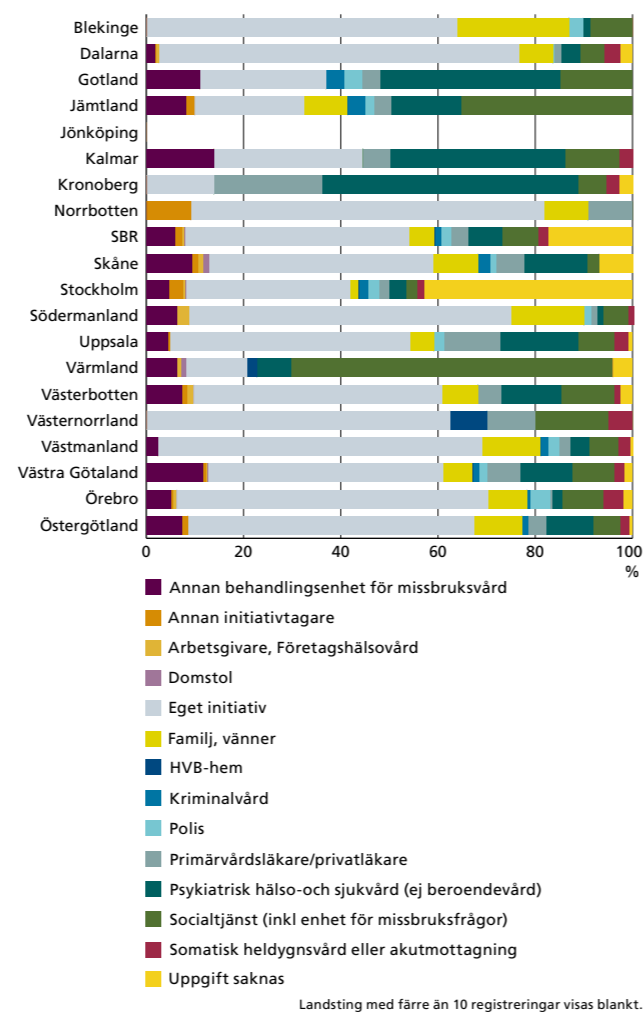


Huvudsaklig initiativtagare till vård

Hur man organiserar vården för personer med skadligt bruk och beroende i Sverige varierar över landet. Ett sätt att åskådliggöra detta och även i förlängningen analysera hur man bäst får in patienter i en god vårdkedja är med 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 eller annan psykiatrisk hälso- och sjukvård. Detta skulle kunna återspegla skillnader i vårdens organisation.

Figur 6. Huvudsaklig initiativtagare per län år 2014.



Diagnoser och använda droger

I SBR registreras den drog som orsakat patienten mest problem de senaste 30 dagarna för att möjliggöra jämförelser mellan olika grupper av patienter.

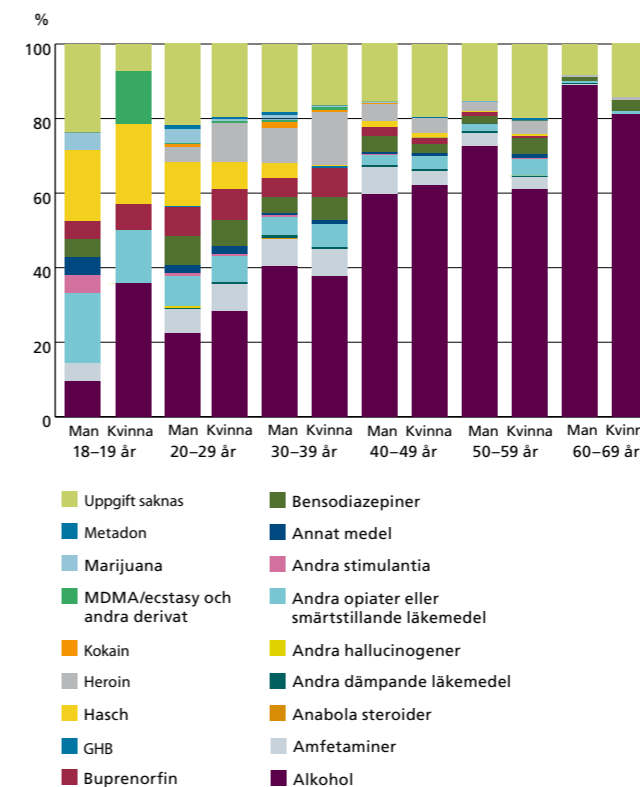
Med drog avses alla typer av beroendeframkallande substanser. Den drog som utmärker sig inom beroendevården är alkohol. I jämförelsen av grupper baserat på kön och ålder syns dock olika prevalens av droger i olika grupper. I åldersgruppen 20–29 år är det, särskilt bland män, vanligare än i någon annan grupp att användningen av hasch orsakar mest problem. Bland kvinnorna i samma åldersgrupp är det betydligt vanligare att heroin orsakat mest problem de senaste 30 dagarna än bland männen. Bland kvinnor över 60 sticker bensodiazepiner ut något men det är väldigt få individer som ligger till grund den siffran.

I den yngsta ålderskategorin är det väldigt få patienter och därför svårt att dra generaliserande slutsatser.

Diagnoser i registrerande landsting

Alkohol är den vanligaste beroendediagnosen i de allra flesta landsting men i övrigt varierar diagnoserna något mellan landstingen vilket kan tyda på en variation i tillgänglighet och trender i landet. Det kan också delvis bero på andra saker såsom vårdorganisation där exempelvis öppenvården inte alltid finns inom den specialiserade beroendevården utan snarare inom socialtjänsten.

Figur 7. Drog som orsakat problem de senaste 30 dagarna per kön och ålderskategorier år 2014.



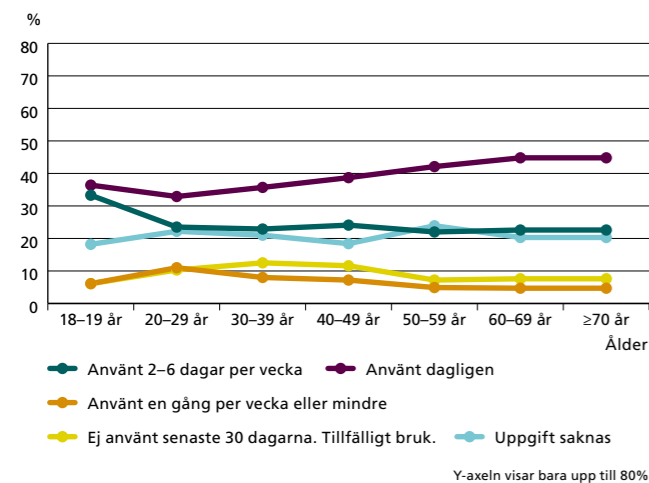
Tabell 3. De fyra vanligaste beroendediagnoserna per landsting.

Län	Antal	Vanligaste beroendediagnosen (%)	Näst vanligaste beroendediagnosen (%)	3:e vanligaste beroendediagnosen (%)	4:e vanligaste beroendediagnosen (%)
Blekinge	76	Alkohol F10 (77,6)	Opiater F11 (6,6)	Kombination F19 (5,3)	Cannabis F12 (2,6)
Dalarna	347	Alkohol F10 (56,5)	Kombination F19 (26,2)	Opiater F11 (8,1)	Sedativa F13 (4,9)
Gotland	71	Opiater F11 (32,4)	Alkohol F10 (25,4)	Sedativa F13 (11,3)	Stimulantia inklusive koffein F15 (9,9)
Jämtland	167	Alkohol F10 (32,9)	Kombination F19 (28,1)	Uppgift saknas (12)	Cannabis F12 (8,4)
Jönköping	<10	-	-	-	-
Kalmar	36	Kombination F19 (50)	Opiater F11 (33,3)	Alkohol F10 (16,7)	-
Kronoberg	37	Alkohol F10 (67,6)	Kombination F19 (16,2)	Cannabis F12 (10,8)	Stimulantia inklusive koffein F15 (2,7)
Norrbottn	23	Tobak F17 (26,1)	Alkohol F10 (21,7)	Cannabis F12 (13)	Kombination F19 (13)
Skåne	152	Alkohol F10 (43,4)	Kombination F19 (13,2)	Stimulantia inklusive koffein F15 (11,8)	Sedativa F13 (11,2)
Stockholm	2195	Alkohol F10 (62)	Kombination F19 (10,9)	Opiater F11 (7)	Uppgift saknas (5,8)
Södermanland	115	Alkohol F10 (47)	Opiater F11 (17,4)	Cannabis F12 (7,8)	Sedativa F13 (7)
Uppsala	352	Alkohol F10 (63,9)	Tobak F17 (8)	Opiater F11 (7,7)	Kombination F19 (6)
Värmland	145	Kombination F19 (40,7)	Alkohol F10 (22,1)	Cannabis F12 (9)	Sedativa F13 (7,6)
Västerbotten	124	Alkohol F10 (37,9)	Kombination F19 (16,1)	Cannabis F12 (13,7)	Opiater F11 (7,3)
Västernorrland	41	Alkohol F10 (43,9)	Kombination F19 (34,1)	Opiater F11 (14,6)	Sedativa F13 (4,9)
Västmanland	286	Alkohol F10 (26,6)	Tobak F17 (24,8)	Opiater F11 (17,8)	Cannabis F12 (8,4)
Västra Götaland	1208	Alkohol F10 (33,4)	Opiater F11 (20,9)	Kombination F19 (13,4)	Sedativa F13 (9,4)
Örebro	493	Alkohol F10 (52,5)	Kombination F19 (23,3)	Uppgift saknas (6,9)	Opiater F11 (6,5)
Östergötland	218	Alkohol F10 (50)	Kombination F19 (15,6)	Tobak F17 (8,7)	Opiater F11 (7,8)

Användningsfrekvens

I alla åldersgrupper har den största andelen patienter ett dagligt bruk av den drog som orsakat dem mest problem de senaste 30 dagarna. Andelen patienter med daglig användning ökar med åldern. Dessa siffror speglar eventuellt den stora grupp slutenvårdspatienter som registreras i SBR.

Figur 8. Användningsfrekvens per ålderskategori för patienter med drog som orsakat mest problem de senaste 30 dagarna, nyregistreringar år 2014.

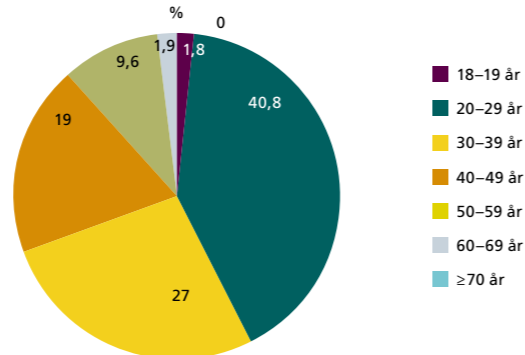


Bruk av flera droger

Inom den specialiserade beroendevården finns många patienter med komplex medicinsk och social problematik, däribland patienter med skadligt bruk och beroende av flera substanser. Flera droger i kombination används bland annat för att uppnå synergieffekter, minska biverkningar eller ersätta primärdrögen om den är svår att få tag på.

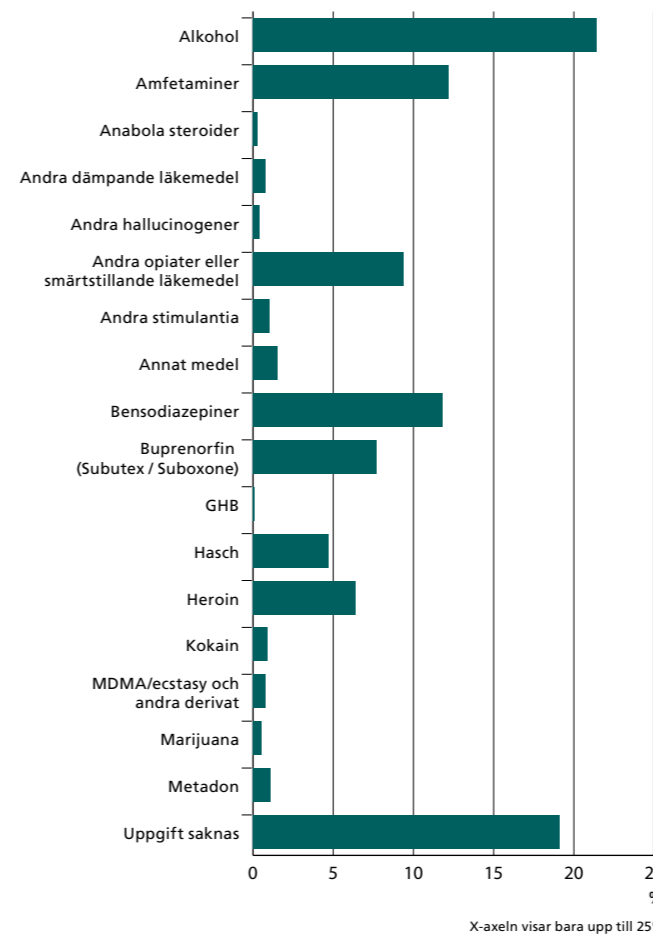
Diagnosen F19 får patienter som tagit flera droger i kombination och är i SBR mer förekommande bland yngre användare. 41 % av patienterna med denna diagnos är i åldersgruppen 20–29 år.

Figur 9. Åldersfördelning för patienter med beroendediagnos Kombination F19, nyregistreringar (n=795) år 2014.



Enligt de analyser som gjorts av registreringarna i SBR 2014 är det gruppen patienter som uppges ha haft mest problem med alkohol de senaste 30 dagarna som har fått diagnos baserad på att de använder flera droger i kombination (21 %). Att denna siffra är så pass låg när gruppen patienter med alkohol som huvuddiagnos är så stor tyder på att bruket av flera droger i den gruppen ändå inte är särskilt hög. Vid sidan om alkohol är det störst andel patienter som har problem med amfetamin och bensodiazepiner som använder andra droger i kombination.

Figur 10. Drog, andel, som orsakat mest problem de senaste 30 dagarna för patienter med beroendediagnos Kombination F19, nyregistreringar 2014 (n=795).

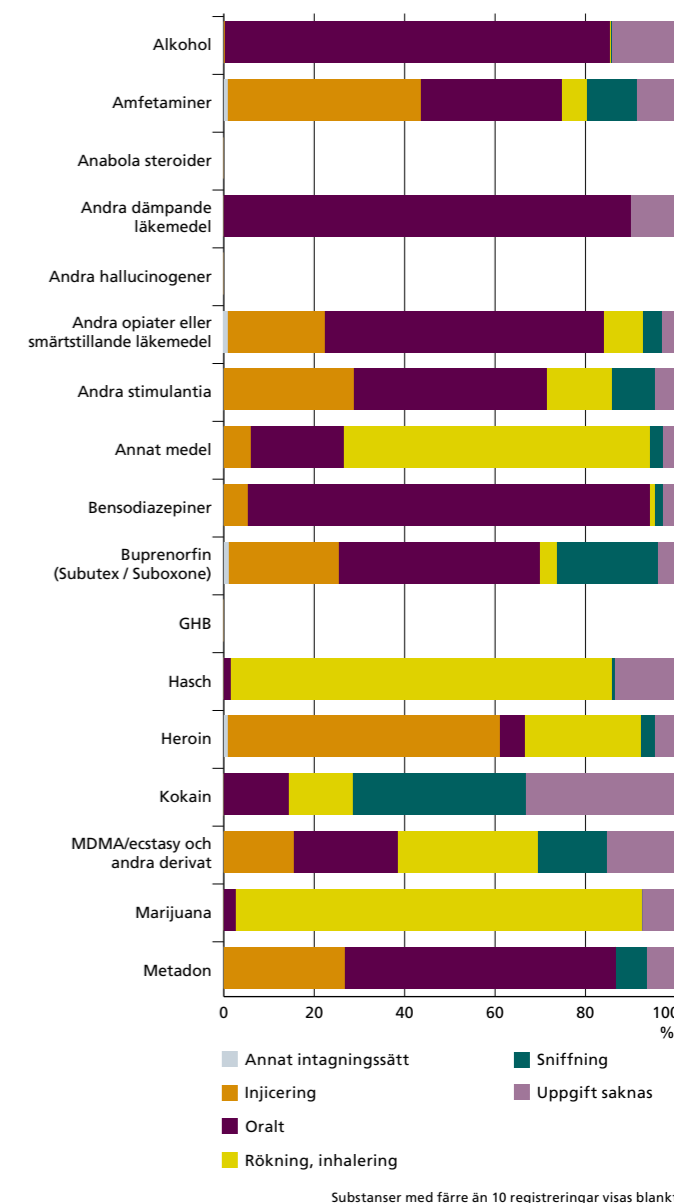


Injektion av droger

De droger som främst injiceras är heroin och amfetamin men även andra droger kan användas på detta sätt. Under de senaste åren har det blivit vanligare att injicera andra substanser.

