

2019

ÅRSRAPPORT

**Svenskt
Beroenderegister**

För bättre
beroendevård

Svenskt
Beroenderegister

SBR

REGISTERORGANISATION

SVENSKT BEROENDEREKISTER (SBR)

SBR är ett nationellt kvalitetsregister för den specialiserade beroendevården i Sverige. Registret är utformat för att mäta centrala kvalitetsindikatorer utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. I nära samverkan med det nationella programområdet (NPO) psykisk hälsa har registret utvecklats och anpassats efter det nya insatsprogrammet för beroende och missbruk som kommer att lanseras senare i år. Målet med registret är att bidra till en bättre beroendevård.

CENTRALT PERSONUPPGIFTS-ANSVARIGA MYNDIGHET (CPUA)

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

REGISTERHÅLLARE

Registerhållare

Johan Franck

Professor och verksamhetschef,
Beroendecentrum Stockholm

Biträdande Registerhållare

Jeanette Westman

Professor, Ersta Sköndal Högskola och
Beroendecentrum Stockholm

Koordinator

Mikael Eklöf

Beroendecentrum Stockholm

REGISTERCENTRUM OCH REGISTER-PLATTFORM

SBR tillhör Registercentrum Västra Götaland Region (VGR) och ligger på registerplattformen INCA.

WEBBPLATS

sbr.registercentrum.se/

KONTAKT

sbr_region_stockholm_slso@sll.se

STYRGRUPP 2019

Andrea Johansson Capusan

Överläkare, Psykiatriska kliniken, Linköping

Anna Thurang

Sjuksköterska, Stockholms läns sjukvårdsområde,
NPO/NAG beroende

Annika Andersson

Verksamhetschef Capio Maria, Stockholm

David Eberhard

Överläkare PRIMA, Stockholm

Carl Lago

Verksamhetsutvecklare, Stockholms läns
sjukvårdsområde

Håkan Leifman

Epidemiolog, Regional Director, Nordic Countries
Planet Youth, Nordic Center for Social Research
and Analysis

Ingemar Rosén

Brukarrepresentant, Länkarnas Riksförbund

Jörgen Vennsten

Överläkare och bitr. verksamhetschef Beroende-
kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Göteborg

Karina Stein

Områdeschef, Beroendecentrum, Malmö

Lennart Halvardsson

Ordförande och brukarrepresentant, RHL

Mikael Sandell

Överläkare PRIMA/Svensk förening för
Beroendemedicin

Ylva Drevstad-Frid

Områdeschef Region Jämtland-Härjedalen

ADJUNGERADE

Irene Mårtensson

Verksamhetsutvecklare Beroendekliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

TILLSAMMANS FÖR EN BÄTTRE BEROENDEVÅRD!

Svenskt Beroenderegister har siktet på framtiden. Vi fortsätter växa och är stolta över att ännu ett år ha ökat antalet registreringar. Bakom resultaten ligger ett stort engagemang från registerhållare, styrgrupp, brukarorganisationer och, framför allt, klinikerna.

Registret blir starkare för varje år med ett växande antal registreringar och anslutna enheter. Fokus har sedan start legat på att vara ett kliniskt relevant register. Det är idag många av våra anslutna enheter som använder registrets data för att driva förbättringsarbete. Att data används kliniskt och inom nya utvecklingsprojekt är för oss ett kvitto på att vi har lyckats utforma variabler som är värdefulla ur många aspekter. Något vi lyckats med tack vare god samverkan, målinriktat arbete och stor entusiasm från olika håll.

SBR är en viktig del av en kunskapsstyrd beroendevård. I nära samverkan med det nationella programområdet för psykisk hälsa och Registercentrum Västra Götaland har SBR genomfört ett stort och framgångsrikt arbete med att utveckla registret. SBR:s databas har moderniserats och anpassats bättre för direktöverföring och

automatisk återkoppling till klinikerna. Eftersom effektivare återkoppling av utdata är något som har efterfrågats under flera år är vi extra glada över att snart kunna premiärvisa SBR:s nya webbaserade visningsytor för utdata. Alla nyheter kommer att presenteras i samband med lanseringen av det nya vård- och insatsprogrammet (VIP) för missbruk och beroende senare i höst. Håll utkik efter datum vår webbplats!

Vi vet att många i dagsläget står inför stora utmaningar med anledning av den pågående pandemin. Det gör det viktigare än någonsin att vi ger varandra stöd och inspiration för att tillsammans fortsätta arbeta för en högkvalitativ beroendevård i framkant!

Johan Franck

Registerhållare SBR



INNEHÅLL

REGISTERORGANISATION 1

Svenskt Beroenderegister (SBR)	1
Centralt personuppgiftsansvariga myndighet	1
Registerhållare	1
Styrgrupp 2019	1
Adjungerade	1
Registercentrum och plattform	1
Webbplats	1

FÖRORD – TILLSAMMANS FÖR EN BÄTTRE BEROENDEVÅRD! 2

Om SBR 5

Syfte	5
Inklusionskriterium	5
Tillväxt	6

NATIONELL KUNSKAPSTYRNING MED EN UNIK DATAKÄLLA 7

Uppföljning av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer	7
Snabb läkemedelsutveckling kräver kvalitetssäkring	7
Jämlik och resurseffektiv vård med nationell kunskapsstyrning	7

Styrning av register 8

CPUA och riktlinjer	8
Sammansättning av styrgrupp	8

REPORTAGE: HUR PÅVERKAR LÄKEMEDELSASSISTERAD BEHANDLING ÖVERLEVAD? 9



Patientupplevda mått **11**

Framtid och utveckling **12**

Ifyllnadsgrad 12

Intervju: Arbetet med journalintegration i Region Kalmar **13**

Täckningsgrad 14

Täckningsgradsanalys 14

Bortfall av data 14

Datakvalitet och validering 14

En överblick av SBR:s prioriterade områden **15**

Nationella öppna jämförelser genom ViS 15

Ökad journalintegration och täckningsgrad samt förenklad registrering 15

Kunskapsstyrning och NPO 16

Vässade indikatorer, formulär och frågebatteri 17

Klinisk forskning 17

Klinisk nytta 18

Återkoppling i realtid 18

Fler aktiviteter och utvecklingsområden 19

Digital kommunikation 19

SBR-konferensen 19

Modellarbete psykiatri 20

Prioriterade utvecklingsområden 2020 21

Framtid 22

Återkoppling och kommunikation med anslutna enheter **23**

Intervju: Mikael Eklöf, SBR:s koordinator, om samarbetet med anslutna enheter **24**

Statistik **25**

Antal registreringar i SBR 25

Åldersfördelning 26

Ålder och könsfördelning per drog och vårdform 27

REPORTAGE: HUR ARBETAR VI FÖR EN MER JÄMSTÄLLD BEROENDEVÅRD? **28**

Kvalitetsindikatorer 31

Berörda minderåriga barn 31

Vårdplan 35

Abstinensbehandling och delirium tremens 37

Psykiatrisk tvångsvård, LPT 39

Läkemedelsbehandling för opioidberoende 41

REPORTAGE: VAD KAN VI LÄRA AV DEN SOM BLIVIT LÄKEMEDELSFRI? **42**

Clinical global impression (CGI-S) 45

Självskattad hälsa 47

Återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende 49

Intervju: Jämlik vård till kvinnor som lever i hemlöshet **53**

Översikt anslutna enheter i landet **55**

Ordlista förkortningar **61**

Dataskyddsförordningen GDPR **61**



ett kvalitetsregister för bättre beroendevård!

SYFTE MED SBR

- ▶ Bidra till utveckling och förbättring av beroendevården
- ▶ Bidra till en kunskapsstyrd beroendevård
- ▶ Mäta och följa upp kvalitetsindikatorer inom beroendevården
- ▶ Utvärdera effekten av medicinska och psykosociala insatser för patienter med beroende
- ▶ Möjliggöra jämförelser inom och mellan vårdenheter, organisationer och regioner och/eller samsjuklighet.

INKLUSIONSKRITERIUM

Patienter med beroendediagnos (ICD-10 kod, F10-F19) som vårdas inom specialiserad beroendevård.

SBR FORTSÄTTER VÄXA

SBR är ett stort psykiatriskt kvalitetsregister med över hundra anslutna enheter inom beroendevården. Samtliga regioner finns representerade i SBR och antalet registreringar fortsätter att öka. Förra året slogs ännu en gång rekord med över 27 000 registreringar. Det är 50 procent fler än föregående år. Det betyder att SBR:s registreringsantal har mer än fördubblats sedan 2017 då motsvarande siffra låg på cirka 12 000.

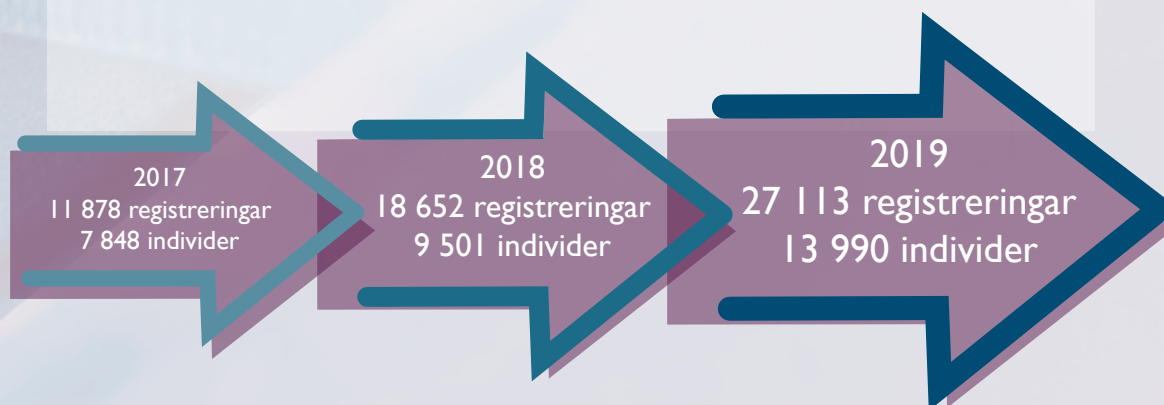
En nyckelfaktor i arbetet för ett stigande registreringsantal är direktöverföring som har ökat registreringarna tiofaldigt i anslutna regioner. Först ut att använda metoden var Region Stockholm och i slutet av 2019 gick de sista enheterna från slutenvården över till direktöverföring. Det innebär att alla anslutna enheter inom Region Stockholm nu använder registreringsmetoden. Med fler regioner på gång förväntas registreringsgraden fortsätta öka de närmsta åren, men det är ett tidskrävande arbete med långa förberedelser och stort implementeringsarbete. Näst på tur är regionerna Skåne, Kalmar, Örebro och Västra Götalandsregionen.

Även åtgärder för att öka registreringsgraden vid manuell registrering har vidtagits under året, som exempelvis förenkling av formulär och databas.

50%
fler registreringar 2019

10
gångar fler
registreringar
med direkt-
överföring

Över
100
anslutna
enheter



EN UNIK DATAKÄLLA FÖR NATIONELL KUNSKAPSSTYRNING AV SVERIGES BEROENDEVÅRD!

Uppföljning av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer

SBR är utformat för att mäta de kvalitetsindikatorer som Socialstyrelsen rekommenderar för uppföljning av specialiserad beroendevård. Enligt Socialstyrelsen är SBR i synnerhet en viktig datakälla för uppföljning av LARO-vården eftersom att de patienter som får läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende inte går att identifiera via något annat register. Registret är unikt i Sverige genom att inkludera både patienter som får underhållsbehandling med opioider på recept och patienter som får rekvisition. Socialstyrelsen använder själva SBR som datakälla för att mäta ett flertal kvalitetsindikatorer och utfall för beroendevården nationellt.