Vid analys av registreringar i SBR visar sig det vara just de grupper patienter som uppges ha haft mest problem med heroin och amfetamin de senaste 30 dagarna som står för den största andelen som injicerar. Det framkommer även att flera andra droger injiceras i stor grad.

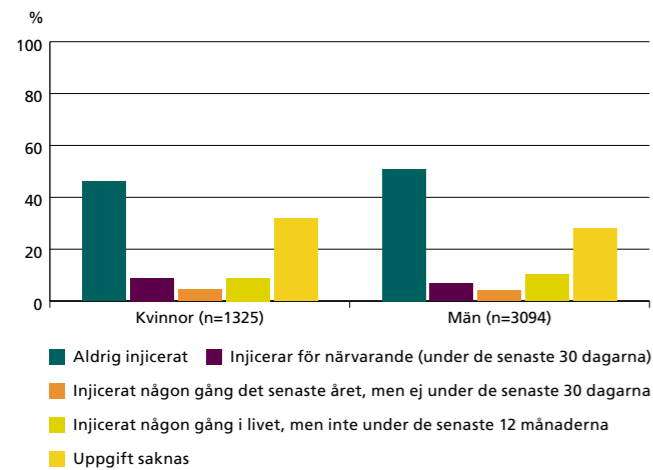
Figur 11. Intagningsätt, andelar, per drog som orsakat mest problem de senaste 30 dagarna.



Substanser med färre än 10 registreringar visas blankt.

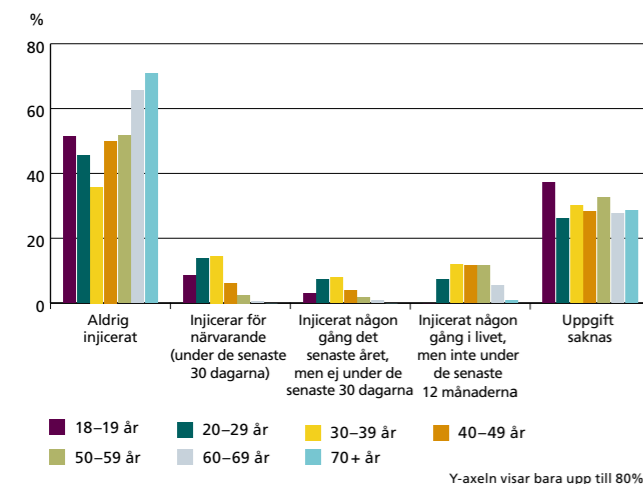
Enligt beräkningar ur SBR är det fler av de registrerade kvinnorna än männen som injicerar för närvarande, 8,9 % respektive 6,9 %. Andelen som injicerat någon gång i livet men inte för närvarande är däremot något större bland männen, 10,1 % respektive 8,9 %.

Figur 12. Andel patienter som injicerar droger per kön, nyregistreringar år 2014.



En jämförelse över olika åldersgrupper visar att andelen som injicerar för närvarande är störst i åldersgrupperna 20–29 år och 30–39 år. Inom åldersgrupperna 30–39 år och 40–49 år finns flest patienter som injicerat någon gång i livet.

Figur 13. Injektion av droger per ålder, nyregistreringar år 2014.



Genom att vara uppmärksamma på nya trender vad gäller injektion kan man nå dessa patienter tidigare med åtgärder som stoppar smittspridning.

Patienter med cannabisdiagnos

Cannabis är ett samlingsnamn för hasch och marijuana som kommer ifrån växten Cannabis Sativa. Växten innehåller ämnet THC (tetrahydrocannabinol) som orsakar ruset och röks i pipa eller som cigaretter. Cannabis är den vanligaste narkotikasorten i både Sverige och övriga världen. Faran med drogen är framförallt dess påverkan på tänkandet och hjärnan.

Data i SBR ger möjlighet att särskilt titta på olika grupper av patienter baserat på olika variabler. För 2014 års data görs här ett neddyk i gruppen patienter med cannabisberoende.

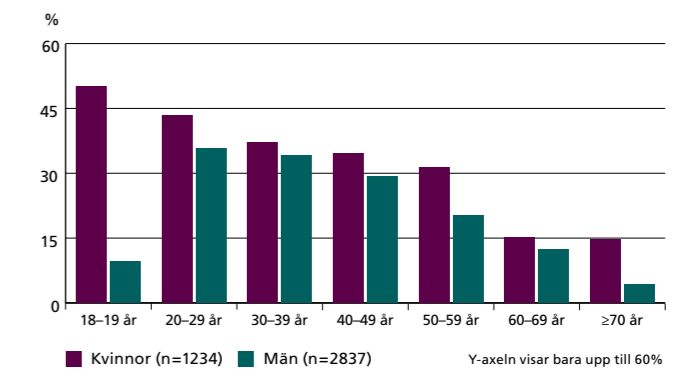
- Medelåldern för registrerade patienter med cannabisdiagnos är 32 år.
- Det är övervägande män, 79 %, som har denna diagnos.
- Den vanligaste samsjukligheten är ångest-syndrom (22 % av samsjukliga patienter) och uppmärksamhetsstörningar (20 %).
- Av patienterna med samsjuklighet har 64 % tidigare fått behandling för psykiska sjukdomar, de flesta inom vuxenpsykiatrisk öppen- och slutenvård men även 14 % i barn- och ungdomspsykiatrisk vård.
- Gruppens medelvärde för nuvarande hälsotillstånd 0–100 (medel) ur EQ5D är 48.
- 45 % av patienterna har eget boende och 14 % bor hos sina föräldrar.
- För den största andelen patienter i denna diagnosgrupp, 33 %, anges försörjningsstöd, pension eller ersättning från försäkringskassan som arbetsmarknadsstatus och 19 % är arbetslösa eller utförsäkrade.
- 36 % av patienterna har fullföljt grundskolan och 33 % har fullföljt gymnasiet.

Samsjuklighet

Bland patienter med skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika finns en förhöjd förekomst av annan psykisk sjukdom. Internationella studier visar att risken är 3–9 gånger så hög för den här patientgruppen. Sjukvården behöver därför vara noga med att identifiera samsjuklighet och behandla detta. Dessa patienter kan behöva längre behandlingstider och anpassad vård. 29 % av patienter registrerade i SBR har en psykiatrisk samsjuklighet. Bland dessa patienter är samsjuklighet vanligast bland kvinnor upp till 29 år.

De registrerade patienternas mest förekommande psykiatriska samsjuklighet skiljer sig mellan de olika beroendediagnoserna. De mest förekommande psykiatriska diagnoserna är ångestsyndrom och uppmärksamhetsstörningar. Uppmärksamhetsstörningar framträder mest tydligt, hos

Figur 14. Andel unika patienter med annan aktuell psykiatrisk diagnos per kön och ålderskategori år 2014.



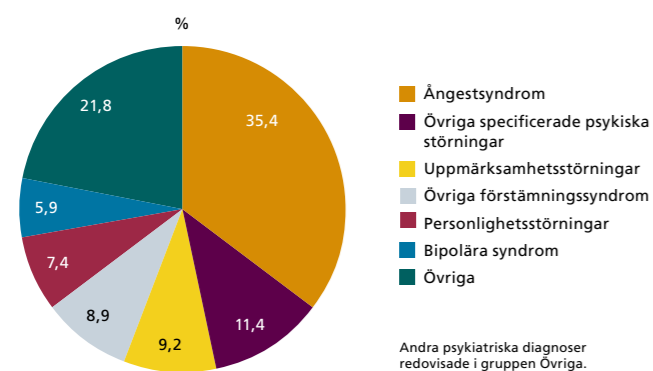
44 %, bland patienter som använder andra stimulantia vilket dock är en grupp som endast omfattar 16 registrerade patienter. Bland patienter som framförallt använder amfetamin, vilket är en betydligt större grupp patienter, är andelen med uppmärksamhetsstörning 36 %.

Tabell 4. De fyra vanligaste psykiatriska diagnoserna per drog som orsakat problem de senaste 30 dagarna.

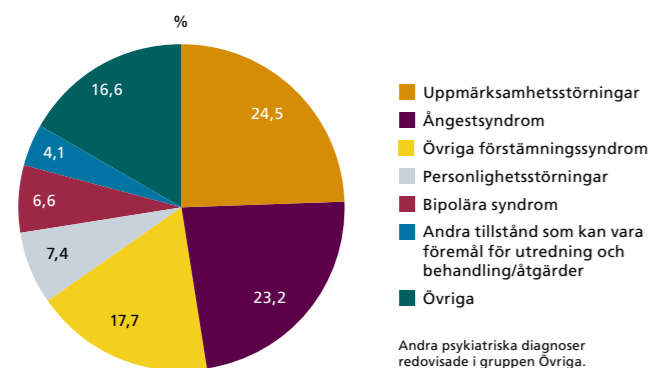
Drog som har orsakat problem under de senaste 30 dagarna.	Antal	Vanligaste diagnosen (%)	Näst vanligaste diagnos (%)	3:e vanligaste diagnos (%)	4:e vanligaste diagnos (%)
Alkohol	735	Ångestsyndrom (28,7)	Övriga förstämningssyndrom (20,4)	Uppmärksamhetsstörningar (13,7)	Bipolära syndrom (9)
Amfetaminer	151	Uppmärksamhetsstörningar (35,8)	Ångestsyndrom (17,2)	Övriga specificerade psykiska störningar (8,6)	Personlighetsstörningar (7,9)
Anabola steroider	<10	-	-	-	-
Andra dämpande läkemedel	14	Ångestsyndrom (50)	Autismspektrumstörningar (14,3)	Personlighetsstörningar (14,3)	Andra tillstånd som kan vara föremål för utredning och behandling/åtgärder (7,1)
Andra hallucinogener	<10	-	-	-	-
Andra opiater eller smärtstillande läkemedel	84	Ångestsyndrom (25)	Uppmärksamhetsstörningar (21,4)	Övriga förstämningssyndrom (15,5)	Personlighetsstörningar (8,3)
Andra stimulantia	16	Uppmärksamhetsstörningar (43,8)	Ångestsyndrom (18,8)	Personlighetsstörningar (12,5)	Mental retardation (6,3)
Annat medel	18	Uppmärksamhetsstörningar (27,8)	Ångestsyndrom (16,7)	Bipolära syndrom (11,1)	Andra tillstånd som kan vara föremål för utredning och behandling/åtgärder (5,6)
Bensodiazepiner	94	Ångestsyndrom (38,3)	Övriga förstämningssyndrom (13,8)	Uppmärksamhetsstörningar (9,6)	Personlighetsstörningar (7,4)
Buprenorfin (Subutex / Suboxone)	74	Ångestsyndrom (27)	Uppmärksamhetsstörningar (20,3)	Övriga förstämningssyndrom (14,9)	Andra tillstånd som kan vara föremål för utredning och behandling/åtgärder (6,8)
GHB	<10	-	-	-	-
Hasch	87	Uppmärksamhetsstörningar (25,3)	Ångestsyndrom (18,4)	Övriga förstämningssyndrom (14,9)	Personlighetsstörningar (10,3)
Heroin	76	Ångestsyndrom (31,6)	Uppmärksamhetsstörningar (23,7)	Övriga förstämningssyndrom (9,2)	Personlighetsstörningar (6,6)
Kokain	<10	-	-	-	-
MDMA/ecstasy och andra derivat	<10	-	-	-	-
Marijuana	31	Ångestsyndrom (25,8)	Uppmärksamhetsstörningar (19,4)	Övriga förstämningssyndrom (12,9)	Personlighetsstörningar (9,7)
Metadon	<10	-	-	-	-
Uppgift saknas	367	Uppmärksamhetsstörningar (30,5)	Ångestsyndrom (21)	Övriga förstämningssyndrom (14,7)	Personlighetsstörningar (7,4)

En jämförelse mellan de patienter som registrerats i slutenvården respektive öppenvården visar att inom slutenvården är den överlägset mest förekommande diagnosen ångestsyndrom (35 %). I öppenvården är uppmärksamhetsstörningar vanligast (25 %) men även här är ångestsyndrom vanligt (23 %). Frågan om samsjuklighet är dock besvarad i betydligt högre grad i öppenvården än i slutenvården.

Figur 15. De sex vanligaste psykiatriska diagnoserna inom slutenvård andra än beroende år 2014.

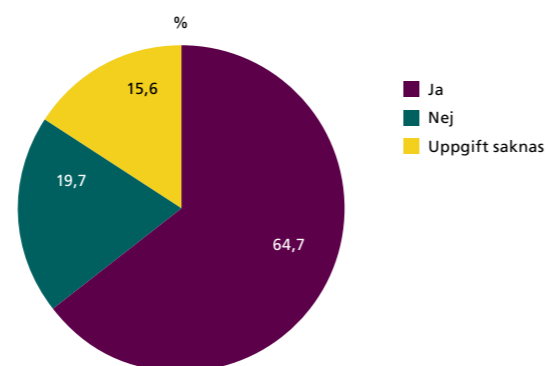


Figur 16. De sex vanligaste psykiatriska diagnoserna inom öppenvård andra än beroende år 2014.

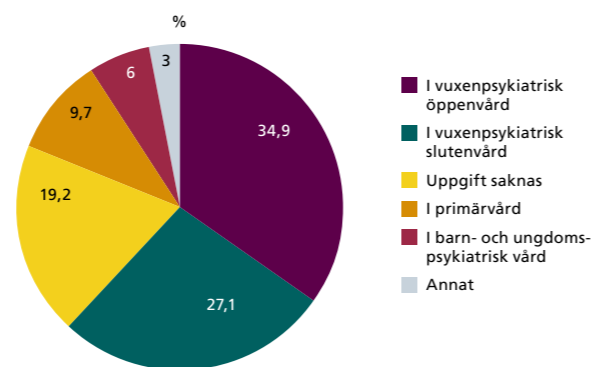


65 % av patienterna med samsjuklighet har tidigare fått vård för detta varav 35 % av dessa fått denna vård i vuxenpsykiatrisk öppenvård.

Figur 17. Andel unika nyregistreringar/patienter som tidigare behandlats för psykiatriska sjukdomar för patienter med aktuell psykiatrisk diagnos år 2014 (n=1170).



Figur 18. Var patienten behandlats tidigare, för patienter som har en tidigare behandling av psykiatrisk diagnos, unika nyregistreringar 2014 (n=2072).



Skattningar

AUDIT

AUDIT är ett instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion där ökande poäng innebär ökad sannolikhet för att riskbruk, skadligt bruk, eller beroende föreligger.

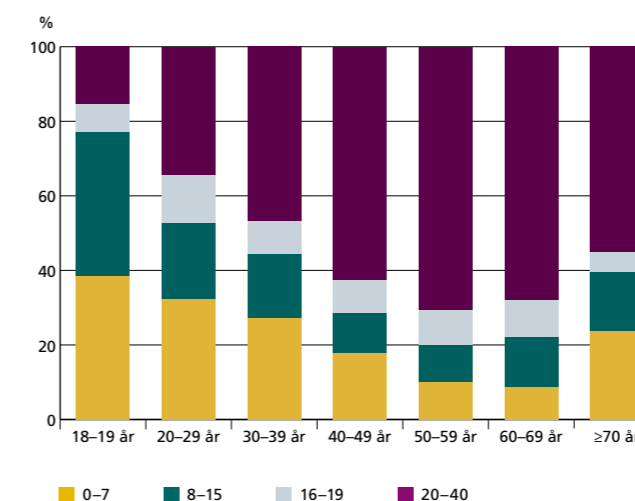
6 poäng eller mer för kvinnor och 8 poäng eller mer för män brukar anses indikera en riskabel alkoholkonsumtion. Över 13 respektive 15 poäng indikerar en problematisk alkoholkonsumtion och det är stor risk att man har en alkoholrelaterad diagnos. Över 20 poäng indikerar mycket problematiska alkoholvanor och sannolikt en alkoholrelaterad diagnos².

Instrumentet är ursprungligen utarbetat av Världshälsoorganisationen (WHO) och baseras på patientens egna svar.

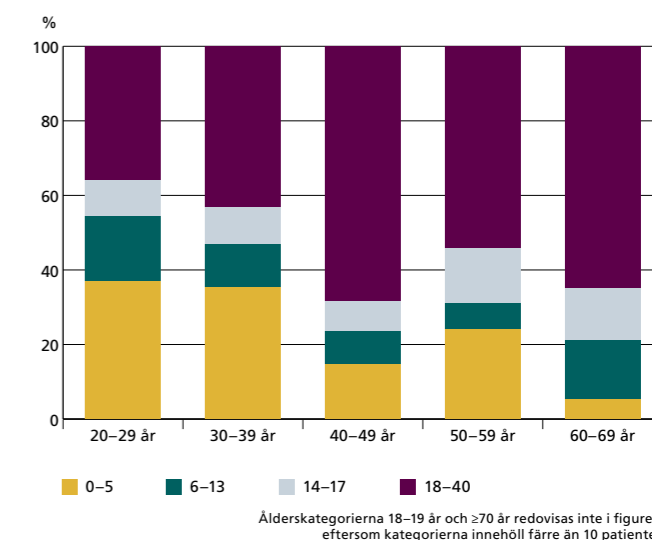
Bland patienter registrerade i SBR har en stor andel av männen AUDIT-poäng över 20 vilket speglar de diagnoser som registrerats i SBR.

Även bland kvinnor har många patienter över 18 i AUDIT-poäng. Bland yngre patienter har fler lägre poäng. Inga AUDIT-värden har registrerats för kvinnor i åldersgrupperna 18–19 och över 70 år.

Figur 19. AUDIT-värde för män per ålderskategori, nyregistreringar år 2014.



Figur 20. AUDIT-värde för kvinnor per ålderskategori, nyregistreringar år 2014.



²Saunders, J. B., Aasland, O. G., T. F., De la Fuente, J. R., Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Identification Test (AUDIT): WHO collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 88:791-804.

EQ-5D

EQ-5D är ett instrument där patienten själv skattar sin hälsa relaterad till olika områden. 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.

En analys av de värden patienter i olika diagnosgrupperna uppgett på skalan visar att den största andelen, nästan 27 %, av patienter som enbart har en alkoholdiagnos anger att de ligger så lågt som mellan 0–10 på skalan. Patienter med cannabisdiagnos (enbart) är den grupp där störst andel anger en högre skattad hälsa, mellan 71–80 på skalan. Frågan om hälsotillstånd (ur EQ-5D) var obesvarad för en stor andel patienter. För patienter med diagnos knuten till hallucinogener och kokain var svarsgraden väldigt låg vilket förklarar onyanserade medelvärden. På flera enheter har inte EQ-5D gjorts för någon eller väldigt få patienter.

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).

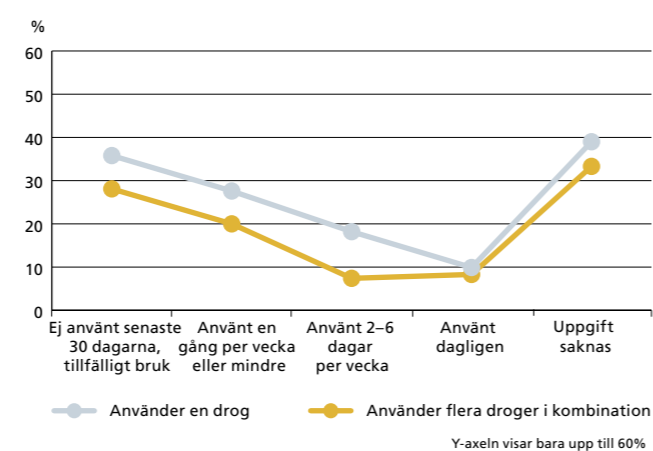
Skalsteg 1 representerar det allra svåraste psykiska tillståndet med de allvarligaste symtomen och de svåraste funktionsproblemen och skalsteg 100 en person helt utan symtom eller sänkt funktionsförmåga. I de redovisade diagrammen har de tio nivåerna indelats i tre delar för att öka antalet patienter per grupp och därmed öka dess statistiska korrekthet.

Patienter med över 60 poäng på GAF-skalan ska fungera väl i samhället men eventuellt ha vissa milda symtom. Bland patienter registrerade i SBR minskar andelen patienter med GAF-funktionsvärden över 60 med ökad användningsfrekvens. Patienter som använder mer än en drog har i lägre grad GAF-symtomvärden över 60.

Tabell 5. Antal, median och medelvärde av EQ-5D hälsoskor per beroendediagnos år 2014.

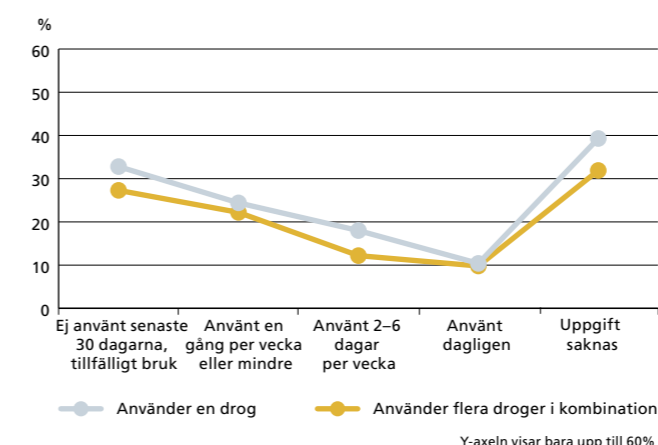
Beroendediagnos	Hälsotillstånd Median	Hälsotillstånd Medelvärde	Antal
Alkohol F10	50	42,3	827
Cannabis F12	51	53	37
Flera diagnoser i kombination	50	46,5	251
Hallucinogener F16	–	–	<10
Kokain F14	–	–	<10
Kombination F19	50	43,7	209
Opiater F11	60	53,3	78
Sedativa F13	50	44,6	25
Stimulantia inklusive koffein F15	62,5	57,5	28
Uppgift saknas	57,5	54,6	28

Figur 21. Andel patienter per typ av användning med ett GAF Funktionsvärde större än 60 per användningsfrekvens, nyregistreringar år 2014.



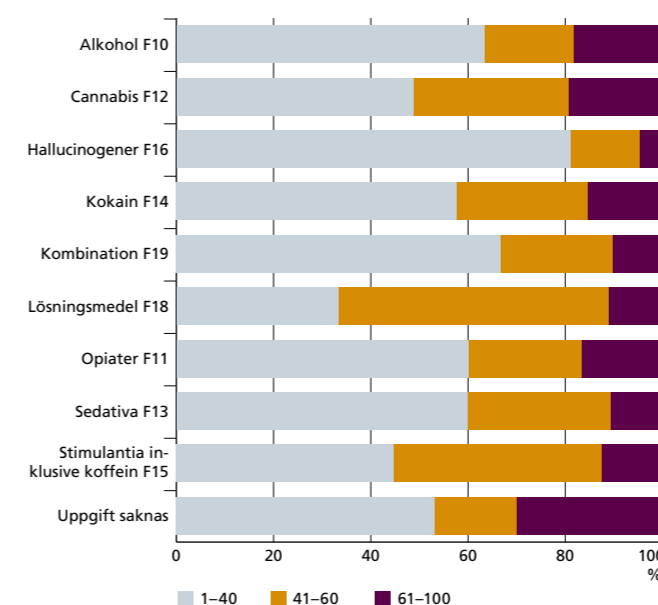
GAF-symptomberäkningar följer samma mönster.

Figur 22. Andel patienter per typ av användning med ett GAF Symtomvärde större än 60 per användningsfrekvens år 2014.



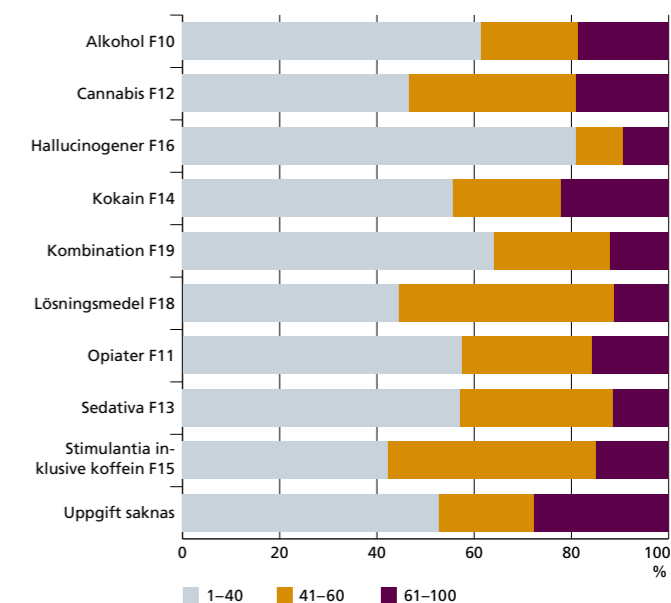
Vid mer detaljerad analys av hur patienterna fördelar sig över GAF-funktionskalan utifrån beroendediagnos framkommer att den grupp patienter som har diagnos knuten till hallucinogener (F16) omfattar den överlägset största gruppen patienter som har värden under 40. GAF har dock endast besvarats för 21 patienter i denna grupp vilket skulle kunna påverka värdet. Patienter som använder flera droger i kombination (diagnos F19) omfattar också många patienter som har värden under 40. Även den stora gruppen med alkoholdiagnos har en betydande andel låga GAF-värden.

Figur 23. Gaf Funktion per beroendediagnos, nyregistreringar 2014.



För GAF-symptom fördelar sig diagnosgrupperna på i stort sett samma sätt som för GAF-funktion.

Figur 24. Gaf Symtom per beroendediagnos, nyregistreringar 2014.

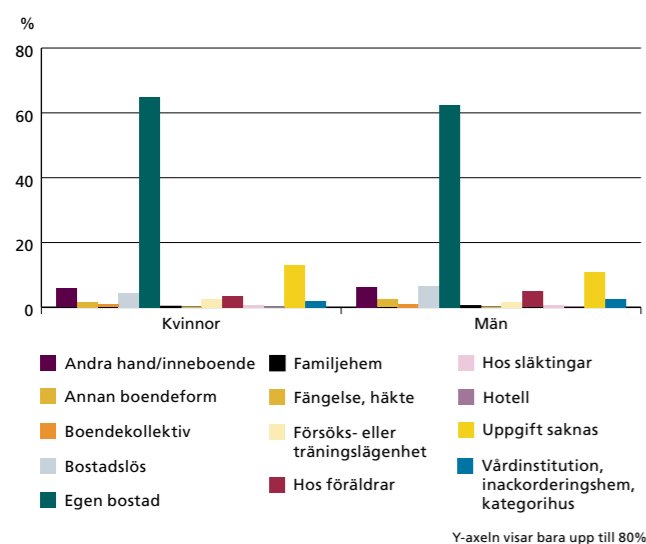


Sociodemografiska variabler

Variabler såsom boendeform, levnadsform, sysselsättning och försörjning är viktiga för att få en bild av patientgruppen som behandlas inom beroendevården. Det kan indikera vilken typ av stöd vården kan behöva uppmärksamma vid sidan av det medicinska. Det kan också vara viktiga utfallsmått som visar om patienterna får det bättre över tid efter att ha fått vård i dessa verksamheter.

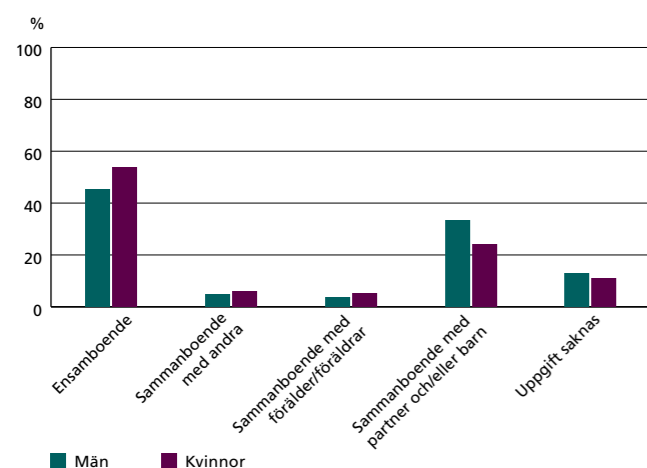
Bland både män och kvinnor har över 60% av patienterna egen bostad.

Figur 25. Fördelning av boendeform per kön för nyregistreringar 2014.



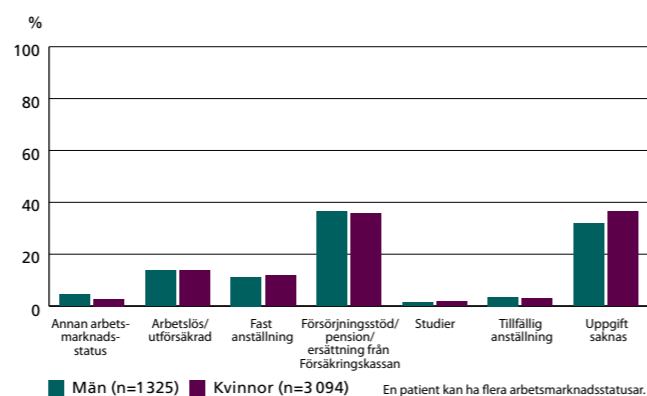
Den största andelen av patienterna av båda könen bor ensamma. En större andel kvinnor än män bor tillsammans med partner och/eller barn.

Figur 26. Fördelningen av levnadsform per kön år 2014.



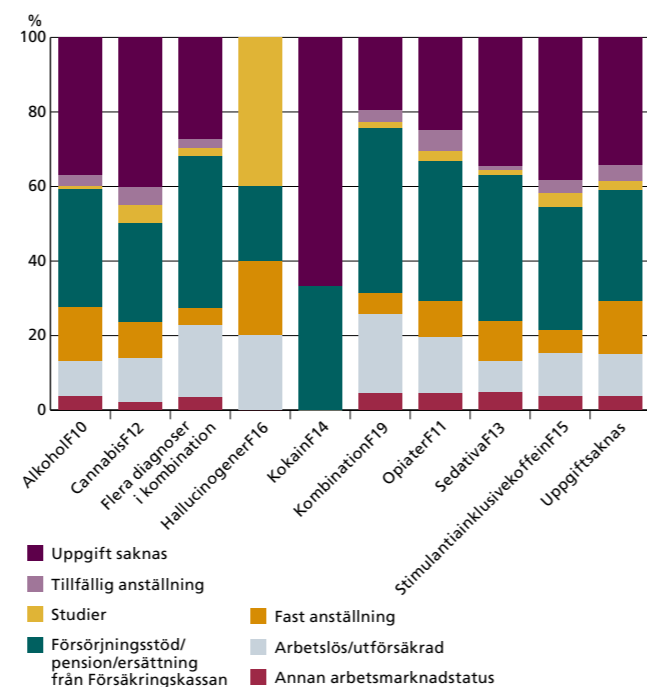
De flesta av de registrerade patienterna lever på försörjningsstöd, pension eller ersättning från försäkringskassan.

Figur 27. Fördelning av Arbetsmarknadsstatus per kön för nyregistrerade patienter 2014.



Andelen patienter som anger försörjningsstöd, pension eller ersättning från försäkringskassan som arbetsmarknadsstatus är störst i alla diagnosgrupper. De patienter som har flera beroendediagnoser (kombination) eller diagnos F19 omfattar störst andel patienter inom denna kategori. För en stor andel patienter har frågan om arbetsmarknadsstatus besvarats med "Uppgift saknas".

Figur 28. Fördelning av Arbetsmarknadsstatus per beroendediagnos för nyregistrerade patienter 2014.