Snabb läkemedelsutveckling kräver god kvalitetssäkring

Läkemedelsutvecklingen inom LARO-vården går snabbt. Det har tillkommit nya läkemedel, bland annat buprenorfin som depåinjektion, vars effekter är angeläget att följa upp. Ett av registrets mål är att stödja kvalitetsutvecklingen inom LARO-vården. Under 2019 har frågeformuläret utvecklats för att lättare kunna identifiera LARO-patienter och bättre kunna följa upp läkemedelsförskrivning inklusive dos och beredningsform. SBR är även med och bidrar med data till ett nytt forskningsprojekt på området. Mer om detta kan du läsa i en intervju med projektets forskare på sida 38.

Jämlik och resurseffektiv vård med nationell kunskapsstyrning

Genom det nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård bidrar SBR tillsammans med andra nationella kvalitetsregister till en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård. SBR är i stor utsträckning den enda datakällan som finns att tillgå för många viktiga kvalitetsindikatorer och behövs därför för att möjliggöra en tillförlitlig helhetssyn av beroendevården på nationell nivå.



STYRNING AV REGISTRET

CPUA och riktlinjer

CPUA för SBR är SLISO. SLISO har riktlinjer som ska stärka registrets transparens och IT-säkerhet. Registerhållare och styrgrupp utses centralt av CPUA enligt riktlinjerna. Det pågår en intern genomlysning av registren inför en planerad omorganisering.

Sammansättning av styrgrupp

SBR:s styrgrupp har en geografisk och kompetensmässig spridning samt en god förankring inom klinisk verksamhet och professioner inom beroendevården. I styrgruppen finns två nationella brukarorganisationer representerade: Sällskapen Länkarnas Riksförbund och RFHL.

Styrgruppen representerar kliniker och verksamheter samt brukarorganisationer nationellt. I registergruppen finns dessutom specifik kompetens bland annat inom psykiatri, vårdorganisation, IT, forskning, epidemiologi och registerkunskap.

Under året har styrgruppen deltagit i det stora omtag som gjorts kring SBR med utformning av registrets innehåll och design, i syfte att göra registret mer användbart i förbättringsarbete och forskning.

Styrgruppen arbetar aktivt med att utveckla registret i enlighet med de kriterier och mål som finns fastställda för Nationella Kvalitetsregister.



HUR PÅVERKAR LÄKEMEDELSASSISTERAD BEHANDLING ÖVERLEVNAD?

Tack vare nya mått i SBR kan frågan snart besvaras. Med fakta som utgångspunkt är förhoppningen att kunna hjälpa fler patienter.

LARO

LARO står för läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende.

Socialstyrelsen rekommenderar främst behandling med kombinationen buprenorfin och naloxon, alternativt metadon, vid opioidberoende. Kombinationen buprenorfinnaloxon har en högre prioriteringsgrad än buprenorfin eftersom att risken för skadligt bruk och allvarliga biverkningar anses vara lägre.

Användningen av kombinationen buprenorfinnaloxon vid LARO-behandling stiger inom landets mottagningar för beroendevård. 2019 låg andelen på närmare 30 %.

Text: Annelie Petersson

Utan tillgång till aktuell data för olika behandlingars utfall är det svårt att avgöra vilka behandlingsformer som ger bäst resultat. När det gäller patienter som får läkemedelsassisterad behandling kan det handla om liv och död.

– Personer med opioidberoende lider en markant högre risk för dödsfall jämfört med många andra patientgrupper. Med det nya mortalitetsmåttet i SBR kan vi se hur vi kan minska den risken, säger Jeanette Westman, biträdande registerhållare på SBR.

Utöver mortalitet kan data även synliggöra vårdtyngd och patientgrupper med behov av mer resurser eller stöd.

En omdebatterad behandlingsform

Mikael Sandell är överläkare i psykiatri och beroendemedicin och har sedan 20 år tillbaka arbetat med läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende (LARO) på Mariakliniken i Stockholm.

– Bland personer som har ett obehandlat opioidberoende finns en kraftigt förhöjd dödlighet. De vanligaste dödsorsakerna är överdoser, olyckor, somatisk sjukdom och suicid, berättar Mikael Sandell.

Han ser stora förbättringar hos många av patienterna i klinikens LARO-program. Samtidigt har det historiskt sett varit kontroversiellt att behandla patienter som har ett opioidberoende med narkotikaklassade läkemedel.

– Det finns ett naturligt inbyggt motstånd inom sjukvården att använda substanser som vi vet har potential att skada. Men vår uppfattning är att resultatet blir precis tvärtom; att metadon- och buprenorfinbehandling gynnar många patienter och att dödligheten är lägre bland de patienter som får LARO-behandling. Att kunna mäta detta istället för att göra antaganden betyder mycket för vården, säger Mikael Sandell.

Heterogen grupp

På Mariakliniken finns 450 patienter som antingen är eller har varit under LARO-behandling. Några av dessa har varit patient hos Mikael Sandell i 20 år.

– Patienter med opioidberoende skiljer sig åt, både vad gäller samsjuklighet och livsförhållanden. En del personer i denna grupp lever marginaliserat, medan andra har ett socialt väletablerat liv och sitter på ansvarstunga yrkespositioner, förklarar Mikael Sandell.

– Det viktiga är att vi utgår från där patienten befinner sig och försöker bidra till en fast mark att stå på. Målsättningen är att alla patienter ska få ett drägligt liv, fortsätter Mikael Sandell.

Hur många människor som lever med ett obehandlat opiodberoende i Sverige är okänt och tillgången till LARO-vård skiljer sig över landet, precis som kriterierna för inskrivning.

Föräldrad syn drabbar patienten

– LARO-vård har alltid varit reglerad av Socialstyrelsens föreskrifter. Ända fram till 2016 byggde föreskrifterna på mer på social grund än på medicinsk, berättar Mikael Sandell.

Inklusionskriterier för LARO-vård är att patienten ska vara äldre än 20 år, ha varit opiodberoende i minst 12 månader och att behandlingen ska vara medicinskt säker. Utöver läkemedel ska behandlingen alltid inkludera psykologisk eller psykosocial behandling. Före 2016 fanns även kriteriet att patienten skulle avslutas i LARO-behandling om denne använde droger under behandlingen. I praktiken innebar detta att den medicinska behandlingen upphörde om en patient försämrades i sin beroendesjukdom.

När de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende utökades med nya föreskrifter för LARO-behandling 2016 togs utskrivningskriterierna bort.

”VI HAR INTE HAFT ETT ENDA ÖVERDOSRELATERAT DÖDSFALL I DEN HÄR PATIENTGRUPPEN UNDER DE FYRA ÅR VI HELT AVSTÅTT FRÅN ATT AVSLUTA VÅRD PÅ GRUND AV SIDOMISSBRUK

– Vi lever dock kvar i det gamla väldigt mycket och i delar av landet fortsätter vården att skriva ut patienter som är i missbruk.

Han berättar att återfall och sidomissbruk är relativt vanligt.

– På vår klinik har vi valt att inte skriva ut en enda patient på grund av sidomissbruk. Vi har ungefär 150 patienter som regelbundet är i missbruk av andra substanser, och under de fyra år vi helt har avstått från att avsluta vård på grund av sidomissbruk har vi inte haft ett enda överdosrelaterat dödsfall i den här patientgruppen. Det i sig är ganska talande, fortsätter Mikael Sandell.

Han understryker att det händer något i behandlingen när patienten förstår att hen inte kommer att skrivas ut mot sin vilja.

– Det har gjort att vi får en helt annan typ av information. Patienterna vågar delge oss saker som de aldrig berättat om

tidigare. De vågar vara ärliga med vad de tar och varför de tar det just nu. De vågar berätta om de livshändelser som har lett till att de hamnat där de är, ibland väldigt traumatiska händelser. Kommer det här upp på bordet har vi möjlighet att rikta vårdinsatserna ytterligare, säger Mikael Sandell.

LARO mer än substitution

Mikael Sandell hoppas att möjligheten att följa data i SBR ska bidra med fakta som i förlängningen skyddar fler patienter med opiodberoende, inte bara genom att undvika överdoser.

– En inskriven patient kan få hjälp med fler viktiga delar i livet, utöver själva beroendet. Vi måste jobba för att patienten ska ha en trygg bostad, en tryggad ekonomi och en sysselsättning som känns meningsfull. Vi måste också jobba med både den psykiska och kroppsliga hälsan, säger han.

Med data från SBR hoppas Mikael Sandell att beroendevården av patienter med opiatberoende ska bli mer lika över hela landet, med ökad tillgänglighet som följd.

– Det planeras just nu ett projekt för att titta på prediktorer som korrelerar med en för tidig död. Syftet är att identifiera om det finns grupper av beroende-patienter som är extra sårbara. Med den kunskapen kan man så småningom göra bättre riskbedömningar, avslutar Jeanette Westman.

2016
skrotades det tidigare
kriteriet om att patienter
som använt droger under
LARO-behandling skulle
skrivas ut

Patientupplevda mått

PROM står för patientrapporterade utfallsmått (Patient Reported Outcome Measures). SBR samlar idag in PROM gällande livskvalitet och självskattad hälsa. Måtten samlas in delvis genom manuella formulär via vårdpersonal, delvis genom att patienter själva rapporterar in sin upplevelse via externa moduler i journalsystemet i 1177:s plattform.

Registret samlar ännu inte in mått på PREM (Patient Reported Experience Measures, det vill säga patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården), men har ingått i ett samarbete med de andra psykiatriregistren gällande frågor till patienterna om deras upplevelse av den vård de fått.

SBR har under flera år arbetat med att koppla variabler i frågeformuläret till nationella kodverk för diagnoser, läkemedel och vårdåtgärder, och har tidigare deltagit i samverkansmöten gällande det initiala införandet av nationella itembanker i Sverige. Detta i form av det internationella itembanksystemet PROMIS.

SBR bevakar frågan om vilka PREM och PROM som är aktuella och hur insamlingen av dessa kan ske. I nuläget finns ett fåtal patientupplevda mått, såsom EQ5D, i registret. Ambitionen är att dessa ska bli fler så fort finansiering och ansvarsfördelning mellan regioner och register har lösts.

FRAMTID OCH UTVECKLING



IFYLLNADSGRAD

Samtidigt som journalintegration och direktöverföring har lett till en ökning av registreringsgraden, har det i viss mån minskat ifyllnadsgraden. Detta på grund av internt bortfall på vissa variabler/sökord. För att öka ifyllnadsgraden behövs nya rutiner för strukturerad journalföring. SBR arbetar tillsammans med privata och offentliga aktörer inom beroendevården för att förbättra rutinerna vid journaldokumentation. Ifyllnadsgrad återrapporteras regelbundet till verksamheterna.

12

Ifyllnadsgrad via webbformulär och direktöverföring (procent av koder som finns registrerat i journalsystemet)					
Utfall	Berörda minder- åriga barn	Diagnos	Substans- bruk 30 dagar	Somatisk sjuk	Psyko- social behandling
Formulär webb- inmatning	99%	89%	98%	92%	94%
Journal- integration, direktöver- föring	85%	100%	100%	100%	100%

TABELL 1

IFYLLNADSGRAD: WEBBFORMULÄR VS. DIREKTÖVERFÖRING

6 SNABBA

med Affe Lindén, sjukvårdsstrateg och funktions-
ansvarig e-Hälsa, psykiatriförvaltningen Region Kalmar



Region Kalmar arbetar flitigt med journalintegration och som sjukvårdsstrateg inom psykiatriförvaltningen har du en nyckelroll i arbetet. Vad är det som driver dig?

– För mig är det viktigaste målet att vården ska vara likvärdig för alla patienter, utan betydelse av var en person befinner sig. Genom journalintegration kan vi se till att en patient kan förvänta sig uppföljning på ett likvärdigt sätt oberoende av vilken mottagning den vänder sig till.

Vad innebär journalintegreringen i praktiken för de som arbetar ute på klinikerna?

– SBR blir det tredje psykiatriska kvalitetsregistret där vi går över till direktöverföring och vi har vid det här laget kunnat se flera positiva effekter. Den samlade bilden från klinikerna är att det sparar mycket tid. Man slipper dubbelarbete med pappersblanketter och kan fylla i journalen direkt vid behandling eller utredning. Det blir även smidigare genom att journalföringen består av enkla val med

begränsad plats för fritext. Eftersom journalen bygger på kliniska riktlinjer blir kvaliteten också hög samtidigt som mänskliga variationer minimeras. Sen pratar vi också mycket om hur data kan användas till verksamhetsutveckling och forskning. Det är något som alla ställer sig väldigt positiva till.