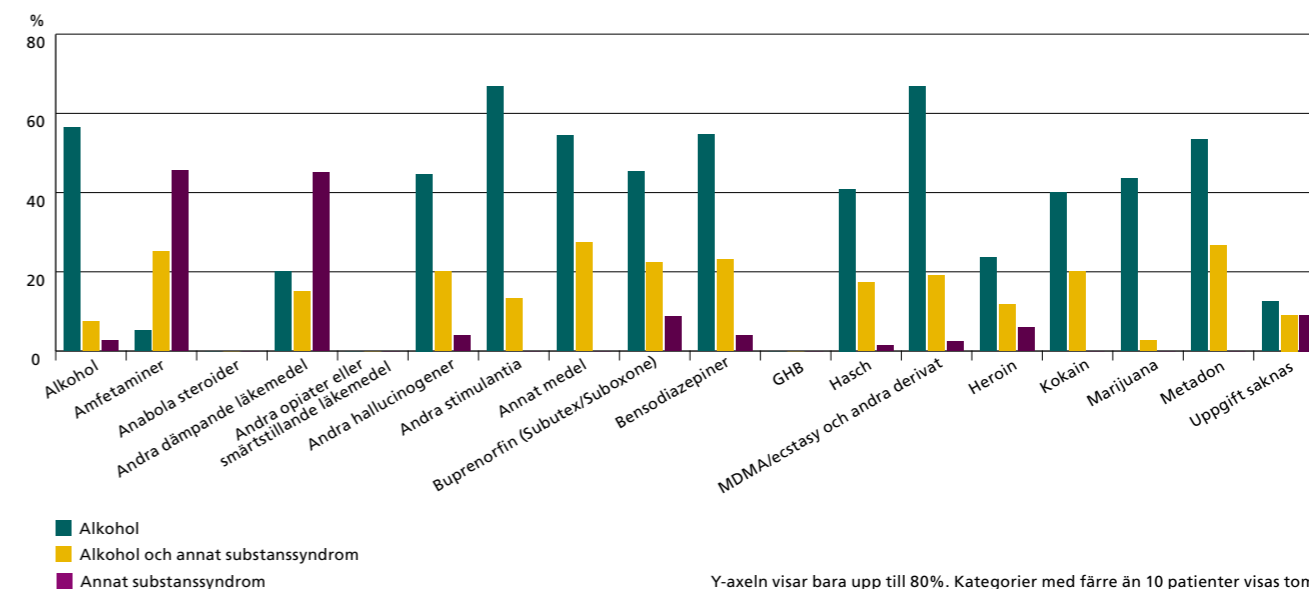


Behandling

I SBR efterfrågas om patienterna tidigare behandlats för riskbruk, missbruk eller beroende mot alkohol, annat substanssyndrom eller alkohol och annat substanssyndrom. Analyserna visar att en stor andel patienter fått behandling tidigare.

56% av patienterna som angett att alkohol orsakat dem mest problem de senaste 30 dagarna har tidigare vårdats för alkoholproblem och 7,5% av dem har behandlats för andra substanssyndrom.

Figur 29. Andel patienter som tidigare behandlats för riskbruk för patienter med drogproblem de senaste 30 dagarna år 2014.



Y-axeln visar bara upp till 80%. Kategorier med färre än 10 patienter visas tomt.

Den behandling som bedrivs på enheterna har följts delvis genom registrerade KVÅ-koder. Användningen av KVÅ-koder uppdelat på landsting visar en stor variation av de fyra mest använda KVÅ-koderna. Detta kan belysa skillnader i vårdinsatser men skulle även kunna bero på olika rutiner och val av koder.

Tabell 6. De fyra vanligaste KVÅ-koderna per landsting.

Län	Vanligaste KVÅ-kod (%)	Näst vanligaste KVÅ-kod (%)	3:e vanligaste KVÅ-kod (%)	4:e vanligaste KVÅ-kod (%)
Blekinge	Enkla råd om alkoholvanor (i) (12,1)	Enkla råd om fysisk aktivitet (i) (8,6)	Klinisk undersökning av allmäntillståndet (8,6)	Strukturerad suicidriskbedömning (i) (8,6)
Jämtland	Provtagning UNS (50)	Stödande samtal (i) (28,6)	Systematisk psykologisk behandling, psykodynamisk (i) (7,1)	Systematisk psykologisk behandling, kognitiv (i) (7,1)
Kalmar	-	-	-	-
Kronoberg	Motiverande samtal, MI (i) (36)	Provtagning UNS (20)	Strukturerad bedömning av alkohol- och drogvänor (i) (20)	Övervakat urinprov (i) (16)
Norrbottnen	-	-	-	-
Skåne	Ordnation av läkemedel (i) (35,9)	Övervakning av läkemedelsintag (i) (20,5)	Hälsosamtal (i) (5,1)	Upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan (i) (5,1)
Stockholm	Klinisk undersökning av psykiskt tillstånd (i) (21,2)	Allmän skattning av behov eller funktionsförmåga (i) (21,1)	Klinisk undersökning av allmäntillståndet (20,9)	Läkemedelsgenomgång, enkel (i) (20,9)
Södermanland	Klinisk undersökning av psykiskt tillstånd (i) (25,3)	Strukturerad suicidriskbedömning (i) (20)	Stödande samtal (i) (13,7)	Provtagning UNS (10,5)
Uppsala	Enskilt besök (12,5)	Klinisk bedömning av psykologiska funktioner (i) (11)	Motiverande samtal, MI (i) (8,5)	Information och rådgivning med patient per telefon (i) (8)
Värmland	Övervakat urinprov (i) (18,3)	Stödande samtal (i) (11,2)	Läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos (i) (7,1)	Allmän skattning av behov eller funktionsförmåga (i) (6,5)
Västernorrland	Strukturerad suicidriskbedömning (i) (50)	Upprättande av vårdplan vid tvångsvård (i) (20)	Skattning av psykiska symptom (i) (10)	Standardiserad intervju för psykiatrisk syndromdiagnostik (i) (10)
Västmanland	Konferens med patient (i) (15)	Konferens om patient (i) (14,4)	Strukturerad bedömning av alkohol- och drogvänor (i) (14,4)	Upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan (i) (14,4)
Västra Götaland	Strukturerad bedömning av alkohol- och drogvänor (i) (9,7)	Konferens med patient (i) (7,7)	Klinisk undersökning av psykiskt tillstånd (i) (6,9)	Skattning av psykiska symptom (i) (6,9)
Örebro	Provtagning UNS (29,4)	Motiverande samtal, MI (i) (23,5)	Inhämtande av anamnes (i) (11,8)	Neuropsykologisk utredning (i) (11,8)
Östergötland	Stödande samtal (i) (15,7)	Klinisk undersökning av psykiskt tillstånd (i) (13,6)	Läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos (i) (10,7)	Inhämtande av anamnes (i) (8,6)

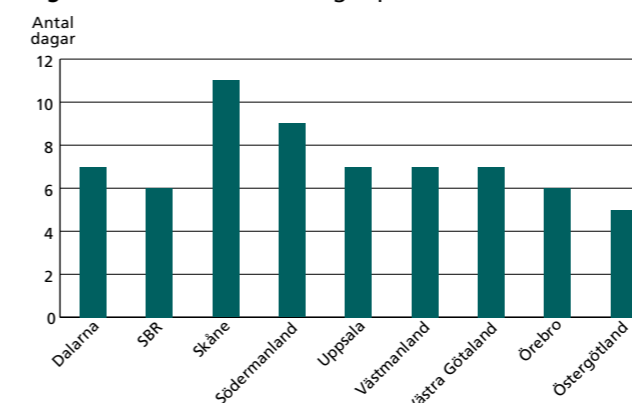
Län med färre än 10 patienter visas tomt.

Slutenvården

I SBR är fortfarande en stor del av registreringarna genomförda i slutenvården där man tidigt förde in SBR i sina rutiner på flera håll i landet.

Dessa registreringar visar att den genomsnittliga vårdtiden år 2014 var runt sju dagar för slutenvården i stort. Uppfattningen är att vårdtiderna på dessa enheter ofta är kortare än så och en möjlighet är att snitttiden påverkas av att inga avslutsregistreringar hunnit göras för patienter med väldigt korta vårdtider. Stockholm är inte med i denna figur då inga avslutsregistreringar gjorts.

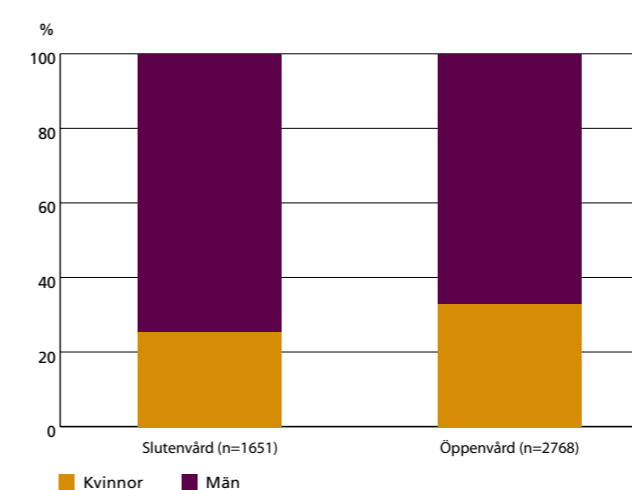
Figur 30. Medelvårdtid i dagar per län.



Endast patienter med uppgift om behandlingens start- och slutdatum medräknade.

I slutenvården är andelen kvinnliga patienter 25 % vilket är färre än i öppenvården där andelen är 33 %.

Figur 31. Könsfördelning per vårdform, nyregistreringar år 2014.



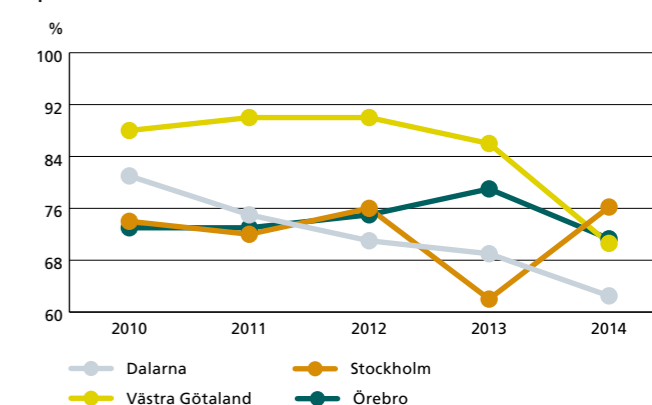
Jämförelse mellan fyra avdelningar för slutenvård

De enheter med flest registreringar i SBR är slutenvårdsavdelningarna i Falun, Göteborg, Stockholm och Örebro varav de flesta anslöt sig till SBR redan 2009 och 2010. Då dessa enheter registrerat många patienter under lång tid finns möjlighet att göra mer rättvisande jämförelser dessa enheter emellan. Skillnader mellan enheter kan dock ha många olika orsaker och medan SBR visar upp resultaten är det verksamheterna själva som bäst undersöker och hittar förklaringar till dem. Målet är att jämförelser och arbetet med att förstå skillnader leder till förbättringar på alla involverade enheter.

Registreringarna i slutenvården presenterade i denna jämförelse omfattar en enhet på Beroendecentrum i Falun (Dalarna), två enheter på Beroendecentrum i Stockholm, fyra enheter på Beroendekliniken i Göteborg (Västra Götaland) och en enhet på Beroendecentrum i Örebro.

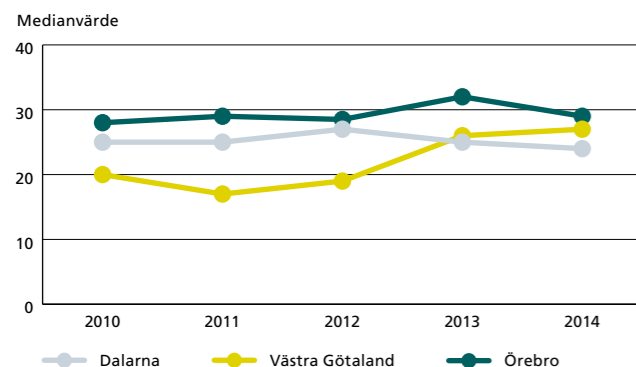
En stor andel inom alla slutenvårdsavdelningarna har angett alkohol som primärdrog (2009–2013) eller drog som orsakat mest problem de senaste 30 dagarna (2014). Stora skillnader syns mellan 2013 och 2014 vilket skulle kunna bero på att frågan om primärdrog och drog som orsakat mest problem tolkas olika, en ändring som gjordes i och med uppdaterad frågeuppsättning 2014.

Figur 32. Andel patienter med alkohol som den drog som orsakat mest problem de senaste 30 dagarna på slutenvårdsenheter år 2010–2014.



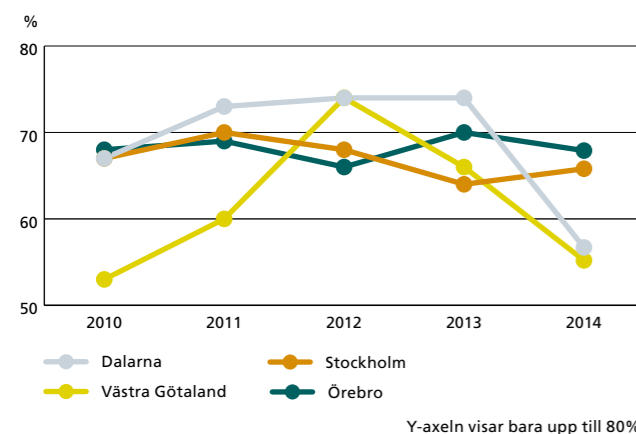
Medianvärdet för AUDIT-skattningar är någorlunda stabilt över åren men i Göteborg ökar medianvärdet tydligt.

Figur 33. AUDIT median-värde för patienter i slutenvård år 2010-2014.



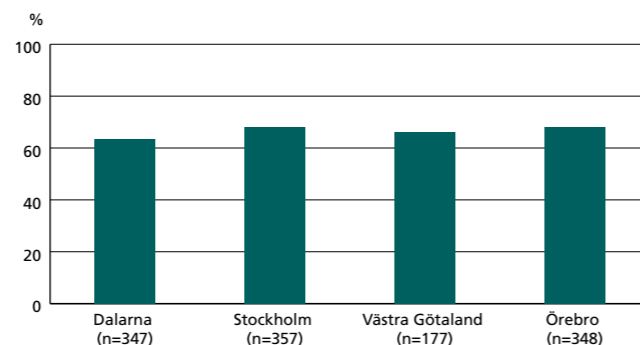
I Västra Götaland och Dalarna syns en tydlig förändring i andelen patienter med ett dagligt bruk mellan 2013 och 2014. Även detta kan delvis orsakas av ändringen i den uppdaterade frågeuppsättning 2014 där man frågar om drog som orsakat mest problem de senaste 30 dagarna istället för primärdrog.

Figur 34. Andel patienter med dagligt bruk av den drog som orsakat mest problem de senaste 30 dagarna på slutenvårdsenheter år 2010-2014.



I Dalarna var det minst andel patienter som tidigare behandlats men andelen var över 63% i alla landstingen.

Figur 35. Andel patienter inom slutenvård som fått tidigare vård för alkohol år 2014.



Registerorganisationen 2014

Centralt personuppgiftsansvarig myndighet

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

Registerhållare

Johan Franck, verksamhetschef på Beroendecentrum Stockholm.

Registerkansli

Biträdande registerhållare: Moa Isacson
Vikarierande jan-mars 2014: Anna Thurang
Koordinator: Mikael Eklöf

Styrgrupp

T.o.m. augusti 2014

Annika Andersson, Capio Maria, Stockholm

Håkan Rosén, Beroendecentrum, Malmö

Lars Blomström, Capio Maria, Stockholm

Johan Franck, Registerhållare, Beroendecentrum, Stockholm

Leif Grönblad, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Gunnel Ihrstedt, Beroendecentrum, Örebro

Åsa Magnusson, Svensk förening för beroendemedicin

Carl-Gustav Olofsson, Psykiatri, Skellefteå

Karin Stolare, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Per Söderberg, Division Psykiatri, Dalarna

Markus Takanen, Beroendecentrum, Stockholm

Hugo Wallén, Beroendekliniken, Göteborg

Fr.o.m. augusti 2014

Annika Andersson, Capio Maria, Stockholm

Gulber Asanovska, Beroendecentrum, Malmö

Håkan Blom, Länkens kamratförbund

Lars Blomström, Capio Maria, Stockholm

Johan Franck, Registerhållare, Beroendecentrum, Stockholm

Inger Forsgren, RFHL

Carl-Gustav Olofsson, Psykiatri, Skellefteå

Tommy Strandberg, Beroendecentrum, Örebro

Per Söderberg, Division Psykiatri, Dalarna

Markus Takanen, Beroendecentrum, Stockholm

Hugo Wallén, Beroendekliniken, Göteborg

Framtid i SBR

SBR fortsätter arbeta för att uppfylla syftet om förbättrad vård och hälsa för personer med skadligt bruk och beroende.

Under 2015 fokuserar SBR på att:

- Stötta registrerande enheter i användandet av de nya frågorna
- Utveckla frågor riktade till patienterna
- Validera och utvärdera de nya frågorna
- Utveckla registersidorna med översiktlig och nyttig utdata för användarna
- Stötta användningen av registerdata i förbättringsarbete

LAROS– Behandlingsuppföljning vid opiatberoende

Årsrapport 2014

Behandlingsmetoden

LARO står för läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende i Sverige. Behandlingsmetoden har funnits i Sverige sedan mitten av 1960-talet. Ytterst styrs behandlingen av Socialstyrelsens föreskrifter. För närvarande är det SOSFS 2009:27 som gäller. Både behandling med metadon och buprenorfin regleras av föreskrifterna. För att kunna erhålla behandling krävs ett dokumenterat, minst ettårigt opiatberoende. Opiatberoende definieras av Socialstyrelsen som beroende av heroin, morfin eller opium. Under speciella förhållanden, som preciseras i föreskrifterna, kan behandlingen avbrytas.

De verksamheter som bedriver LARO-behandling ska ha en psykiatrisk specialistkompetens. Det är dock verksamheten och inte den enskilde specialistläkaren som får bedriva behandling, efter att anmälan gjorts till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har gjort två utvärderingar av de svenska LARO-programmen. Båda studierna visar att dödlighet, missbruk och kriminalitet minskar när brukarna har behandling i programmen.

Registerorganisationen 2014

Registerhållare

Enligt SKL (www.skl.se) har registerhållaren följande uppdrag: Registerhållaren är huvudansvarig för registrets utveckling och drift. Tillsammans med registerhållaren gör beslutsgruppen sin överenskommelse om utbetalning av medel. Registerhållaren ska kunna företräda registret och därför ha kunskaper om registrets innehåll, vara förankrad i berörd profession och ha eventuella specialistföreningar bakom sig. Registerhållaren ska även vara orienterad i de regelverk som finns inom kvalitetsregisterområdet.

Registerhållare för LAROS kvalitetsregister har under 2014 varit Tommy Strandberg, verksamhetschef för Beroendecentrum, Örebro län landsting.

Regionala koordinatörer

Under året har två personer haft uppdrag som koordinatörer, en för norra och en för södra Sverige:

- Leif Grönblad
- Karina Stein

Marie Andersson, Beroendekliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset, har bidragit med viktigt administrativt stöd och är den som haft mest direktkontakt med användarna.

Styrgruppen

Styrgruppens uppgift är att arbeta för implementering av register och för att ständigt öka dess täckningsgrad. Samtliga medlemmar i styrgruppen har stor klinisk erfarenhet av arbete med patienter med opioidberoende. Styrgruppen är sammansatt med tanke på att få en

geografisk spridning över landet och för att få med både storstads- och landsbygdspektivet. Både offentlig och privat LARO-verksamhet finns representerad. För LARO-behandling är samverkan med andra myndigheter av stor vikt, vilket avspeglar sig i att representanter från både socialtjänst och Kriminalvård finns med i styrgruppen.

Styrgruppen består av följande personer:

- Tommy Strandberg, verksamhetschef Beroendecentrum, Örebro läns landsting, registerhållare
- Leif Grönblad, programchef, med. dr. LARO-verksamhet, Uppsala Akademiska sjukhus, registerkoordinator
- Karina Stein, enhetschef, psykolog, LARO-verksamhet, Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt Västra Götaland, registerkoordinator
- Ingrid Davstad, handläggare, med. dr. Beroendecentrum Stockholm
- Carl-Gustaf Olofsson, överläkare LARO-mottagning Skellefteå
- Mikael Sandell, läkarchef, Capio Maria Stockholm
- Anneli Hallberg, enhetschef, socialtjänsten Jönköpings stad
- Lars-Håkan Nilsson, medicinsk rådgivare Kriminalvården
- Lotta Molin, sekreterare, Beroendecentrum, Örebro läns landsting

Dataredovisning LAROS-data 31 december 2014

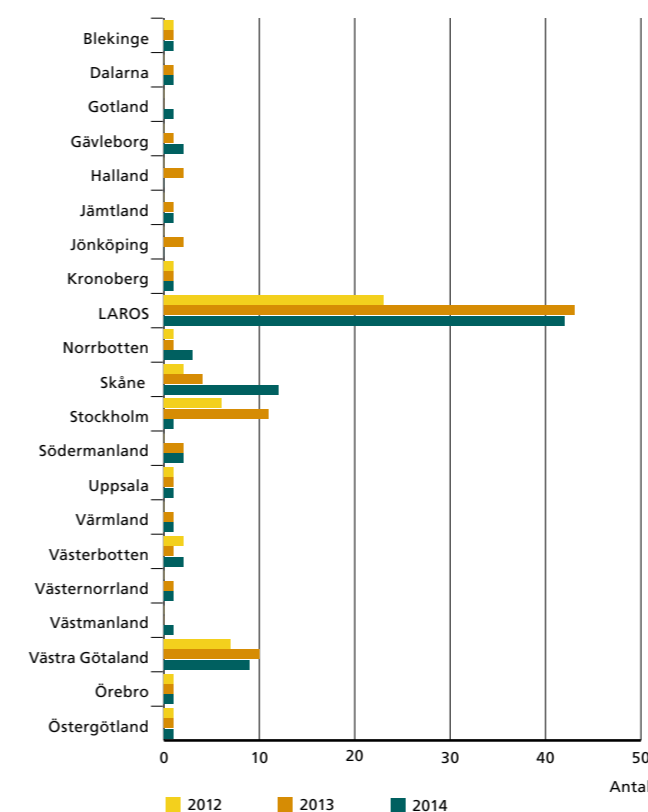
Denna årsrapport inkluderar 1276 brukare (907 män (71 %) och 369 kvinnor (29 %)). Under 2014 gjordes inga uppföljningsregistreringar, men däremot gjordes 41 avlutsregistreringar.

Registerdata – antal anslutna enheter och registreringar

Sammanlagt gjordes under 2014 registreringar från 42 olika enheter, se figur 1. Den största ökningen skedde i Skåne, där man gick från 4 till 11 registrerande enheter. Den positiva förändringen i Skåne har troligtvis samband med det fria vårdvalet för LARO-behandling i Skåne, där registrering i kvalitetsregistret var ett krav för verksamheterna. Den största minskningen skedde i Stockholm; en minskning från 11 till 1 registrerande enhet.

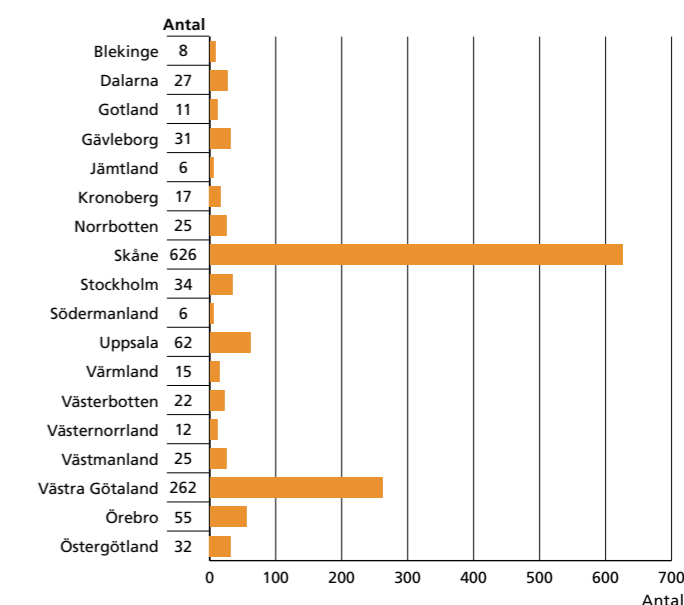
Under 2014 har registrerande enheter tillkommit i Dalarna och Västmanland. De registreringar som gjordes 2013 i Gotland redovisades i 2013 års rapport tillsammans med Stockholms registreringar, men redovisas i år självständigt.

Figur 1. Antal anslutna enheter per län år 2012–2014.



Det var i storstads länen Skåne och Västra Götaland som flest registreringar gjordes, se figur 2. Skåne stod dock ensamt för nästan hälften av de registreringar som gjorts.

Figur 2. Antal nyregistreringar per län.

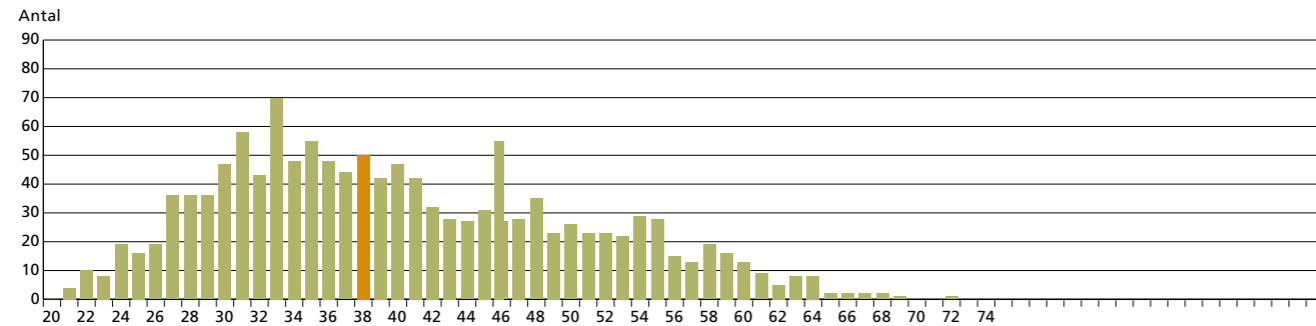


Köns- och åldersfördelning

Av de 1276 unika personer som registrerades i LAROS kvalitetsregister 2014 var 29 % (369 stycken) kvinnor och 71 % (907 stycken) män. Detta kan jämföras med 2013, då 74 % av de som registrerades var män och 26 % av de som registrerades var kvinnor. Enligt SOSFS 2009:27 får personer som är under 20 år

inte erbjudas LARO-behandling. Den vanligaste åldern för en person som registrerades i LAROS-registret 2014 var 33 år. Åldersfördelningen spände mellan 21 och 72 år. Medelvärdet för de registrerade personernas ålder var 40,1 år och medianen var 38 år. Figur 3 ger en fullständig bild av åldersspridningen.

Figur 3. Åldersfördelning av unika patienter



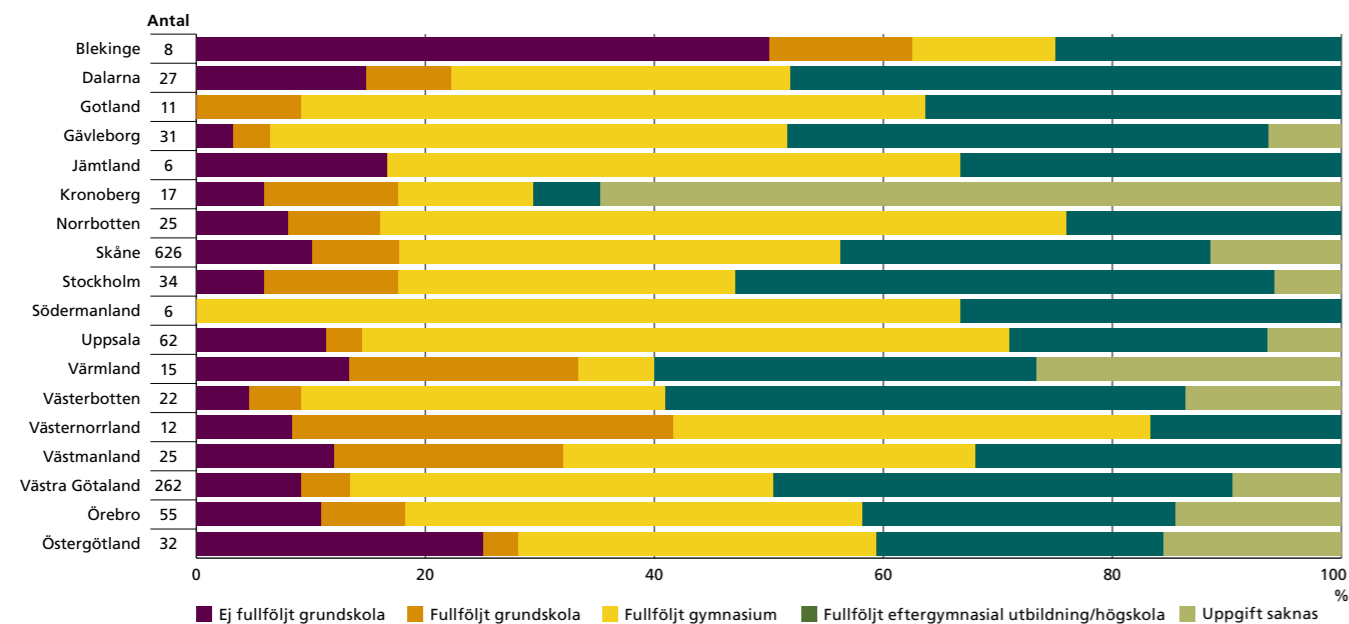
Utbildning

Blekinge var det län där störst andel av de registrerade brukarna inte fullföljt grundskola, 50 %. Högst andel brukare med fullföljd eftergymnasial utbildning fanns i Västernorrland, 33 %. Det var högsta utbildningsnivå som registrerades för varje brukare, vilket gör att andelen brukare som fullföljt grundskola egentligen ska plussas på med de som fullföljt gymnasium och eftergymnasial utbildning för att få en total summa för andel brukare som fullföljt grundskola. På samma sätt bör siffran för de som fullföljt gymnasium plussas på med siffran för de som fullföljt eftergymnasial utbildning. Södermanland var dock det län där flest brukare "stannat" i sin utbildning

ning efter fullföljd grundskola, 67 % och Dalarna det län där flest brukare "stannat" i sin utbildning efter gymnasium, 48 %. I figur 4 ges en överskådlig bild av utbildningsnivå för varje län.

Resultaten är svårtolkade. 2013 var Blekinge det län där flest brukare fullföljt eftergymnasial utbildning och samtliga brukare hade fullföljt grundskolan. Skillnaderna beror troligtvis på att antalet registrerade brukare i vissa län är litet och då ger förändring för ett litet antal brukare ett stort utslag procentmässigt.

Figur 4. Andel nyregistrerade patienter per utbildningsnivå och län.



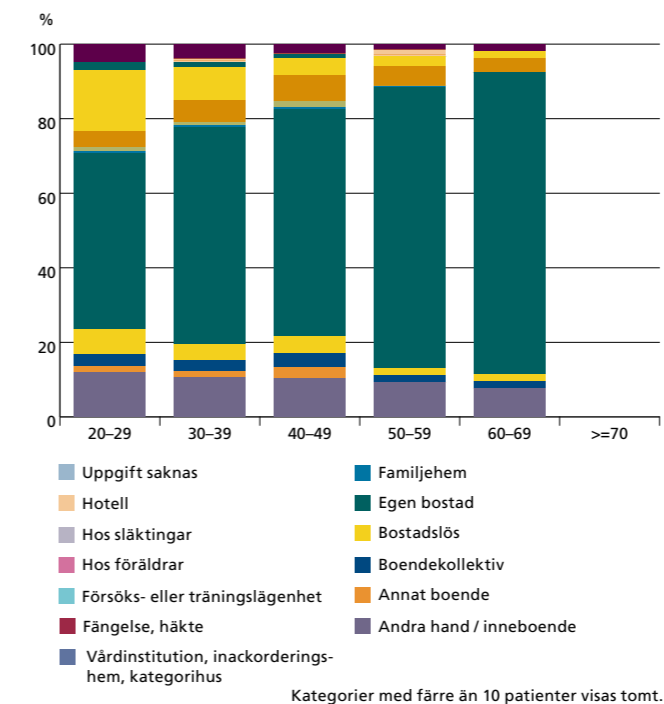
Sociala faktorer

Boendeform

Den vanligaste bostadsformen var egen bostad. Ju äldre ålderskategori, ju vanligare var det med egen bostad. I åldersgruppen 60–69 år hade 81 % av brukarna egen bostad, men å andra sidan bestod denna grupp endast av en brukare.