Hur har integreringsprocessen sett ut?

– I början av 2020 utformades en uppdragsbeskrivning med en preliminär tidsplan med sikten på att ha allt färdigt inom ett år. Vi valde att tillsätta en liten arbetsgrupp bestående av en överläkare, sjuksköterska och verksamhetsutvecklare för att definiera vad som är viktigt att följa upp för den här patientgruppen. Vi har tagit fram ett första utkast på journalmall och har nu haft alla avstämningar med SBR och Västra Götalandsregionen för att få en bild av hur det skulle se ut i en övningsmiljö. Nu väntar testning i produktionsmiljö för att till sist sy ihop allt med ett mappningsarbete.

Hur tycker du att arbetet har fungerat?

– Det har gått väldigt smidigt, men det beror nog också på att vi hunnit etablera ett bra arbetssätt och sen tidigare känner till vanliga fallgropar. Direktöverföring ställer helt andra krav på terminologi. Olika svar har olika betydelse i den digitala respektive analoga världen.

Har du några tips till andra regioner som planerar för journalintegration?

– Se till att samverka och ta hjälp av andra regioner som redan har utfört

arbetet. Det är till stor hjälp! Region Stockholm, som var klara före oss med journalintegreringen för SBR, har till exempel kunnat ge oss stöd i en del av arbetet.

Bidrar regionernas arbete med journalintegrering till en nationell standard för journalföring?

– Det är nog en förhoppning jag har. Sökordsarbetet blir väldigt svårt när det finns olika valmöjligheter på samma variabler. Det borde egentligen inte vara möjligt, men sådana problem uppstår i och med att det inte finns någon nationell standard. Det skulle spara mycket tid i integreringsarbetet om det fanns ett nationellt inriktningsbeslut och rekommendationer från till exempel Socialstyrelsen eller SKR. Självt är jag med i samverkansgruppen för kvalitetsregister inom psykiatri och försöker därigenom ge det stöd jag kan till de som vill gå över till direktöverföring.

Hej Affe
och Region
Kalmar!

TÄCKNINGSGRAD

För att beräkna registrets täckningsgrad arbetar SBR med Socialstyrelsens registerservice som har i uppdrag från staten att hjälpa registren med täckningsgradsanalyser. Den senaste mätningen gjordes 2018 och visade en täckningsgrad på 28 procent, vilket är den högsta noteringen sedan start. Resultatet från 2019 års mätning har ännu inte redovisats av Socialstyrelsen. Ökad täckningsgrad är ett fortsatt centralt mål för SBR, med både fler registrerande enheter och större andel registrerade patienter.

Täckningsgradsanalys

Täckningsgradsanalysen från Socialstyrelsens registerservice genomförs på individnivå och inkluderar enheter från hela landet. Både öppen- och slutenvård ingår i analysen.

Analysen görs genom att matcha registreringar i SBR mot förekomst av individer med beroendediagnos i Socialstyrelsens patientregister. Om samma personnummer förekommer i de båda registren betraktas det som en matchning. Urvalet i patientregistret är personer som vårdats i öppen eller sluten vård med en huvuddiagnos F102, F112, F122, F132, F142, F152, F162, F172, F182 eller F192, samt med MVO-kod 901, 928, 943, 944, 945, 953, 954 eller 957. För att ingå i statistiken från öppenvården krävs minst två besök vid olika datum under det senaste året. Urvalet ur SBR består av patienter som registrerats under det aktuella året.

Risk för falskt låg täckningsgrad

En svaghet i täckningsgradsanalysen är att det inte på ett säkert sätt går att särskilja beroendeenheter från övrig psykiatrisk vård. Samtliga patienter med beroendediagnos inkluderas i patientregistret, medan SBR endast inkluderar patienter från specialiserad beroendevård. Detta blir en felkälla som kan ge falskt låg täckningsgrad för registret och jämförelseparametrarna behöver utvecklas ytterligare. I nuläget betraktas dock analysen som den mest heltäckande som finns att tillgå.

SBR:s styrgrupp har försökt ta fram ett målvärde på såväl antalet enheter som patienter som kan vara aktuella för SBR, men på grund av att målgruppen är stor och patienter med skadligt bruk och beroende behandlas inom många olika typer av verksamheter (primärvård, företagshälsovård, allmänpsykiatri och socialtjänst) har detta varit svårt att specificera.

Bortfall av data

SBR har mindre än 10 procent internt bortfall (ofullständigt ifyllda variabler) på manuellt inmatade formulär. När det gäller direktöverföring i Stockholm har bortfallet på enstaka variabler varit högt på grund av låg ifyllnadsgrad i journalsystemet.

För att minska bortfallet av variabler och öka kvaliteten på direktöverföring har registret anpassat frågeformuläret för direktöverföring genom att ta bort frågor som inte kan journalintegreras.

SBR har även tagit fram en kort manual för hur man registrerar SBR-data i journalsystemet för att dokumentationen hos de registrerande enheterna ska gå så smidigt som möjligt.

Positiva effekter från direktöverföring

Direktöverföring har i stort medfört positiva effekter på variabelkvaliteten för den information som dokumenteras strukturerat i journalsystemet, såsom diagnoskod, läkemedel och typ av behandling. SBR arbetar systematiskt med att analysera datakvaliteten och åtgärda eventuella brister utifrån de rekommendationer som finns i SKR:s valideringshandbok för nationella kvalitetsregister.

Datakvalitet och validering

SBR har kommit att bli en viktig datakälla för nationella rapporter om beroendevården och flera regioner arbetar hårt för att säkerställa datakvalitet. I detta arbete utgår SBR från SKR:s valideringshandbok för nationella kvalitetsregister.

I samarbete med beroendevården i Region Stockholm har även två personer arbetat med att granska registrets samtliga variabler mot journaldata med hjälp av IVR-verktyget i TakeCare. En programmerare anställd på förvaltningen har även hjälpt till att åtgärda systematiska fel i kodningen. Tidigare år har en fördjupad granskning för diagnoser, KVÅ-koder och läkemedel utförts i samverkan med Socialstyrelsen, som i sitt rapportarbete har jämfört information mot patientregistret (för diagnoser) och läkemedelsregistret (för läkemedel).

FOKUS

F

*En överblick av SBR:s
prioriterade områden*

SBR har under året arbetat hårt med att utveckla prioriterade områden:

- ▶ Nationella öppna jämförelser genom ViS
- ▶ Ökad journalintegration och täckningsgrad samt förenklad registrering
- ▶ Kunskapsstyrning och NPO
- ▶ Vässade indikatorer, formulär och frågebatteri
- ▶ Klinisk forskning
- ▶ Klinisk nytta
- ▶ Återkoppling i realtid



Nationella öppna jämförelser genom ViS

Under året har SBR kunnat börja visa kvalitetsindikatorer på Vården i siffror (ViS). På webbplatsen www.vardenisiffror.se kan enheter och verksamhetsledningar enkelt följa nationell registreringsstatistik.



RAMÅT

16

Ökad journalintegration och täckningsgrad samt förenklad registrering

Registret har drivit på arbetet för att öka journalintegrationen, något som även har en positiv inverkan på täckningsgraden.

I slutet av året gick slutenvården i Stockholm, som de enda kvarstående mottagningarna i regionen, över till direktöverföring. Därmed har hela Region Stockholm nu ett integrerat journal-system. Arbetet resulterade i en ännu enklare registreringsmetod för klinikerna samtidigt som antalet registreringar ökade tiofaldigt.

Parallellt med arbetet i Stockholm har registret gjort förberedelser för Kalmar, Örebro och VGR. Detta har tidigare gjorts för Region Skåne som nu är i sluttampen av implementeringsprocessen. Under 2019 har regionen kunnat slutföra integreringen av SBR i journalsystemet och påbörja testutskick av data.

Kunskapsstyrning och NPO

SBR är med och bidrar till det omfattande arbetet med att ta fram ett nytt nationellt vård- och insatsprogram (VIP) för missbruk och beroende kopplat till nationella programområdet (NPO) Psykisk Hälsa – ett samarbete som inleddes 2018. Data från SBR är en viktig del av insatsprogrammet och det Nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård. Målet är att på ett nationellt plan göra beroendevården mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv.

I samband med detta har SBR drivit ett stort utvecklingsarbete – läs mer på sida 20.

Vässade indikatorer, formulär och frågebatteri

SBR har sedan start arbetat för kliniskt relevanta kvalitetsindikatorer och mäter idag de centrala kvalitetsindikatorer som rekommenderas av Socialstyrelsen för uppföljning av specialiserad beroendevård. Registret utvecklas snabbt och ett stort steg framåt har varit att uppdatera formulären med ett nytt frågebatteri, bland annat med frågor rörande nya behandlingsmetoder och kliniska utfall. Även antalet bakgrundsvariabler i registret har minskats.

Utvecklingen av formulären har ingått i ett större arbete, "Modellarbete psykiatri", i vilket registret har arbetat med flera utvecklingsområden i samerkan med professioner, NPO, NAG, Socialstyrelsen och brukarorganisationer. Bland annat gjordes en sammanställning för att optimera variabler och indikatorer, något som resulterade i en ny specifikation och ombyggnation av registret. Läs mer om detta på sida 20. De nya indikatorerna kommer att presenteras i samband med lanseringen av NPO:s VIP för missbruk och beroende. Därefter byts de gamla indikatorerna ut på Vården i siffror. Målet är att där skapa en visningsyta för indikatorer kopplade till vård- och insatsprogrammet.

Klinisk forskning

Registrets relevans för forskning ökar i takt med dess stigande registrerings- och täckningsgrad. Under 2019 har SBR kunnat bidra med information till flera etikansökningar som väntas leda till data-uttag.

Under 2020 planerar SBR att kalla till ett möte med Svensk Förening för Beroendemedicin för att diskutera hur registret kan användas mer i klinisk forskning.

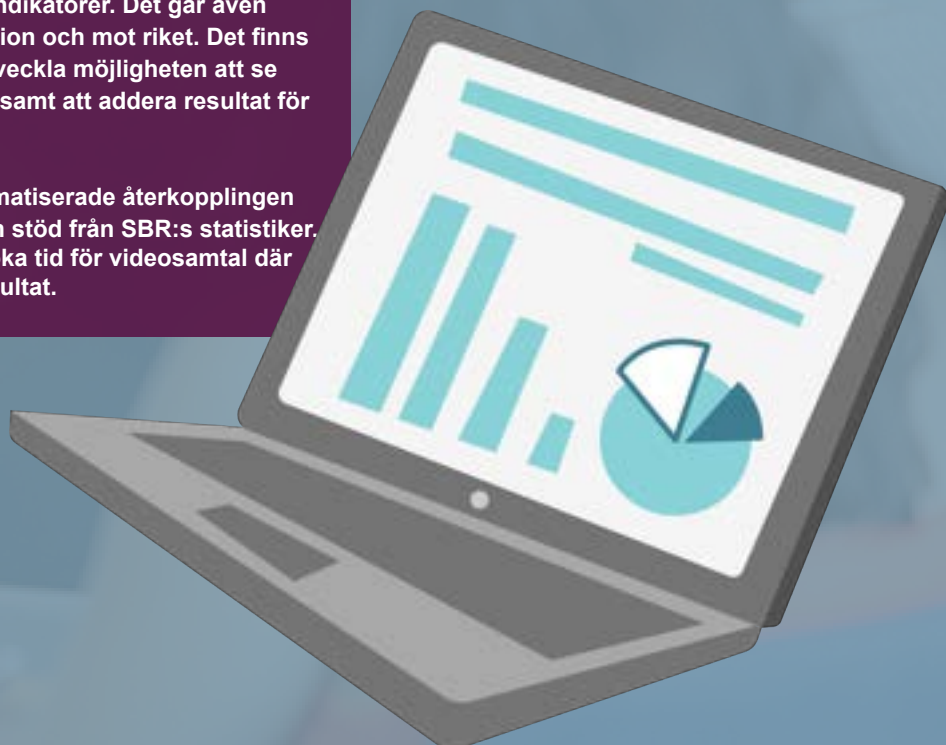
Klinisk nytta

SBR arbetar hårt för att integrera registret inom den kliniska verksamheten och säkerställa att data kan användas som underlag för ledning och styrning av beroendevården. Det är centralt att kunna erbjuda stöd till enheterna i dataanvändning och därför har SBR:s koordinator utbildat sig till förbättringscoach. Detta har kompletterat stödet från registrets statistiker och gjort att kliniker kan få ett mer djupgående stöd i sitt förbättringsarbete.