Det omvända förhållandet gällde för bostadslöshet. Högst andel bostadslösa brukare fanns i åldersgruppen 20–29 år, 6,5 %. I figur 5 ges en presentation av boendeform per ålderskategori.

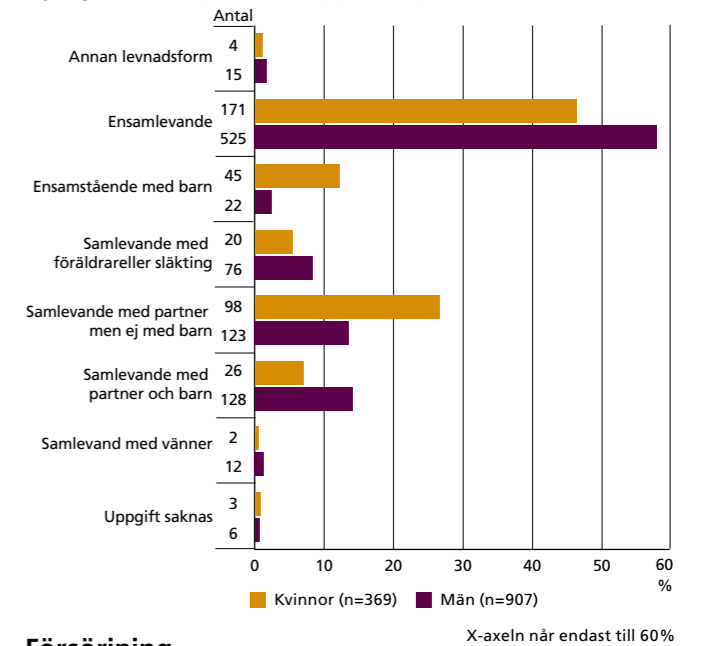
Figur 5. Boendeform för nyregistrerade patienter uppdelat per ålderskategori (n=1276)



Levnadsform

I figur 6 presenteras olika levnadsformer uppdelat på kön. Den vanligaste levnadsformen var att brukaren var ensamlevande. De registrerade männen var i högre grad ensamlevande; 58 % för männen jämfört med 46 % för kvinnorna. Kvinnorna var i högre grad ensamlevande med barn (12 %) samt samlevande med partner utan barn (27 %). Fler män än kvinnor var dock samlevande med både partner och barn (14 %).

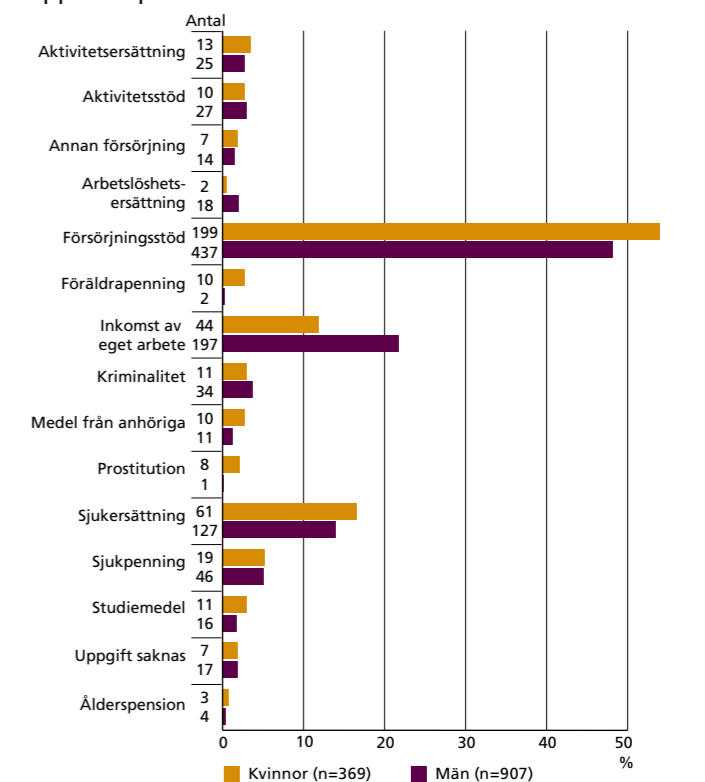
Figur 6. Huvudsaklig levnadsform (andel) för nyregistrerade patienter uppdelat på kön.



Försörjning

I figur 7 presenteras olika försörjningstyper uppdelat på kön. Den vanligaste formen av försörjning var försörjningsstöd (f.d. socialbidrag). 48 % av männen och 53 % av kvinnorna fick inkomst via försörjningsstöd. För männen var inkomst via eget arbete näst vanligast (22 %) och inkomst via sjukersättning tredje vanligast (14 %). För kvinnorna var förhållandet det omvända; 17 % av kvinnorna hade haft försörjning via sjukersättning och 12 % via eget arbete.

Figur 7. Fördelningen av försörjningskategori uppdelat på kön.

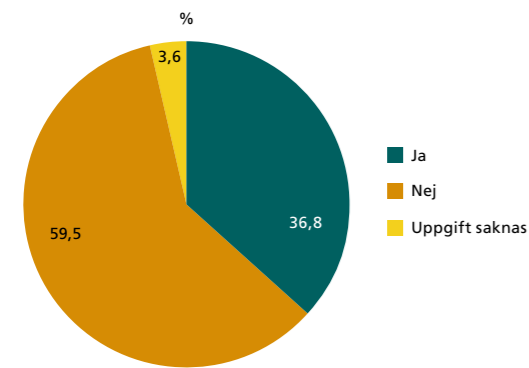


X-axeln när endast till 50 %. Summan av andelarna överstiger 100 %, eftersom patienten kan ha flera försörjningstyper.

Psykiatrisk diagnos

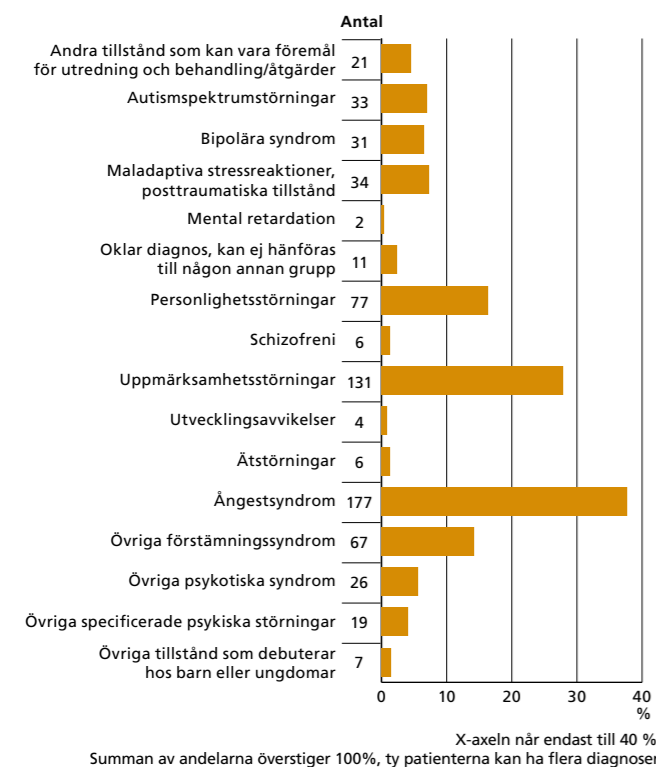
Att ta reda på om brukaren har en psykiatrisk samsjuklighet som han/hon får behandling för bedömer vi vara ett viktigt kvalitetsmått för en LARO-verksamhet. Första steget är att ta reda på om psykiatrisk samsjuklighet föreligger. Vid nyregistrering var andelen brukare med psykiatrisk diagnos förutom missbruksdiagnosen 37 % (Figur 8).

Figur 8. Andel nyregistrerade patienter med psykiatrisk diagnos (n = 1276).



Den vanligaste psykiatriska diagnosen förutom missbruksdiagnosen var ångestsyndrom (38 %), följt av uppmärksamhetsstörningar (28 %) och personlighetsstörningar (16 %). Observera att samma brukare kan ha mer än en psykiatrisk diagnos och summan blir därför mer än 100 % (Figur 9).

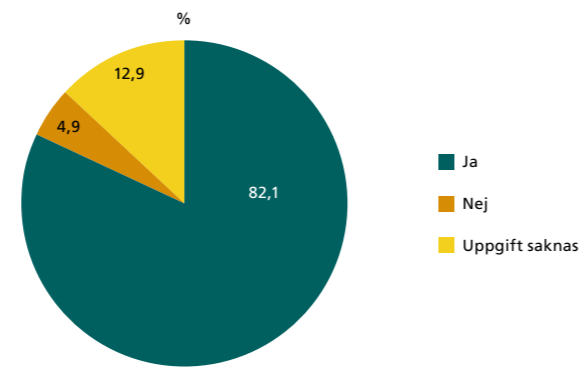
Figur 9. Andel nyregistrerade patienter med psykiatrisk diagnos (n=470) fördelat efter diagnoskategori.



Testning av HIV och hepatit

Vid nyregistrering visade det sig att i 82 % av fallen fanns kännedom om att brukarna var HIV-testade (Figur 10). 82 % är en hög siffra, men när det gäller HIV-testning måste vi sträva mot 100 %. Inom LARO-verksamhet arbetar vi med en av riskgrupperna för blodsmitta, injektionsmissbrukare. I 13 % av fallen fanns ingen kännedom om brukaren HIV-testats eller ej.

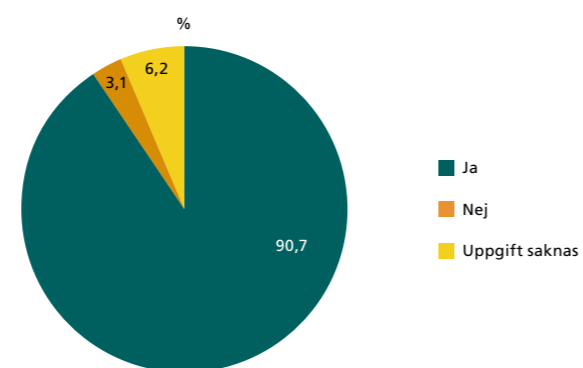
Figur 10. Andel nyregistrerade patienter som har genomgått HIV-test (n=1276).



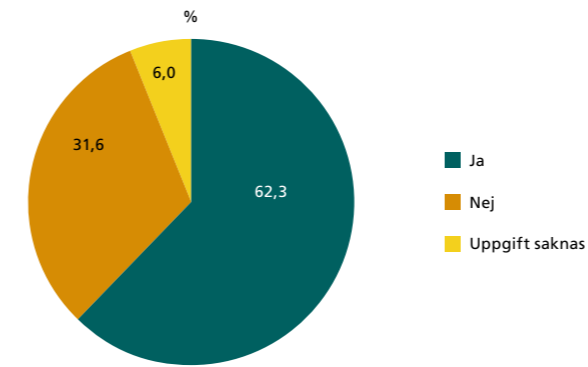
I 91 % av fallen fanns kännedom om att brukaren testats avseende hepatit C (Figur 11). I 62 % av fallen fanns kännedom om att brukaren hade antikroppar mot hepatit C, d.v.s. var hepatit C positiv (Figur 12a). I 38 % av fallen fanns kännedom om att brukaren hade en aktiv hepatit C (Figur 12b). Siffrorna har förändrats en del sedan 2013, då det fanns kännedom om att 68 % av brukarna testats avseende hepatit C och 99 % hade antikroppar mot hepatit C.

Med testning av hepatit C avses antikroppstestet. För att ta reda på om hepatiten är aktiv krävs ytterligare en analys.

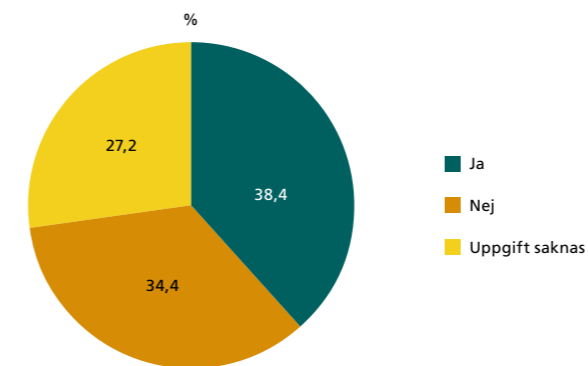
Figur 11. Andel nyregistrerade patienter (n=1 276) som har testats för Hepatit C.



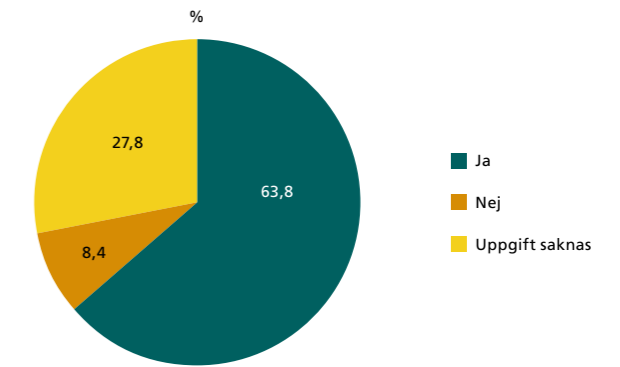
Figur 12a. Resultatet av antikroppar hepatit C, (n=1157).



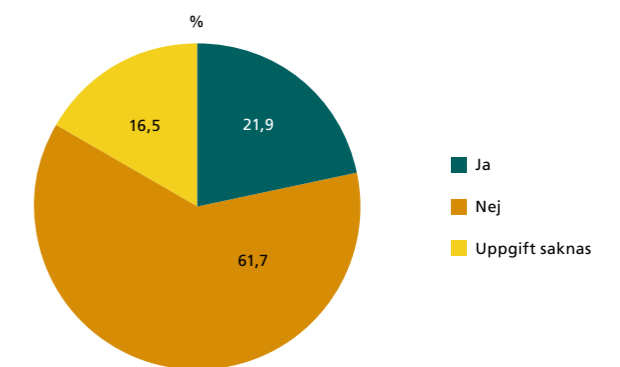
Figur 12b. Aktiv Hepatit C, (n=721).



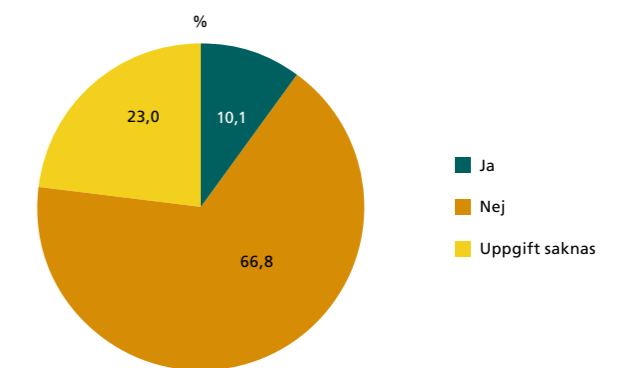
Figur 13. Andel nyregistrerade patienter som testats för Hepatit B (n=1276).



Figur 14a. Resultatet av antikroppar hepatit B, (n=814).



Figur 14b. Aktiv Hepatit B, (n=178).



När det gäller hepatit B är 64 % av brukarna testade vid nyregistrering (Figur 13). I 22 % av fallen fanns kännedom om att brukaren hade antikroppar mot hepatit B (Figur 14a). I 18 % av fallen fanns kännedom om att brukaren hade en aktiv hepatit B (Figur 14b). 2013 var endast 23 % av brukarna testade vid nyregistrering, så även här har skett en förbättring.

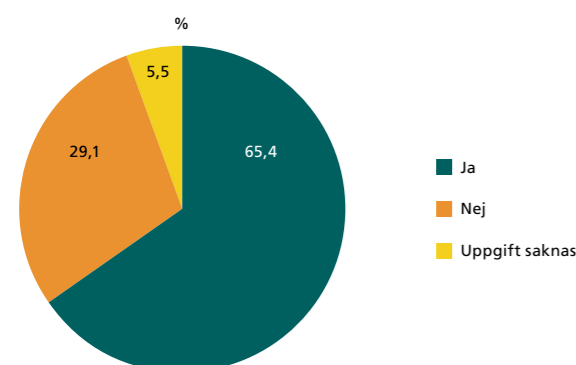
När det gäller både hepatit A och B finns vaccin. Har brukarna möjlighet att vaccineras på våra LAROenheter? Man bör betänka att en hepatit är en kronisk inflammation på levern, som gör att levern bör skyddas från påfrestningar i form av ytterligare inflammationer och droger, inklusive alkohol.

Behandling

Tidigare missbruksbehandling

Före 2005 stipulerade Socialstyrelsens föreskrifter för LARO-behandling att s.k. drogfri behandling skulle vara prövad innan brukaren kunde godkännas för LARO-behandling. Detta innebär att flertalet av de brukare som inkluderades innan 2005 har erfarenhet av andra behandlingsformer än LARO-behandling. LAROS-registret inkluderar brukare som påbörjat sin LARO-behandling både före och efter 2005. Vid årets registrering hade 65 % av brukarna vårdats för narkotika-problem innan LARO-behandling (Figur 15). Det är en minskning med 12 % jämfört med 2013.

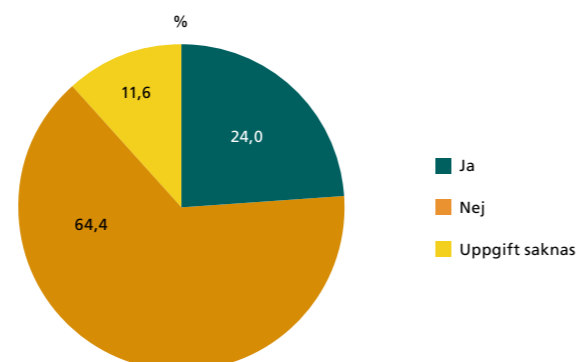
Figur 15. Andel nyregistrerade patienter som har vårdats för narkotikaproblem tidigare (n=1276).



Erfarenhet av LVM

Det var cirka en fjärdedel av brukarna som vid nyregistrering hade erfarenhet av LVM (Figur 16). Tyvärr saknas uppgift för 12 % av brukarna, vilket måste ses som ett förbättringsområde. Det bedöms vara viktigt att ha denna kunskap om den enskilde brukaren. Dels kan erfarenhet av LVM-vård ha påverkat brukaren och dels säger det en del om destruktiviteten i missbruket.

Figur 16. Andel nyregistrerade patienter med tidigare erfarenheter av LVM (n=1276).

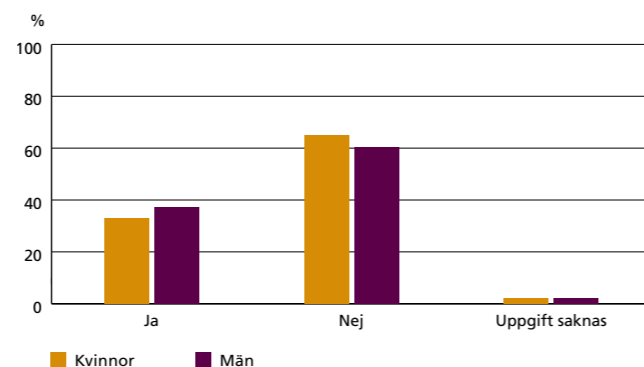


Tidigare LARO-behandling

Vid nyregistrering hade de registrerade kvinnliga brukarna i 33 % av fallen tidigare deltagit i LARO-behandling. För manliga brukare var andelen 37 % (Figur 17). För 12 % av registreringarna saknades dock uppgift. Enligt SOSFS 2009:27 gäller 3 månaders spärrtid vid uteslutning från ett LARO-program. Det åligger den enhet som påbörjar behandlingen att ta reda på om det finns en spärrtid eller ej. Oavsett föreskrifterna så bedöms uppgiften vara viktig; vad var det som föranledde beslut om uteslutning? Hur arbetar man för att det inte ska upprepas?

Som tidigare nämnts gjordes 1 276 nyregistreringar och 41 avslutningsregistreringar 2014. Det innebär att avslutningsregistrering gjordes i cirka 3 % av fallen, vilket troligtvis är en underregistrering. Frågan är mycket viktig, då det kommit forskning som visar att det går mycket dåligt för de brukare som uteslutits ur LARO-program. Att verkligen göra avslutningsregistreringar bedöms vara ett viktigt förbättringsområde.

Figur 17. Andel nyregistrerade patienter som tidigare har deltagit i LARO-behandling uppdelat på kön (n=1276).



Missbruk och beroende

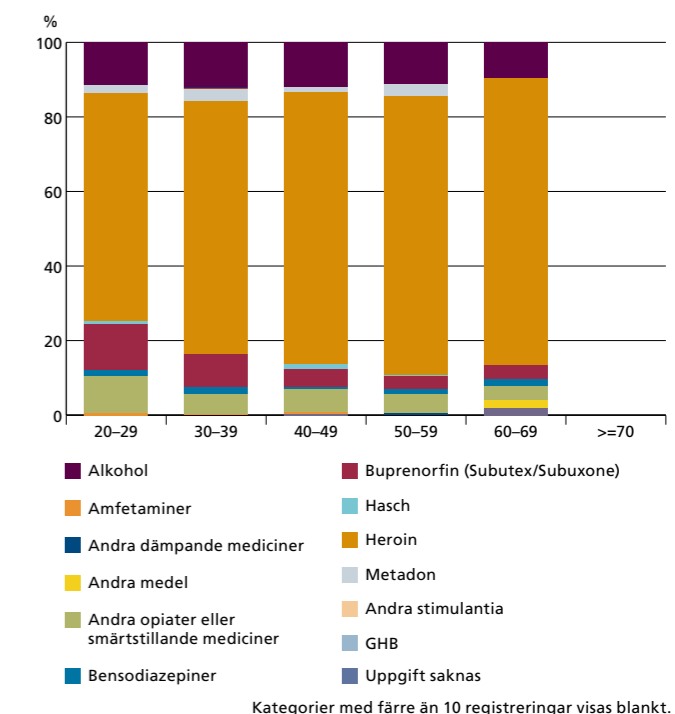
Primärdrag

Primärdrag definieras som den drog som för tillfället orsakat den enskilde brukaren mest skada. När det gäller nyregistrering så är det primärdrag innan påbörjad LARO-behandling som ska registreras.

Vid nyregistrering var heroin den vanligaste drogen i alla åldersgrupper utom för brukare över 70 år. För övriga åldersgrupper finns en viss tendens att heroin ökade som primärdrag med ökande ålder; 68 % för brukare mellan 30 och 39 år jämfört med 77 % för brukare mellan 60 och 69 år. Näst vanligaste primärdrag var antingen buprenorfin eller andra opiater och smärtstillande mediciner. I vardagstal kallar vi dessa preparat för opioider. Hela sammanställningen av primärdrag fördelat på ålderskategori finns i figur 18.

Enligt föreskrifterna ska den som blir föremål för LARO-behandling ha ett minst ett-årigt dokumenterat beroende av heroin, morfin eller opium. Det är dock inte ovanligt att brukaren, som önskar behandling för sitt opiatberoende, byter preparat från heroin till buprenorfin eller någon annan opioid. Om opioidberoende personer ska ha tillgång till LARO-behandling eller ej är en av de viktigaste behandlingsfrågorna.

Figur 18. Primärdrag för nyregistrerade patienter uppdelat per ålderskategori (n=1 276).

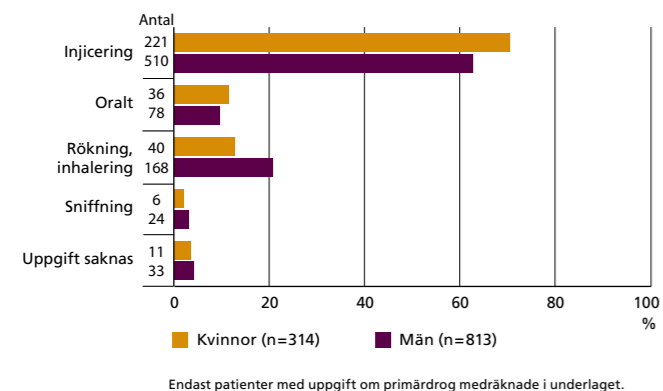


Intagssätt

Injicering var det överlägset vanligaste sättet att inta primärdrögen, som i sin tur oftast var heroin. För de brukare som registrerats bedöms det finnas en könsskillnad avseende intagssätt. Kvinnor injicerade i högre grad primärdrögen än män; 70 % av kvinnorna jämfört med 63 % av männen. För rökning/inhalering av primärdrögen var förhållandet det omvända; 21 % av männen jämfört med 13 % av kvinnorna (Figur 19).

Injicering av droger är ett riskbeteende som visar på behovet av provtagning för blodsmitta (HIV och hepatit). Rökning av droger orsakar i sin tur lung- och andningsproblem. Det är viktigt att aktivt arbeta med dessa hälsofrågor på våra LARO-mottagningar.

Figur 19. Intagningsätt av primärdrög (andel) uppdelat på kön.

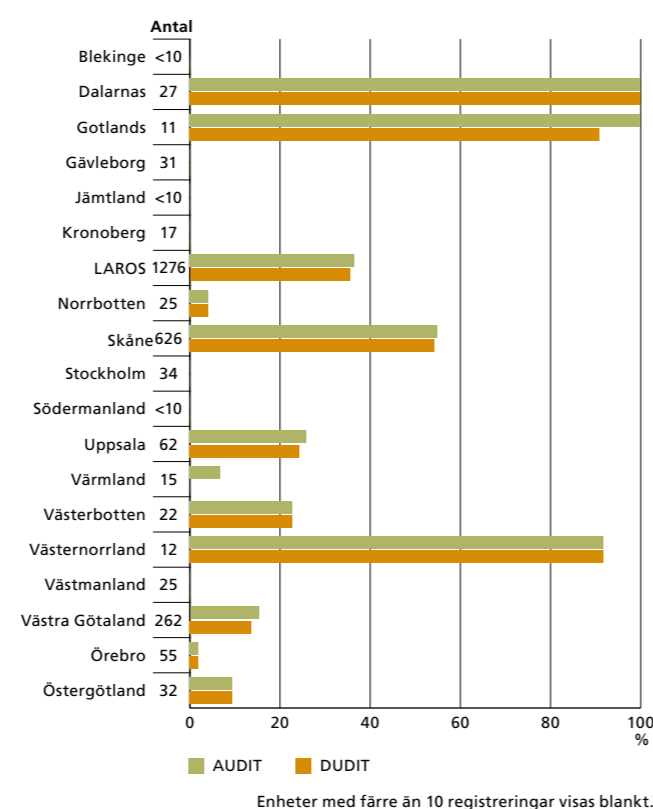


AUDIT och DUDIT

AUDIT och DUDIT har följts som processmått, d.v.s. hur ofta hade dessa screeningsinstrument använts i respektive län? Användning av AUDIT och DUDIT rekommenderas i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Andelen nyregistrerade brukare som fyllt i AUDIT och DUDIT per län presenteras i figur 20. Skillnaderna mellan länen är stor. I Dalarna fanns en 100 %-ig följsamhet och även i Västernorrland hade nästan alla brukare fyllt i AUDIT och DUDIT. Men det fanns även län där ingen brukare fyllt i AUDIT och DUDIT.

Redan i årsrapporten för 2013 identifierade vi detta som ett förbättringsområde. Flera landsting arbetar aktivt med att tidigt identifiera riskbruk. Enligt de uppföljningsregistreringar som gjordes 2013 hade t.ex. 10 % av männen i LARO-behandling alkohol som primärdrög. Vid årets registrering hade 62 % av männen antikroppar mot hepatit C. Tillsammans innebär dessa två faktorer en stor hälsorisk.

Figur 20. Andel nyregistrerade patienter (n=1276) som fyllt i AUDIT och DUDIT per län.



GAF funktion och GAF symtom

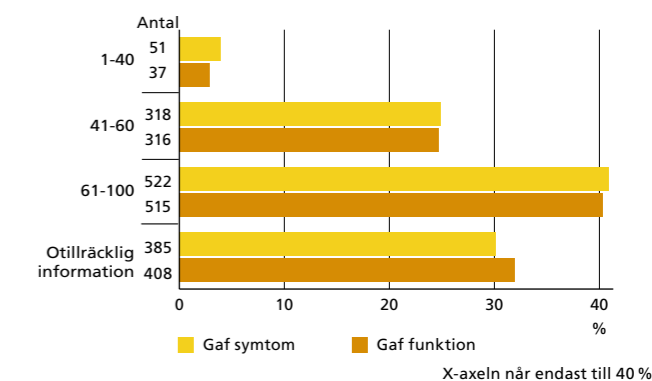
Precis som 2013 saknas uppgift om GAF i cirka 30 % av de registreringar som gjorts. Här finns alltså ett förbättringsområde. GAF värdet ger en fingervisning om brukaren klarar sig med enbart insatser från LARO-verksamhet eller om han/hon även behöver insatser från andra aktörer.

Figur 21 visar på fördelningen av både GAF funktion och GAF symtom för de brukare som nyregistrerats. Värderna för GAF funktion och GAF symtom ligger mycket nära varandra. Den högsta andelen brukare finns i kategorin för de högsta GAF-värderna, GAF-värde mellan 61 och 100 poäng. En fjärdedel av brukarna återfinns dock i mellankategorin, GAF-värde mellan 41 och 60 poäng. Vår erfarenhet säger oss att om man har ett GAF-värde mellan 41 och 50 poäng, så är man i behov av insatser från socialtjänsten för en fullgod behandling. Har man ett GAF-värde mellan 41 och 50 avseende funktion, så benämns detta allvarliga funktionssvårigheter avseende sociala kontakter, arbete och skola. Det exemplifieras i skattningsformuläret med att man inte har några vänner alls eller är oförmögen att behålla ett arbete.

För GAF symtom innebär ett värde mellan 41 och 50 det som kallas allvarliga symtom och det exemplifieras med att man har självmordstankar, svåra tvångsritualer eller frekvent snattar.

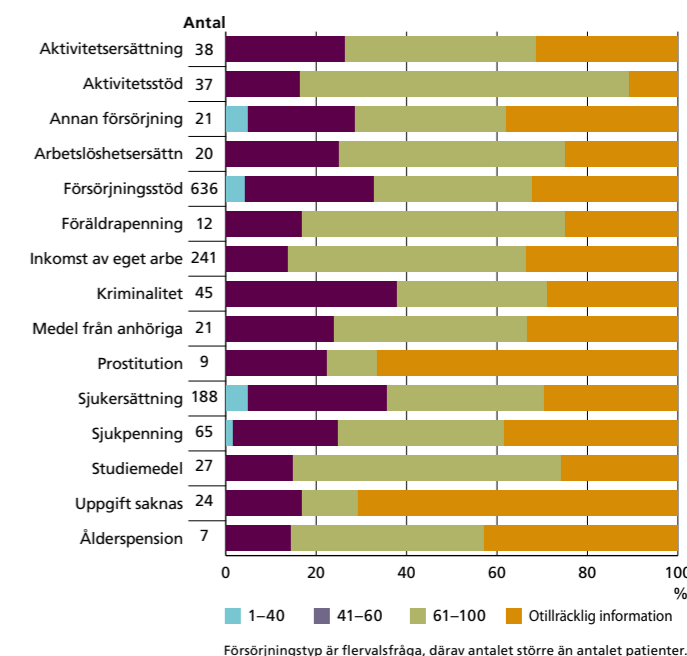
Mindre än 5 % har ett GAF-värde under 40. Ett värde under 40 indikerar på ett stort hjälpbehov, troligtvis med stöd av LSS.