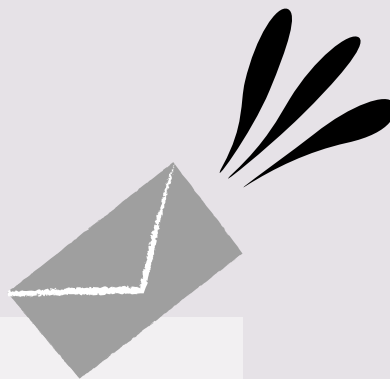
Återkoppling i realtid

Under året har registerplattformen INCA, som erbjuder automatisk återkoppling, kommit i drift. Här kan kliniker få en överblick av central data samt följa sin enhets värden för centrala kvalitetsindikatorer. Det går även att göra jämförelser inom region och mot riket. Det finns planer på att i senare steg utveckla möjligheten att se jämförelser enheter emellan, samt att addera resultat för fler indikatorer.

Ett komplement till den automatiserade återkopplingen är personlig återkoppling och stöd från SBR:s statistiker. Anslutna kliniker kan idag boka tid för videosamtal där de får stöd i att analysera resultat.



FLER AKTIVITETER OCH UTVECKLINGSOMRÅDEN



Digital kommunikation

SBR skickar kontinuerligt ut ett nyhetsbrev till anslutna enheter med aktuell information om registret. I nyhetsbrevet ingår jämförelser av registreringsgrad och centrala kvalitetsindikatorer mellan regionerna.

Registret har även fortsatt arbetet med den nya webbplatsen som är en plattform där vårdpersonal, patienter och andra berörda enkelt kan läsa och hämta information om registret.

”Bättre beroendevård med kvalitetsindikatorer” – en konferens för ömsesidig återkoppling

I oktober 2019 höll SBR sin årliga konferens. Berörda verksamheter, behandlare och patientrepresentanter deltog från hela landet. Temat på konferensen var ”Bättre beroendevård med kvalitetsindikatorer”. Konferensen har kommit att bli ett viktigt tillfälle för ömsesidig återkoppling mellan användare och kansli.

Verksamheter som använt registret som stöd vid förbättringsprojekt presenterade sitt arbete och deltagarna fick höra hur kvalitetsregistret konkret kan användas för att driva förbättring. Vid sidan om detta presenterades data för varje enhet, information om nyheter kring registersidor samt en presentation av arbetet med kunskapsstyrning av vården.

En stående punkt på den årliga konferensen är att deltagarna får möjlighet att diskutera tre viktiga frågor för registret:

Vilka är de viktigaste kvalitetsindikatorerna för beroendevården?

Hur kan vi använda oss av registrerad data för att förbättra vården inom vår enhet?

Hur kan SBR bli ett ännu bättre kvalitetsregister?
Vi äger registret tillsammans!

UTVECKLINGSPROJEKT

MODELLARBETE PSYKIATRI

Projektbeskrivning

Under hösten 2019 genomfördes ett stort projekt med målet att öka registrets kliniska användbarhet och certifieringsnivå. I arbetet ingick att utveckla registret för att bättre kunna följa upp NPO Psykisk Hälsas nya VIP för missbruk och beroende, något som underlättas av hög täckningsgrad och samsyn kring indikatorer mellan register, NAG och profession. Även insatser för att förnya databasen samt utveckla registrets kliniska användbarhet inom LARO, som är en kärnverksamhet inom beroendevård, utfördes inom projektets ramar.

Kommunikationsworkshop med andra kvalitetsregister

samt utformning av en kommunikationsplan för registret.

Samverkansworkshop om indikatorer och variabler

En workshop med NPO, NAG, professionerna, Socialstyrelsen och brukarföreningarna om hur SBR kan kopplas till VIP och driva indikatorutveckling. Resultatet blev en uppdaterad variabelspecifikation som använts vid registrets ombyggnation. Även indikatorer för LARO utvecklades och formulär utformades på nytt.

Konsolidering av databas

Under hösten uppdaterade registret sin databasarkitektur till en modernare och mer lätthanterlig version. Konsolideringen och ombyggnation genomfördes med avsikt att underlätta manuell inmatning, statistik- och indikatorframställande samt journalintegration.

Förbättrad utdatapresentation

Adderat 10 indikatorer, registreringsgrad samt data för fördelning av kön och ålder i webbapplikationen Shiny.

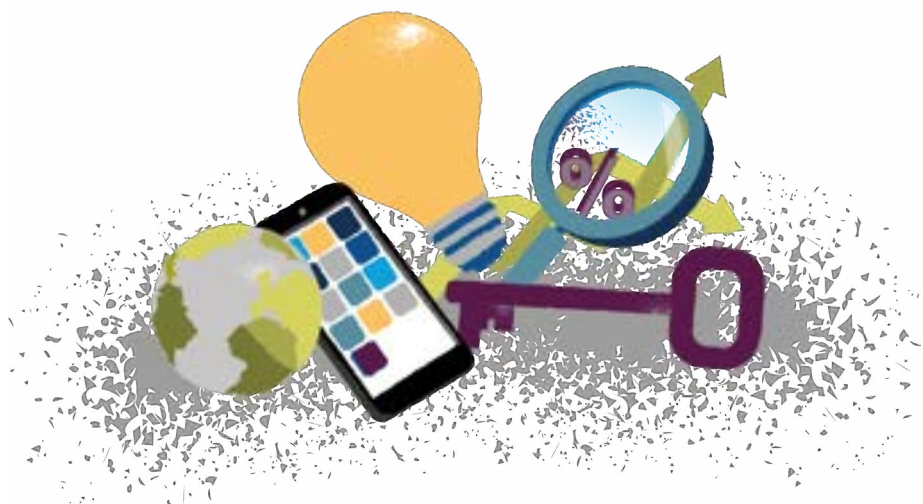
Målgruppsanpassad kommunikation

samt nytt informationsmaterial till enheter

PRIORITERADE UTVECKLINGSSOMRÅDEN 2020



- ▶ Utveckling av frågeformulär
- ▶ Minska antalet formulär
- ▶ Etablering av resultatmålet *Substansbruk 30 dagar*
- ▶ Bättre ifyllnadsgrad av patientjournalens sökord
- ▶ Ökad möjlighet att använda registerdata till forskning
- ▶ Optimering av kvalitetsindikatorer
- ▶ Personlig support och coachning
- ▶ Öka direktöverföring
- ▶ Fortsatt prioriterad samverkan, bland annat NPO Psykisk Hälsa
- ▶ Effektivisera återkoppling
- ▶ Minska kostnad för registerplattform
- ▶ Öka återrapportering av centrala kvalitetsindikatorer



FRAMTID

Ett unikt register
som är viktigt för
både beroende-
vård och samhälle

SBR befinner sig fortsatt i en intensiv fas med stigande registreringsgrad. Målsättningen är att SBR ska vara ett användarvänligt och kliniskt relevant register som kan användas för ledning och styrning av beroendevården. I detta ingår att registret ska bidra till det Nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård.

Estimerad positiv utveckling

Socialstyrelsen rekommenderar idag SBR som primär datakälla för merparten av kvalitetsindikatorerna i de Nationella riktlinjerna för missbruk och beroende. Utvecklingen ser positiv ut under förutsättning att registret kan bemannas för att möta den ökande efterfrågan från NPO, beroendevården och forskning.

Fortsatt ökning i hök takt

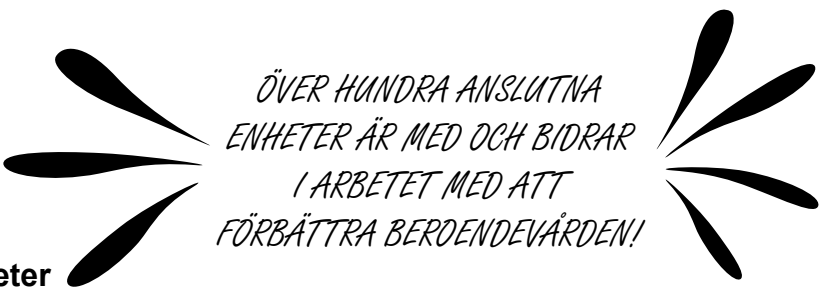
Registreringarna i Region Stockholm fortsätter att öka tack vare direktöverföring. Region Skåne kommer under 2020 att gå över till direktöverföring och fler storstadsregioner är på gång. Eftersom att en stor andel av patientpopulationen inom högspecialiserad beroendevård återfinns inom just dessa regioner kommer införandet av direktöverföring med stor sannolikhet ha en markant positiv effekt på registreringsantal och täckningsgrad.

På sikt sjunkande driftkostnader och ökad användarvänlighet

Det stora arbetet med en uppdaterad variabelspecifikation, databaskonsolidering, registerombyggnation och formulärutveckling är långsiktiga investeringar som initialt lett till ökade kostnader. I ett längre tidsperspektiv kommer detta att ge lägre driftkostnader och ökad användarvänlighet.

ÅTERKOPPLING

För att SBR:s data ska kunna användas i enheternas förbättringsarbete behöver utdata finnas lättillgängligt. Registrets målsättning är att stödja alla enheter som driver förbättringsprojekt och representanter från registret arbetar ständigt för att öka kännedomen om hur data kan användas för att driva förbättring. Ett nationellt utvecklingsarbete har dessutom genomförts för att sätta fokus på bättre vård vid delirium tremens*, samt att fråga om berörda minderåriga barn.



*ÖVER HUNDRA ANSLUTNA
ENHETER ÄR MED OCH BIDRAR
I ARBETET MED ATT
FÖRBÄTTRA BEROENDEVÅRDEN!*

Kommunikation med anslutna enheter

Över hundra enheter är idag anslutna till SBR. Det inkluderar nästan alla specialiserade beroendeenheter i riket. Under 2019 besöktes flera av dessa för att diskutera syftet med SBR och hur utdata kan användas i förbättringsarbete. Enheterna fick även hjälp kring återkoppling av resultat och praktiska problem.

SBR:s koordinator har nära kontakt med anslutna enheter och enheter som är intresserade av att börja använda registret. Det finns en vilja att bistå i arbetet med att förbättra vården och en stor nyfikenhet för hur man i sin profession kan använda registret för kvalitetsuppföljning.

I intervjun på följande sida ger SBR:s koordinator, Mikael Eklöf, en bild av det han möter i sitt uppdrag.



*livshotande tillstånd som kan uppstå hos personer som haft en hög och långvarig alkoholkonsumtion och som slutar att dricka tvärt

Mikael Eklöf, SBR:s koordinator

”De enheter som har lyckats engagera hela arbetsplatsen märker ut sig i användandet av sin data”

.....



Jag har verkligen fått se hur starkt alla brinner för sin patientgrupp. Det är betryggande och inget hopp om framtiden, så även för SBR som register!

användarna, få höra deras ambitioner och bolla med dem om hur det går att tänka när det kommer till registret. Sen sköter enheterna själva det stora arbetet med att bygga in rapporteringen i vårdstrukturen. Även det tar sin tid och i det arbetet behövs ingen koordinator hängandes över axeln, säger Mikael Eklöf.

Mikael Eklöf är koordinator på SBR, ett uppdrag som han tog sig an redan 2013 efter att ha arbetat inom beroendevården i Örebro under 6 år. Som koordinator består hans arbete till stor del av att sprida information om SBR och se till att alla enheter får det material och den återkoppling som de behöver.

Hur har dina hittills 7 år som koordinator hos SBR varit?

– Entusiasmerande och utmanande på samma gång! Jag har verkligen fått jobba med tålamod i min roll. Det är många aktörer inblandade i ett kvalitetsregister och man arbetar långsiktigt. Det innebär en stor del förberedande och proaktivt arbete och allt tar väldigt lång tid, på gott och ont. Jag har fått mycket tillbaka från enheterna och det är kul att inspirera

Under sina år inom SBR har Mikael Eklöf märkt av en stor skillnad i kännedomen om registret. Från att personer till en början, med viss skepsis, undrade vad SBR egentligen skulle leda till, till att majoriteten faktiskt känner till registret och tycker det är viktigt. Han ser en stor skillnad i attityder, inte bara gentemot SBR utan psykiatriska register generellt.

– Jag minns själv när jag fick information om SBR för första gången. Jag ska inte sticka under stolen med att jag kände mig något skeptisk till vad det skulle mynna ut i. Men det tog inte lång tid innan jag insåg potentialen och blev ivrig att få andra att göra det samma. Jag upplever att inställningen ute på enheterna har förändrats på samma sätt. Från att många först såg ”ännu en sak att hålla reda på”, till insikt i hur arbetet bidrar till en bättre beroendevård. Något som ligger i allas intresse!

Vad möter du ute på enheterna när det gäller SBR?

– Väldigt entusiastisk och driven personal. De vill inte bara bidra till registret utan också använda resultaten för att förbättra vården för sina egna patienter. Den största utmaningen är nog tidsbristen, men de som lyckas investera tid i arbetet får också ut värdefullt underlag. Jag ser att de enheter som har engagerat hela arbetsplatsens personalstyrka ofta märker ut sig i användandet av sin data. Ett sådant exempel är Gävleborg. Där har personalen utifrån registret kunnat analysera sin vårdstruktur och hur de följer upp patienter inom regionen på ett bra sätt.

Vilka styrkor ser du i SBR?

– Jag är övertygad om att arbetet med SBR banar väg för en utvecklad och mer jämlik beroendevård. Även om det är svårt att jämföra exempelvis Gävleborg och Stockholm så gör registret det möjligt för enheter runt om i landet att dra nytta av varandras data och driva förbättringsarbete utifrån relevanta indikatorer. Nu när jag har åkt land och rike runt för att träffa personal på olika enheter, så har jag verkligen fått se hur starkt alla brinner för sin patientgrupp. Det känns betryggande och inget hopp om framtiden, så även för SBR som register!

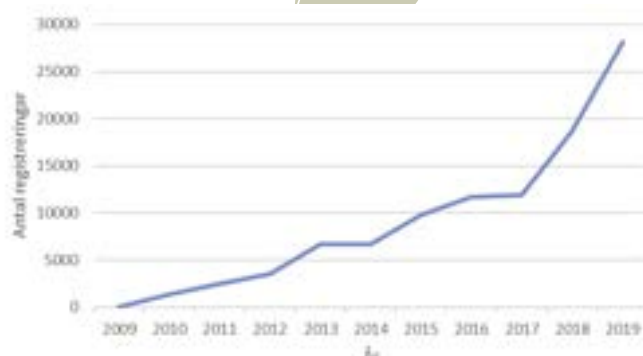
STATISTIK

ANTAL REGISTRERINGAR I SBR

Registreringarna i SBR har ökat för varje år sedan registret startade 2009. Under 2019 gjordes strax över 27 000 registreringar och 13 990 individer inkluderades i registret. Det gjordes 7 724 ny-registreringar, 5 004 uppföljningar samt 4 782 avslutsregistreringar. Antalet registreringar inom slutenvården ökade med 50 procent och landade på totalt 9 603 registreringar. I figur 2 visas antalet registreringar och individer per formulär för 2019.

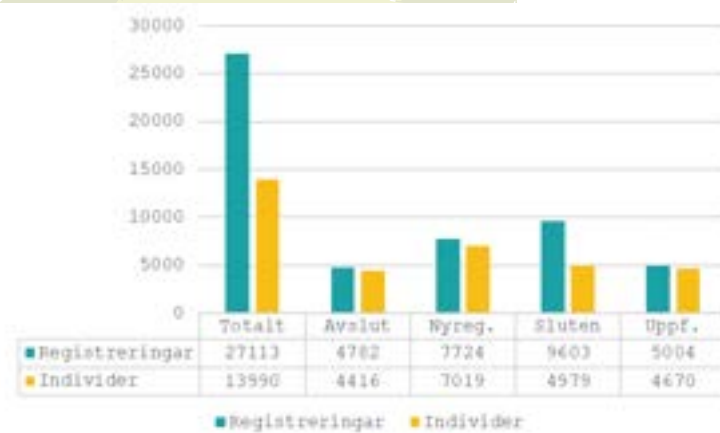
FIGUR 1

ANTAL REGISTRERINGAR PER ÅR SEDAN START



FIGUR 2

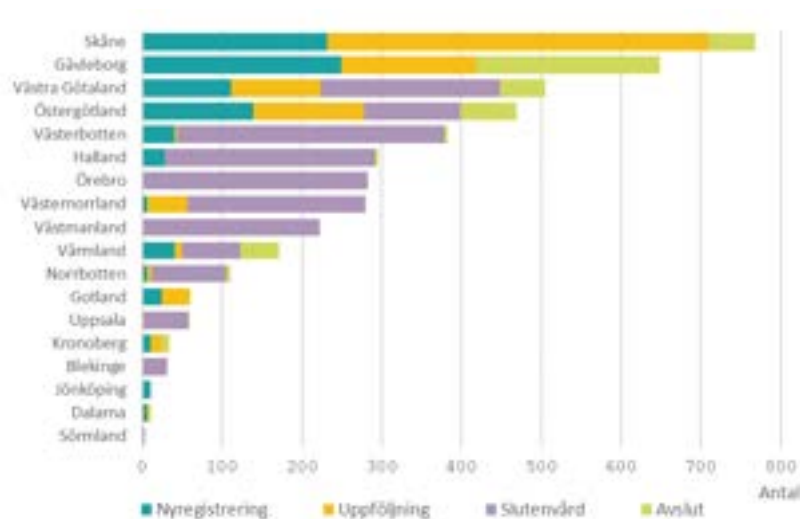
ANTAL INDIVIDER OCH REGISTRERINGAR PER FORMULÄR 2019



Nedan figurer visar skillnaden i antalet registreringar regionerna emellan. Främsta anledningen till att Stockholm sticker ut är att det är den enda regionen som helt gått över till direktöverföring. För att göra resultatet mer överskådligt visas figurer både inklusive och exklusive Stockholm.

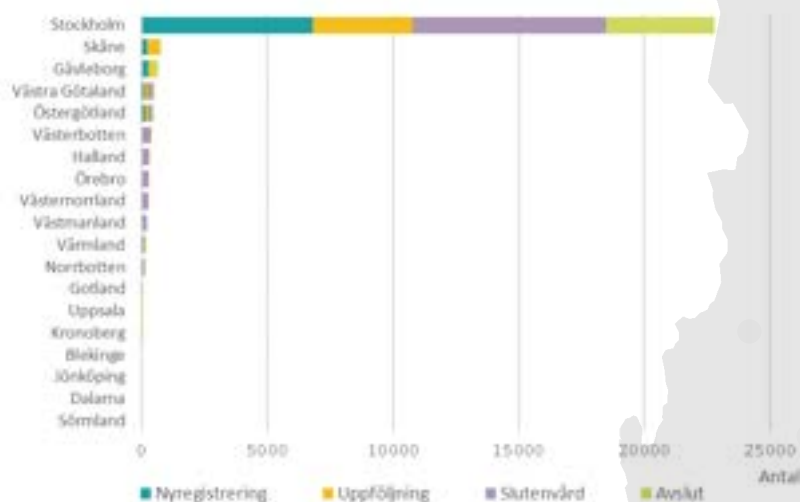
FIGUR 3

ANTAL REGISTRERINGAR PER REGION EXKLUSIVE STOCKHOLM



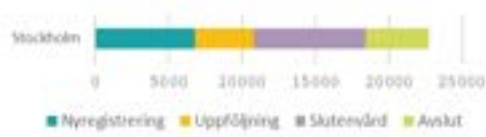
FIGUR 4

ANTAL REGISTRERINGAR PER REGION INKLUSIVE STOCKHOLM



FIGUR 5

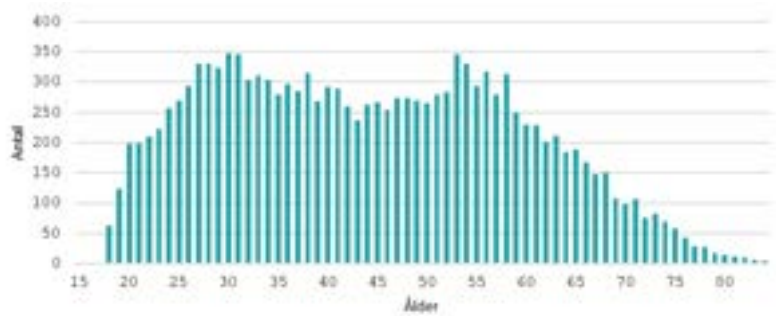
ANTAL REGISTRERINGAR I STOCKHOLM



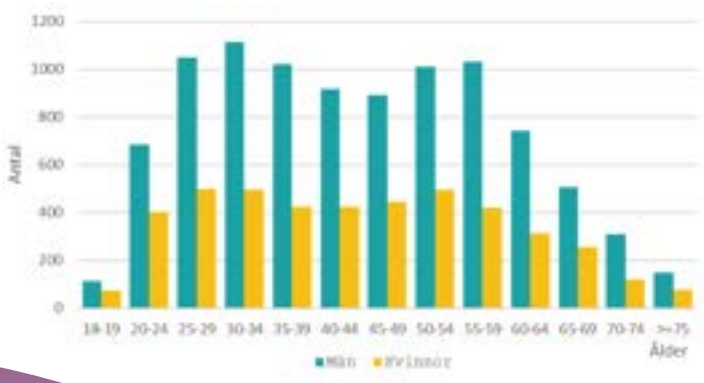
ÅLDERSFÖRDELNING

Figur 6-7 visar åldersfördelning (18-84 år) på patienter registrerade i SBR. I figur 7 syns hur åldersfördelningen ser ut för män respektive kvinnor.

FIGUR 6 ÅLDERSFÖRDELNING PÅ BEROENDEPATIENTER I SBR



FIGUR 7 ÅLDERSFÖRDELNING MELLAN MÄN OCH KVINNOR

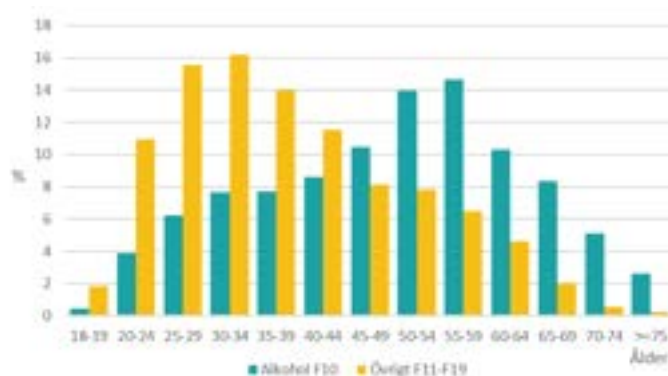


ÅLDER OCH KÖNSFÖRDELNING PER DROG OCH VÅRDFORM

Figur 8 visar åldersfördelningen för personer med alkohol- och narkotikadiagnoser. Narkotikadiagnoser är mer vanligt förekommande bland yngre personer medan alkohol-diagnoser är vanligare bland äldre personer.

FIGUR 8

ÅLDERSFÖRDELNING FÖR ALKOHOL OCH NARKOTIKA



Figur 9 visar att majoriteten av patienterna inom beroendevården är män. Inom slutenvården var 72 procent män och 28 procent kvinnor. I öppenvården var 66 procent män och 34 procent kvinnor. SBR inkluderar ännu inte personer yngre än 18 år.