Figur 21. Andel nyregistrerade patienter med värden i GAF funktion och GAF symtom (n=1276).



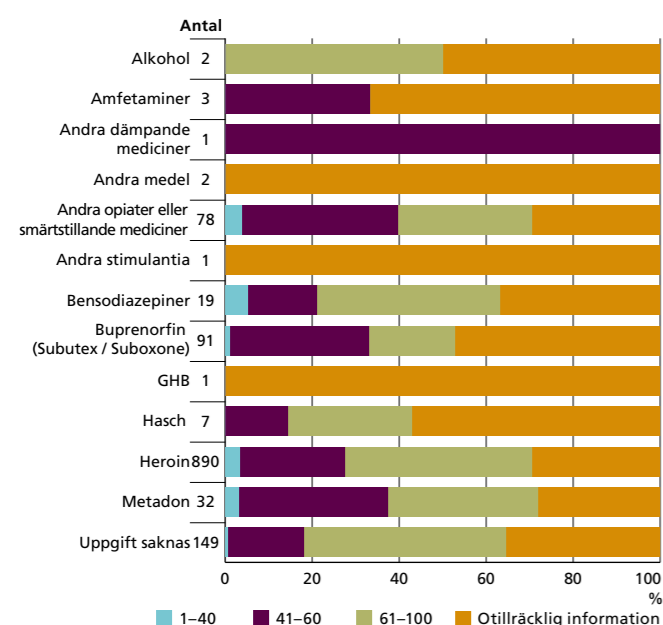
Figur 22 visar på förhållandet mellan GAF symtom och försörjningstyp. Det är svårt att dra några slutsatser. Dock kan noteras att för kategorin med högst värden, mellan 61 och 100 poäng, så återfinns den högsta andelen av de som har försörjning genom studiemedel, föräldrapenning och aktivitetsersättning. Kanske visar detta på vilka höga krav som ställs för att få möjlighet till aktivitetsersättning?

Figur 22. GAF symtom per försörjningstyp (n=1 391).



Figur 23 visar på förhållandet mellan GAF symtom och primärdrög. För de brukare som hade heroin som sin primärdrög, d.v.s. den vanligaste primärdrogen, och dessutom hade ett registrerat GAF-värde, så hade 43 % ett GAF-värde i den högsta kategorin (61 till 100 poäng), 24 % ett GAF-värde i mellankategorin (41–60 poäng) och 3 % ett GAF-värde i den lägsta kategorin (1–40 poäng). Detta visar på en spridning över hela GAF-skalan, vilket i sin tur visar på behovet av möjlighet till differentierad behandling. Det finns brukare som klarar sig med små insatser förutom själva läkemedelsbehandlingen, men det finns också brukare med stora hjälpbehov förutom läkemedelsbehandlingen. LARO-behandling är i själva verket inte en behandling utan flera.

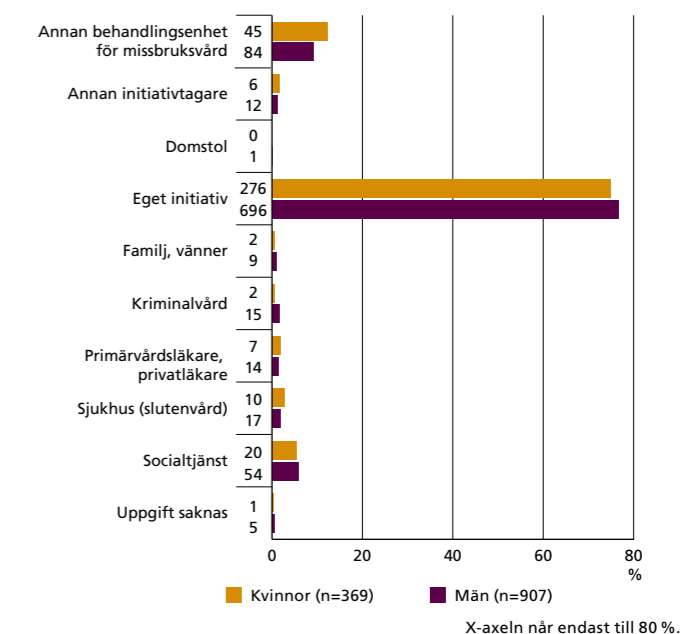
Figur 23. GAF symtom per primärdrög (n=1276).



Initiativtagare till aktuell LARO-behandling

I 76 % av registreringarna angav brukaren att det var på eget initiativ som de ansökt om LARO-behandling. Att själv vara initiativtagare var vanligast för både kvinnor och män. Männen hade i något högre grad själv tagit initiativ till behandlingen, i 77 % av fallen mot 75 % av fallen för kvinnorna. Näst vanligast var att en annan behandlingsenhet inom missbruksvården tagit initiativ till behandlingen. Här var förhållandet omvänt mellan könen; 12 % för kvinnorna jämfört med 9 % för männen. Tredje vanligast var att socialtjänsten tagit initiativ till behandlingen. Fördelning mellan olika typer av initiativtagare visas i figur 24.

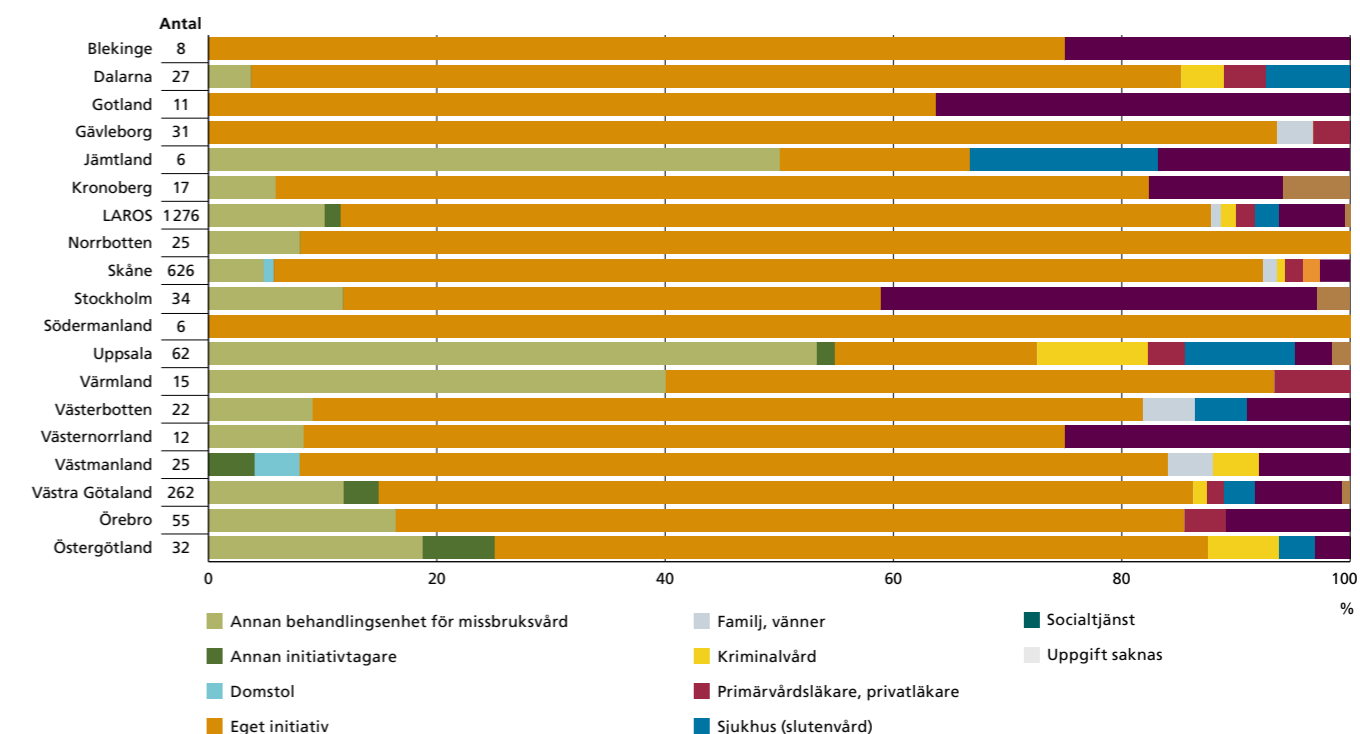
Figur 24. Huvudsaklig initiativtagare (andel) till behandlingen uppdelat på kön.



Länen skilde sig åt avseende vem som tagit initiativ till behandlingen. Stockholm och Gotland utmärkte sig genom att socialtjänsten tagit initiativ i en hög andel av fallen, 38 respektive 36 % av fallen. I Jämtland var annan

behandlingsenhet inom missbruksvården initiativtagare i 50 % av fallen och för Uppsala var denna andel 53 %. I figur 25 visas fördelningen av initiativtagare per län.

Figur 25. Huvudsaklig initiativtagare till patientens behandling per län.



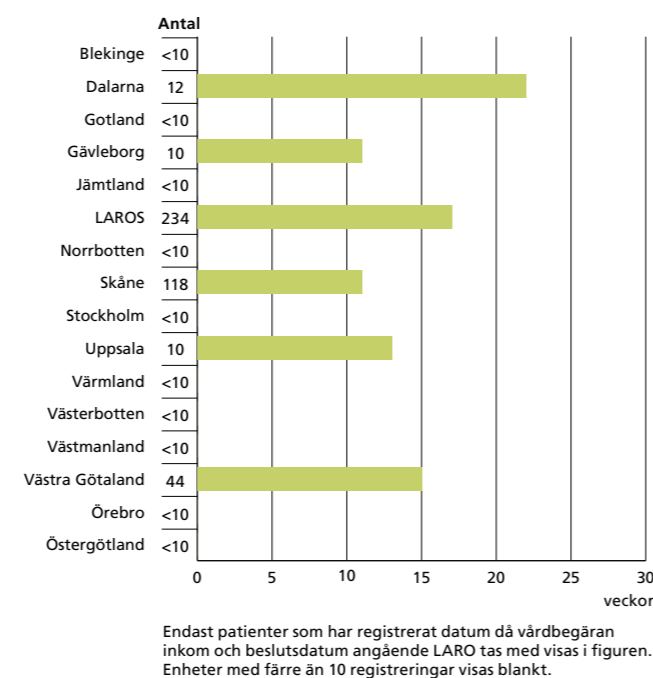
Väntetid till beslut om eventuell behandling

Vi anser att väntetid till beslut om behandling är ett viktigt kvalitetsmått. Ingen brukare ska behöva vänta i onödan på en behandling han/hon är i behov av. Även om beslutet blir ett avslag, d.v.s. personen som sökt behandling bedöms inte uppfylla kriterier för behandling enligt föreskrifterna, så är det viktigt att beslutet kan ges snabbt. Avslaget gör det möjligt att planera för en annan typ av behandling.

I redovisningen av väntetid i 2013 års årsrapport togs alla rapporterade väntetider med, oavsett vilket år brukaren erhöll behandling. Eftersom många registreringar gjordes retroaktivt, i vissa fall flera år efter behandlingen påbörjades, så sa detta inget om den aktuella väntetiden. Detta sätt att redovisa gör det också svårt att följa om det skett förbättringar eller försämringar avseende väntetiden.

I år har vi valt att redovisa väntetiden för de brukare som fått LARO-behandling beviljad alternativt fått avslag under 2014. Det handlade sammanlagt om 234 personer. Den längsta väntetiden fanns i Jämtland, 102 veckor, men å andra sidan hade endast en registrering avseende väntetid gjorts i Jämtland. Kortast väntetid fanns i Stockholm, 5 veckor. 6 registreringar hade gjorts i Stockholm, vilket bedöms vara en underregistrering. I figur 26a visas medelvärde för väntetiden uppdelat på län.

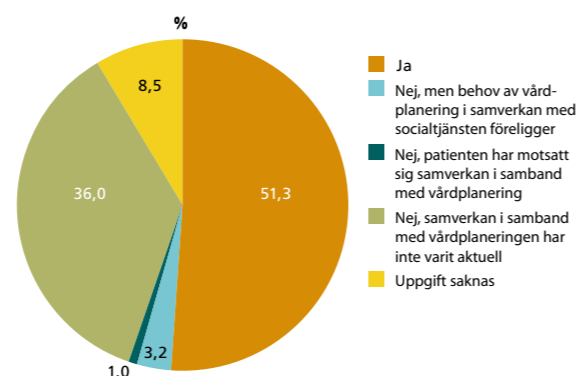
Figur 26. Medelvärde av väntetid i veckor för beviljande/avslag för nyregistreringar, uppdelat på län.



Vårdplanering

I 51 % av fallen hade vårdplanering tillsammans med socialtjänsten skett, vilket är 10 % lägre än 2013. I 3 % av fallen kunde den som fyllde i registreringen se att det fanns ett behov av samverkan med socialtjänsten och i 1 % av fallen hade brukaren motsatt sig samverkan med socialtjänsten. I 8 % av fallen uppgavs uppgift saknas, vilket bedöms vara märkligt. Det bör vara känt inom LARO-verksamheten om samverkan skett med socialtjänsten eller ej. Det är ett viktigt arbete att engagera den enskilde brukaren i vårdplaneringsarbetet.

Figur 27. Andel nyregistrerade patienter med vårdplanering från socialtjänsten (n=1 276).

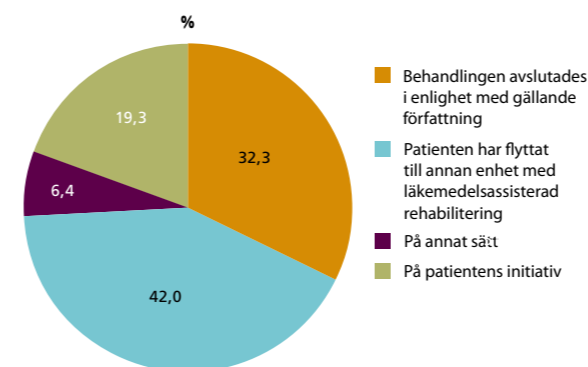


Orsak till avslut

41 stycken avslutningsregistreringar gjordes. Den vanligaste orsaken till avslut var att behandlingen vid enheten avbröts. När denna rubrik bryts ner i underrubriker så framkommer det att 13 brukare fått sin behandling flyttad till annan enhet, vilket innebär att LARO-behandlingen endast avbröts för 28 brukare. Dessutom hade 6 brukare avbrutit behandlingen på eget initiativ.

I ett fall (2,5 %) avbröts behandlingen efter att brukaren avlidit. I framtiden bedöms det som mycket viktigt att ta reda på orsak till att brukare avlidit under LARO-behandling. I figur 31 presenteras orsak till avslut.

Figur 28. Orsak till avslut vid behandlingsenheten (n=31).



Avslutande kommentar

Jämfört med 2013 års årsrapport har en stor förändring skett. Skåne har mer än dubblat sina registreringar och står därmed för nästan hälften av 2014 års registreringar.

För flera frågor är andelen uppgift saknas eller att inget svarsalternativ alls är ifyllt högt. Om registerdata ska kunna användas i förbättringsarbete på de enskilda LARO-enheterna så är det av vikt att inte bara göra registreringar utan att också göra dem bra. För hög kvalitet på behandlingen bedöms det vara viktigt att veta om t.ex. brukaren har genomgått HIV-testning och om det finns en samordnad vårdplan tillsammans med socialtjänsten.

2015 kommer LAROS-registret slås samman med SBR. En viktig förbättring med detta är att den behandling som erbjuds brukare i LARO-behandling kan jämföras med den behandling andra brukare i missbruks- och beroendebehandling erbjuds. Det kommer även att finnas möjlighet att följa brukare efter avslutad LARO-behandling, om de genomgår andra behandlingsinsatser för missbruk/beroende inom sjukvården.



Registercentrum Västra Götaland
413 45 Göteborg

Registercentrum Västra Götaland

Registercentrum Västra Götaland erbjuder tjänster för att driva och utveckla nationella kvalitetsregister och ger stöd till registerforskare. Det är ett av flera registercentra i Sverige. Genom centret får nyare register tillgång till äldre registers samlade erfarenheter. Registercentrum Västra Götaland har kompetens framför allt inom statistik och IT för kvalitetsregister. Centrets utvecklingsledare samordnar insatserna för olika register och projektleder produktionen av deras årsrapporter.

www.registercentrum.se