FIGUR 9

ANDEL MÄN OCH KVINNOR PER VÅRDFORM (ÖPPEN OCH SLUTENVÅRD)

68%
män32%
kvinnor

Andel män och kvinnor
totalt inom beroendevården



CHRISTINA PAULSRUD

Hur arbetar vi för en mer jämförad beroendevård?

Christina Paulsrud är brukarinflytandesamordnare (BISAM) vid Beroendecentrum Stockholm, tidigare ordförande i Stockholms Brukarförening i mer än tio år. I SBR:s årsrapport för 2017 lyfte hon tillgänglighet och jämlikhet som viktiga utvecklingsområden inom beroendevården. Ett annat område som Christina Paulsrud ser som en central utmaning är jämfördhetsfrågan. Med egna erfarenheter, otaliga samtal med patienter och ett styrelseuppdrag i föreningen Utan skyddsnät (US), har hon stor kännedom och förståelse för vilka behov som finns.

– Man behöver uppmärksamma den dubbla utsatthet som kvinnliga och hbtq+-patienter ofta lever i. Utöver social marginalisering är det stor sannolikhet att de här personerna är eller har varit våldsutsatta, säger Christina Paulsrud.

Föreningen US, som Christina Paulsrud är aktiv i, började som ett uppror under #metoo. Idag driver föreningen både opinionsbildning, stödjande verksamhet och initiativ

för ökad kunskap om våldsutsatthet och traumatisering kopplat till beroende. I det arbetet får hon ta del av många berättelser från kvinnor och hbtq+-personer runt om i landet, som alla har en beroendeproblematik och lever i våldsutsatthet. Bland det som kommer upp går det att se en röd tråd för vilka behov som finns och vad som saknas.

– Som vi i US ser det så är det framför allt två frågor som måste högre upp på dagordningen när det gäller den medicinska beroendevården. Den första gäller våldsutsatthet och traumatisering. Den frågan behöver uppmärksammas i större utsträckning och erbjudas samtidig behandling för. Den andra frågan handlar om trygga behandlingsmiljöer, säger Christina Paulsrud.

Hon menar att de alternativ som finns idag sällan ger den trygghet som många kvinnor och hbtq+-personer har behov utav.

– Personer som använder droger känner nästan alltid väl till

BISAM

BISAM står för brukarinflytandesamordnare. Det innebär att samordna och förstärka patienters inflytande i en verksamhet.

Sveriges kommuner och regioner arbetar på olika sätt med brukarinflytande och det är inte alla som har en person anställd i rollen som BISAM.

Christina Paulsrud arbetar som BISAM vid Beroendecentrum Stockholm. I sin roll bevakar hon frågor som berör patienter och deras närstående. Hon leder patientforum, samordnar Brukarrådets arbete samt ger patienter möjlighet att på olika sätt komma till tals vad gäller beroendevården.



”

DET MÅSTE
GÅ ATT
ERBJUDA
TRYGGA RUM
I BÅDE ÖPPEN
OCH SLUTEN
VÅRD.

varandra. Ofta är relationerna sinsemellan komplexa och man kan stå i beroendeförhållande till varandra. Kvinnor är generellt extra svårt utsatta. Majoriteten har blivit utsatta för sexuella övergrepp och andra våldshandlingar. Att då ta sig till en ”vanlig mottagning”, som de ser ut idag, kan vara ett riskfyllt moment som innebär att man möter sina tidigare förövare eller deras vänner. Det måste gå att erbjuda trygga rum både i öppen och sluten vård.

Christina Paulsrud skulle vilja se konkreta handlingsplaner för bemötande av kvinnor och hbtq+-personer samt större satsningar på kompetensutveckling inom våldsutsatthet och traumatisering.

– Jag tror det behövs rutiner för att screena våldsutsatthet och en åtgärdsplan för hur personalen kan gå vidare med det som kommer fram i en sådan screening. Det måste vara tydligt vilka stödinsatser som kan erbjudas, hur de erbjuds på ett tryggt sätt och hur de kan kombineras med patientens beroendebehandling.

Att erbjuda samtidig behandling för beroende och traumatisering borde enligt Christina Paulsrud vara en självklarhet. Hon menar att det skulle vara ett viktigt steg för att nå en mer jämställd och månggruppsanpassad beroendevård.

– Tillstånden triggas ofta varandra och det säger sig självt att det inte går att behandla tillstånden ett i taget som om de vore vitt åtskilda. EWA-mottagningen i Stockholm är ett exempel där man har arbetat med parallell behandling och sett positiva effekter på resultat och behandlingsnöjdhet. Fler sådana satsningar, för både personer med alkohol- och drogproblem, skulle vara ett stort lyft för beroendevården, säger Christina Paulsrud.

För att behandlingsutbudet inom den medicinska beroendevården ska bli mer likvärdigt nationellt sett kan Christina Paulsrud se att SBR har en betydande roll.

– Genom att samla in data nationellt och kontinuerligt redovisa behandlingsresultat kan SBR tjäna som pådrivare för att utveckla beroendevården effektivt och ändamålsenligt. Jag föreställer mig att det är svårare för beslutsfattare att undvika tillhandahållande av vissa vård- och behandlingsformer om det finns statistik som visar på att de är framgångsrika, avslutar Christina Paulsrud.



OM UTSATTHETEN HOS KVINNOR MED ALKOHOL- OCH DROG-PROBLEMATIK

Kvinnor med alkohol- och drogproblematik är en särskilt utsatt grupp. Deras livssituation innebär ofta en hög risk för våldsutsatthet, samtidigt som de har svårare att få stöd och hjälp.*

I en svensk studie från 2019 intervjuades över 4000 kvinnor som hade problem med alkohol och/eller droger. Studien visade att samtliga personer hade varit utsatta för olika typer av övergrepp. 3 av 4 hade utsatts för fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp och 1 av 4 hade utsatts för alla tre typer av våldsmetoder.**

För att göra beroendevården mer jämställd är det centralt att se över frågan om säkerhet och vilka insatser som kan skapa trygghet för denna målgrupp.

**Socialstyrelsen (2011). Skylla sig själv? Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem. Stockholm: Socialstyrelsen.*

***Armeliuss, K., Armeliuss, B-Å. (2010). Våldsutsatthet och misshandel hos missbrukande kvinnor – resultat från ASI-intervjuer med 4290 kvinnor. En rapport till Socialstyrelsens utredning om våldsutsatta kvinnor med missbruk. Institutet för Klinisk Psykologi i Umeå AB*

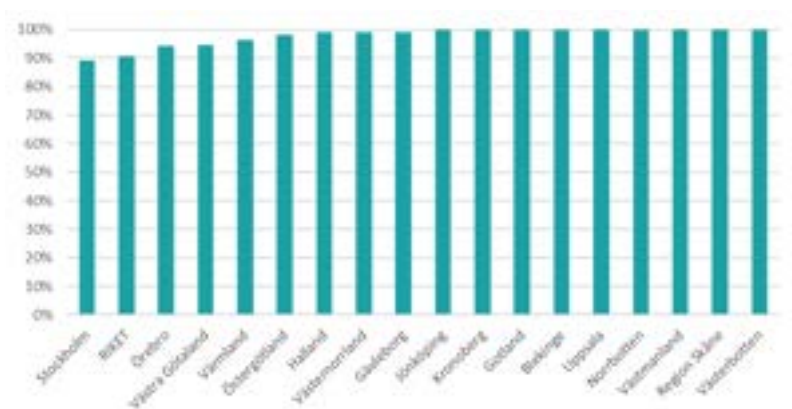
BERÖRDA MINDERÅRIGA BARN

Figur 6-7 visar åldersfördelning (18-84 år) och könsfördelning hos patienter registrerade i SBR. Under 2019 pågick förberedelserna på flera håll i Sverige inför att barnkonventionen skulle träda ikraft som lag januari 2020. SBR:s kvalitetsindikator "Berörda minderåriga barn" har en betydande roll för att barn till föräldrar med beroende ska kunna upptäckas och erbjudas rätt information, råd och stöd.

Figur 10 visar andelen patienter inom sluten- eller öppenvård som har besvarat frågan om de lever nära eller i en familj med minderåriga barn. Likt tidigare år är bortfallet mycket lågt och det är endast ett fåtal av patienterna som inte har fått frågan. I Stockholm pågår ett förbättringsarbete kring att dokumentera frågan i journalen på ett korrekt sätt, vilket har lett till minskat bortfall.

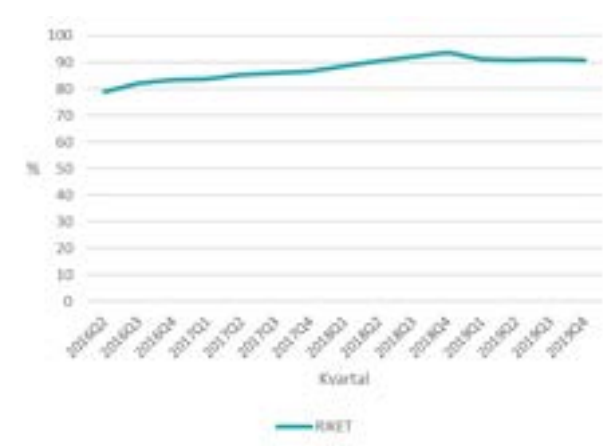
FIGUR 10

BERÖRDA BARN – ANDEL SOM BESVARAT FRÅGAN INOM SLUTENVÅRD ELLER ÖPPENVÅRD 2019

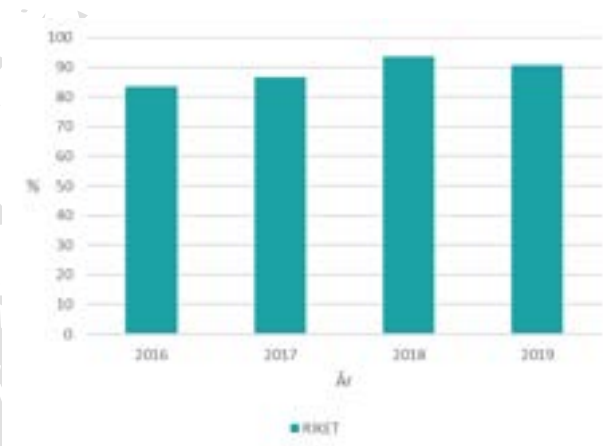


Figur 11-13 visar utvecklingen för indikatorn *Berörda barn* över tid i riket. Här syns en lätt nedåtgående trend efter sista kvartalet 2018, men under första kvartalet 2019 har andelen varit jämn.

FIGUR 11 BERÖRDA BARN – ANDEL SOM BESVARAT FRÅGAN PER KVARTAL I RIKET

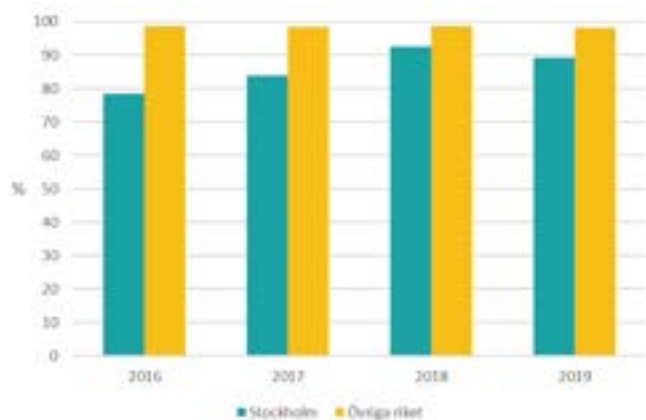


FIGUR 12 BERÖRDA BARN – ANDEL SOM BESVARAT FRÅGAN PER ÅR I RIKET



FIGUR 13

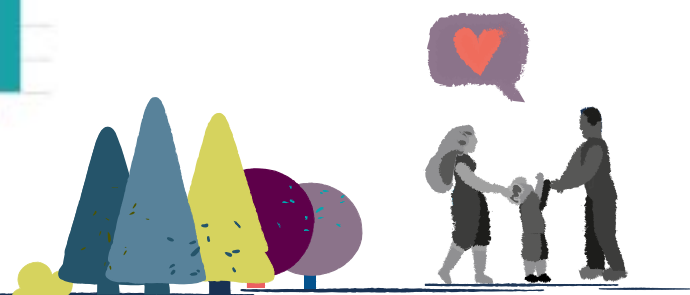
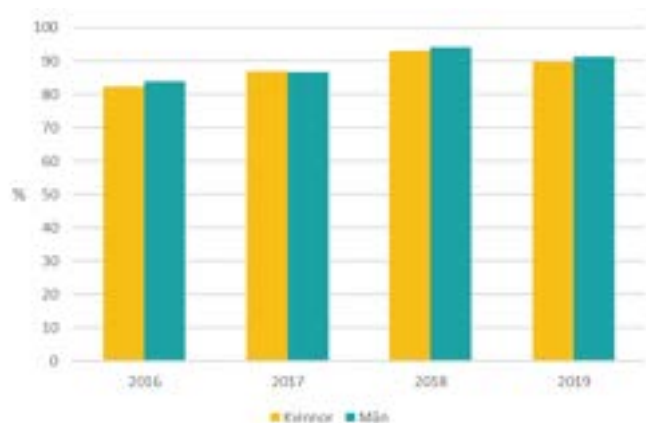
BERÖRDA BARN – ANDEL SOM BESVARAT FRÅGAN
PER ÅR I STOCKHOLM OCH RIKET



Att mäta huruvida både kvinnor och män tillfrågas om barn är viktigt ur ett genusperspektiv. Figur 14 visar att fördelningen mellan tillfrågade män och kvinnor är jämn, även om kvinnor sedan 2017 har hamnat någon enstaka procent lägre än män.

FIGUR 14

BERÖRDA BARN – ANDEL SOM BESVARAT FRÅGAN PER ÅR
FÖRDELAT PÅ MÄN OCH KVINNOR



Att alla
patienter har
en individuell
vårdplan är ett av
beroendevårdens
viktigaste mål

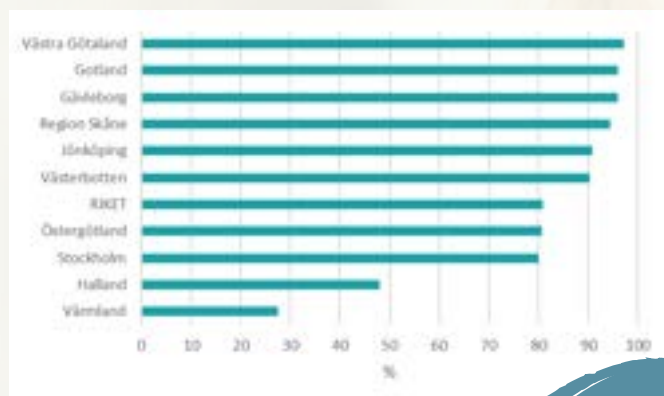
VÅRDPLAN

En välplanerad behandling, tydlig för såväl patient som behandlare, har stor betydelse för en patients framtid. Inom beroendevården är det ett viktigt mål att alla patienter ska ha en individuell vårdplan. Det är också något som ligger till grund för god samverkan mellan beroendevård och socialtjänst.

Som framgår i figur 15 har majoriteten av patienterna inom beroendevården en dokumenterad individuell vårdplan. I mitten av figuren syns genomsnittet för hela riket. Region Halland och Värmland märker ut sig med en andel under 50 procent, och regionerna Östergötland och Stockholm kommer därefter på cirka 80 procent. Detta är också snittet för hela riket.

FIGUR 15

VÅRDPLAN – ANDEL SOM HAR VÅRDPLAN 2019



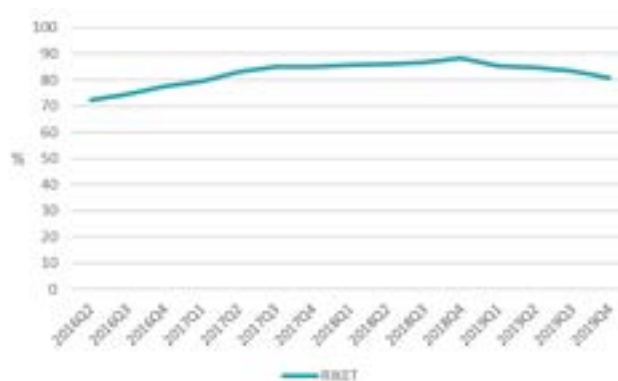
Över 80 %

av patienterna har en
individuell vårdplan

Figur 16-18 visar hur andelen patienter som får en vårdplan har sett ut nationellt sedan 2016. Mellan 2016 och 2018 syns en trend i positiv riktning, medan andelen under 2019 har vänt något nedåt.

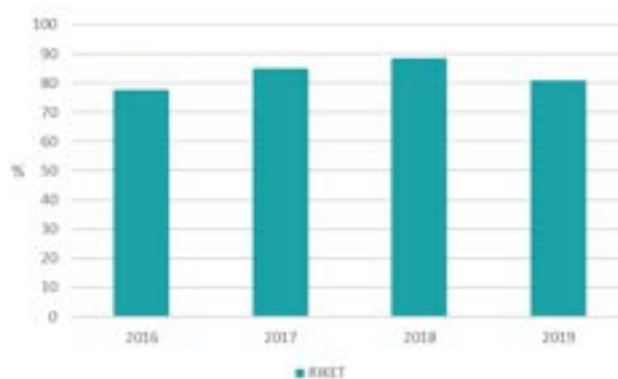
FIGUR 16

VÅRDPLAN – ANDEL SOM HAR VÅRDPLAN PER KVARTAL I RIKET



FIGUR 17

VÅRDPLAN – ANDEL SOM HAR VÅRDPLAN PER ÅR I RIKET



FIGUR 18

VÅRDPLAN – ANDEL SOM HAR VÅRDPLAN PER ÅR FÖRDELAT PÅ MÄN OCH KVINNOR



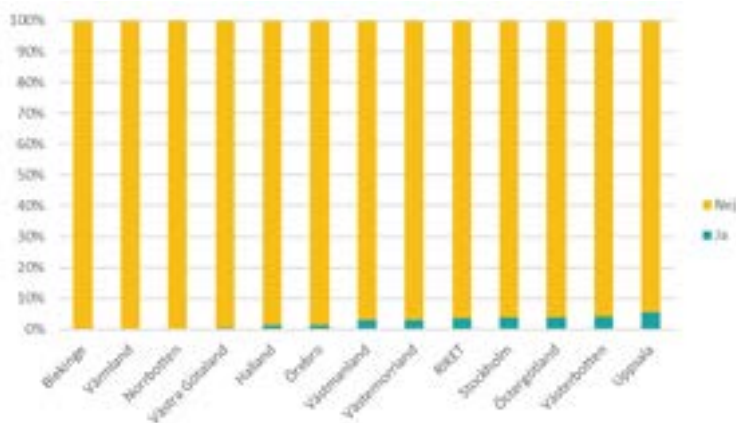
ABSTINENSBEHANDLING & DELIRIUM TREMENS

Personer som löper stor risk att utveckla delirium tremens eller andra svåra tillstånd som uppkommer av alkoholabstinens ska vårdas på sjukhus. Vårdens primära syfte är att genom snabb och adekvat läkemedelsbehandling undvika att delirium eller kramper utvecklas.

Figur 19 visar att andelen sjukhusvårdade patienter som utvecklat delirium tremens och abstinenskramper är mycket låg (< 10 %) i regionerna. Figur 20-22 visar att andelen sjukhusvårdade patienter som utvecklat delirium tremens och abstinenskramper ökat under 2019, från att 2018 varit nedåtgående. Till detta finns flera potentiella orsaker men siffrorna bör tolkas med viss försiktighet med hänsyn till att delirium tremens är ett sällsynt tillstånd med relativt få fall, vilket kan leda till stora variationer i data.

FIGUR 19

DELIRIUM TREMENS – ANDEL PERSONER MED ALKOHOLBEROENDE SOM UTVECKLAT DELIRIUM UNDER VÄRDITIDEN 2019



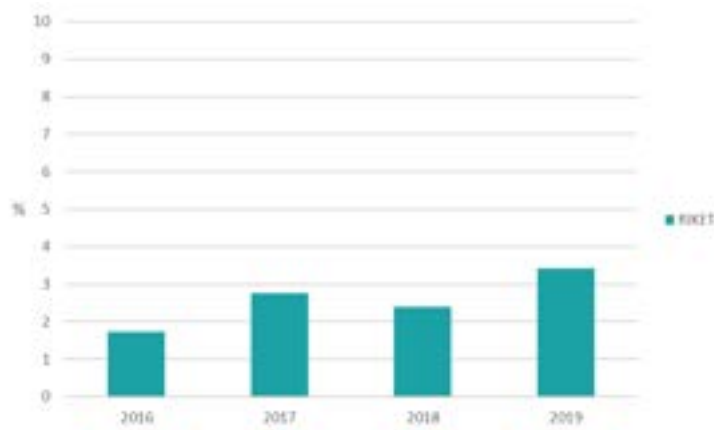
ALKOHOL- ABSTINENS & DELIRIUM TREMENS

Alkoholabstinens inträder när en person tvärt slutar använda alkohol efter ett långvarigt och omfattande alkoholintag. Tillståndet upplevs obehagligt och kan leda till potentiellt livshotande tillstånd som delirium tremens och epilepsiliknande krampanfall.



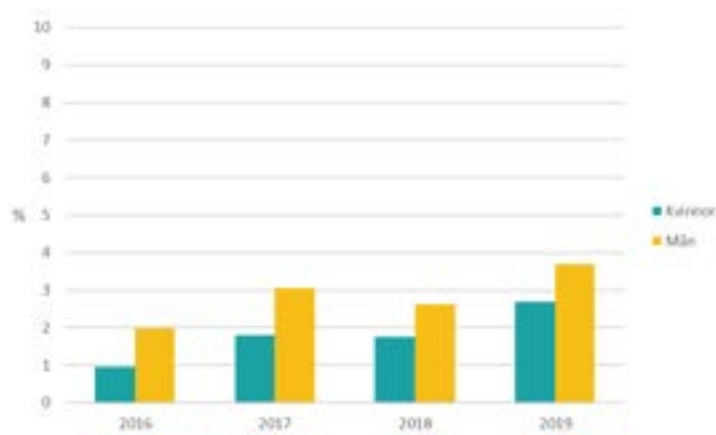
FIGUR 20

DELIRIUM TREMENS – ANDEL PERSONER MED ALKOHOLBEROENDE
SOM UTVECKLAT DELIRIUM UNDER VÄRDTIDEN PER ÅR I RIKET



FIGUR 21

DELIRIUM TREMENS – ANDEL MÄN OCH KVINNOR MED ALKOHOLBEROENDE
SOM UTVECKLAT DELIRIUM UNDER VÄRDTIDEN PER ÅR I RIKET



PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD, LPT

Möjligheten att vårda en patient under tvång, som kan innefatta tvångsåtgärder, regleras med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Det är ett stort ansvar att vårda en person mot dennes vilja och alla har rätt att förvänta sig en god vård på jämlika villkor.

Figur 22 visar andel patienter registrerade i SBR som vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Andelen patienter som vårdats med LPT varierade något över riket. Högst andel patienter med tvångsvård rapporterades i Region Stockholm.

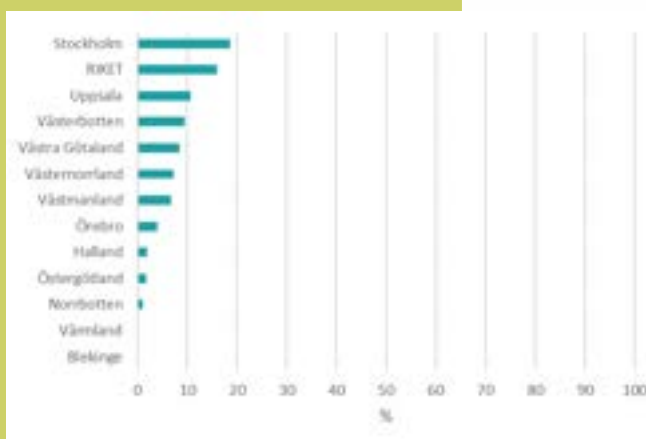


Högst andel rapporterade patienter som vårdats med LPT har Region Stockholm

.....

FIGUR 22

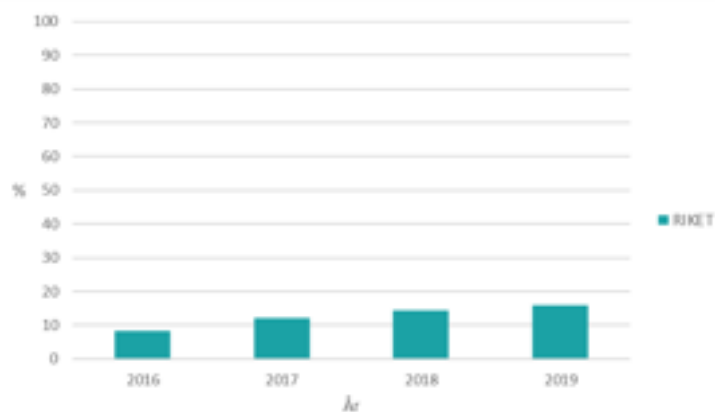
LPT – ANDEL PERSONER SOM VÅRDATS ENLIGT LPT UNDER VÅRDtiden INOM BEROENDEVÅRD PER REGION 2019



I figur 23 framgår att andelen tvångsvårdade inom beroendevården legat ganska stabilt över tid och figur 24 visar att det är nästan 50 procent fler kvinnor än män som vårdats enligt LPT under sin vårdtid.

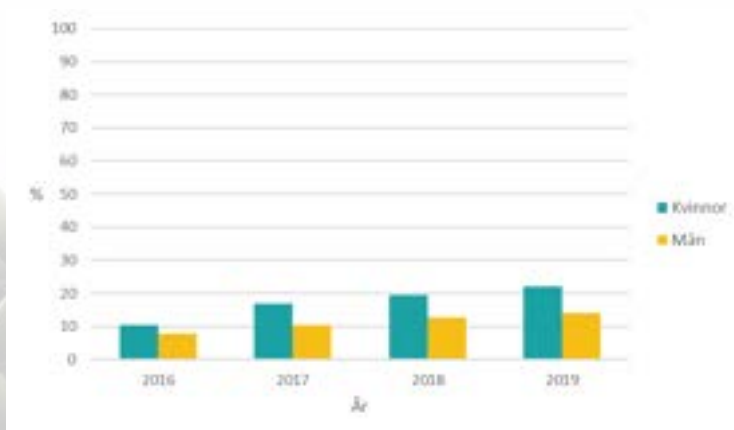
FIGUR 23

LPT – ANDEL PERSONER SOM VÅRDATS ENLIGT LPT UNDER VÅRDTIDEN INOM BEROENDEVÅRD PER ÅR I RIKET



FIGUR 24

LPT – ANDEL MÄN OCH KVINNOR SOM VÅRDATS ENLIGT LPT UNDER VÅRDTIDEN INOM BEROENDEVÅRD PER ÅR I RIKET



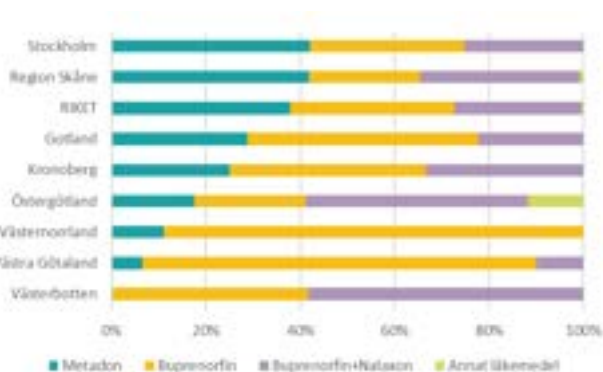
LÄKEMEDELS- BEHANDLING FÖR OPIOIDBEROENDE

LARO står för läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende. Socialstyrelsen rekommenderar behandling främst med kombinationen buprenorfin/naloxon alternativt metadon vid opioidberoende. Kombinationen buprenorfin/naloxon har en högre prioriteringsgrad än buprenorfin eftersom risken för skadligt bruk och allvarliga biverkningar anses vara lägre.

Figur 25-26 visar fördelning av läkemedel i läkemedelsassisterad behandling av opioidberoende (LARO) per region och i riket.

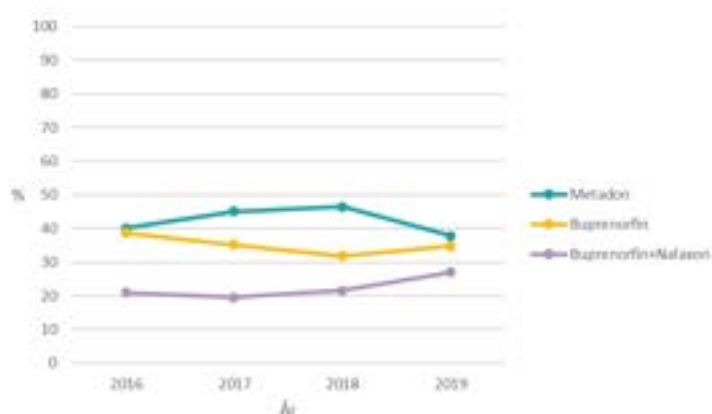
FIGUR 25

FÖRDELNING AV LÄKEMEDEL I LÄKEMEDELS-
ASSISTERAD BEHANDLING (LARO) VID
OPIOIDBEROENDE PER REGION 2019



FIGUR 26

FÖRDELNING AV LÄKEMEDEL I LÄKEMEDELS-
ASSISTERAD BEHANDLING (LARO) VID
OPIOIDBEROENDE PER ÅR I RIKET



VAD KAN VI LÄRA AV DEN SOM BLIVIT LÄKEMEDELSFRI?

Att ta sig ur ett läkemedelsberoende är krävande. Men för den som stannar kvar i behandling går det oftast bra. Vad är det som får patienten att hålla ut i behandling, trots abstinens? Går det att dra lärdom av andras väg till tillfrisknande för att hjälpa fler ur ett läkemedelsberoende? Det är frågor som psykologen Sofia Lindmark söker svar på.

.....
Text: Annelie Petersson

En studie med
färre personer
fast i läkemedels-
beroende som
mål

Cirka 65 000
personer i Sverige
lever med ett
läkemedelsberoende

I Sverige lever omkring 65 000 personer med ett läkemedelsberoende. Men trots att problemet berör en stor grupp finns få studier på patienter som genomgår behandling för att bli fria från läkemedel.

– De flesta med läkemedelsberoende har en gång sökt läkare för smärta, ångest eller sömnsvårigheter och fått mediciner för att lindra tillståndet. Därefter har de fortsatt att ta läkemedlet och successivt utvecklat ett beroende, säger Sofia Lindmark doktorand och psykolog på TUB*-mottagningen, Beroendecentrum Stockholm.

Vanliga beroendeframkallande läkemedel är opioider, bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel (så kallade z-läkemedel). Med sina smärtstillande eller ångestlindrande egenskaper har dessa läkemedel en viktig plats i korttidsbehandling vid svår sjukdom. Baksidan är en kraftfull stimulering av hjärnans belöningssystem som innebär att vem som helst kan utveckla ett beroende av dessa läkemedel på förhållandevis kort tid.

– De här läkemedlen ska absolut inte sluta förskrivas. Det är viktigt att understryka. Men för att skydda patienten

från att utveckla ett beroende måste de förskrivas på rätt indikation och under en kort period för att minimera risken för beroende, fortsätter hon.

” LÄKEMEDLEN MÅSTE FÖRSKRIVAS PÅ RÄTT INDIKATION OCH UNDER EN KORT PERIOD FÖR ATT MINIMERA RISK FÖR BEROENDE

Kartlägger vägen mot läkemedelsfrihet

Till TUB-mottagningen kommer en växande grupp patienter för att få hjälp, både via remiss och egenanmälan. Många har haft ett beroende under flera års tid.

Behandlingen går ut på att patienten långsamt och stegvis trappar ned dosen av det läkemedel som orsakat beroendet, samtidigt som personen får stöd av sjukvården. Ofta kombineras insatsen med psykologisk behandling.

– Patienten trappar ned i den takt som är acceptabel för att undvika kraftiga abstinenssymtom. För en del innebär det att minska dosen veckovis, medan andra minskar dosen var tredje eller fjärde vecka. Generellt är nedtrappningen som lättast i början och blir svårare i takt med att dosen minskas, säger Sofia Lindmark.

Foto: Sofia Lindmark, privat foto



Sedan 2018 driver Sofia Lindmark en kohortstudie på TUB-mottagningen i Stockholm, parallellt med sitt kliniska arbete som psykolog.

– Det finns väldigt få studier globalt som gjorts på den här populationen och vi vet egentligen inte hur vi bäst hjälper patientgruppen. Därför ville vi kartlägga den vård som patienterna får för att se hur många som blir fria från sina läkemedel eller kan trappa ner till en väsentligt lägre dos, säger Sofia Lindmark.

I studien följer forskarna under två år patienters läkemedelsanvändning, psykiska och somatiska hälsa, livsförhållanden, sömn och smärta. De kartlägger även andra eventuella substansbruk och samsjuklighet.

Söker faktorer som predicerar fullföljning av behandling

Med kartläggningen som utgångspunkt vill forskarna ta reda på om det finns faktorer som predicerar att en patient kommer att lyckas fullfölja behandlingen.

– För de personer som stannar kvar i behandling går det oftast bra för. Därför är kvarvarande i behandling ett av beroendevårdens viktigaste uppdrag, säger Jeanette Westman, biträdande registerhållare för SBR och forskare i kohortstudien.

*TUB = Terapi och Utvärdering av Beroendeframkallande läkemedel.

Med registerdata från SBR och läkemedelsregistret är studien unik i sitt slag med möjlighet att följa upp patienten efter 10 år

Unik uppföljningsmöjlighet med data från SBR

Till studien har forskarna kopplat registerdata från SBR och Läkemedelsregistret. Det gör studien unik i sitt slag eftersom det skapar möjlighet att följa upp patienten efter 10 år.

– Tack vare uppföljning i SBR blir bilden av patientens behov av vård mer heltäckande. Det ger oss en bredare bild och bättre möjlighet att förstå vad som fungerar för patienter med behandling av läkemedelsberoende, säger Jeanette Westman.

Forskarna vill även undersöka om det finns gemensamma nämnare hos de patienter som haft svårt att trappa ned sin användning av beroendeframkallande läkemedel trots behandling. Förhoppningen är att få kunskap om vilka faktorer som påverkar utfallet vid nedtrappning.

– Vi kommer att genomföra djupintervjuer av patienter som hoppar av sin behandling på TUB-mottagningen för att undersöka om det finns något som förenar gruppen.

Utifrån resultatet kan behandlingen av patienter med läkemedelsberoende finkalibreras för att minska antalet avhopp och öka andelen positiva utfall, säger Sofia Lindmark.

SBR och primärvården i samarbete för att öka kunskapen kring läkemedelsförskrivning

Studien ingår i en större forsknings-satsning för att förbättra svensk beroendevård.

Flera av de patienter som får vård på TUB-mottagningen har från början fått sitt läkemedel förskrivet vid besök i primärvården. För att göra läkarkåren mer medveten om förskrivningen har SBR och Primärvårds kvaliteten, ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården, etablerat ett samarbete.

– Inom kort kommer det att vara möjligt för allmänläkare att, med hjälp av Primärvårds kvaliteten, se i vilken omfattning beroendeframkallande läkemedel förskrivs på den egna vårdcentralen. Det blir också möjligt för olika primärvårdsenheter att jämföra sig med varandra, säger Jeanette Westman.

Idag finns det få behandlingsrekommendationer för primärvården när det gäller läkemedelsberoende. Jeanette Westman hoppas att det nya vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende, som kommer att införas under 2020, ska ge en bra vägledning för primärvårds-läkare.

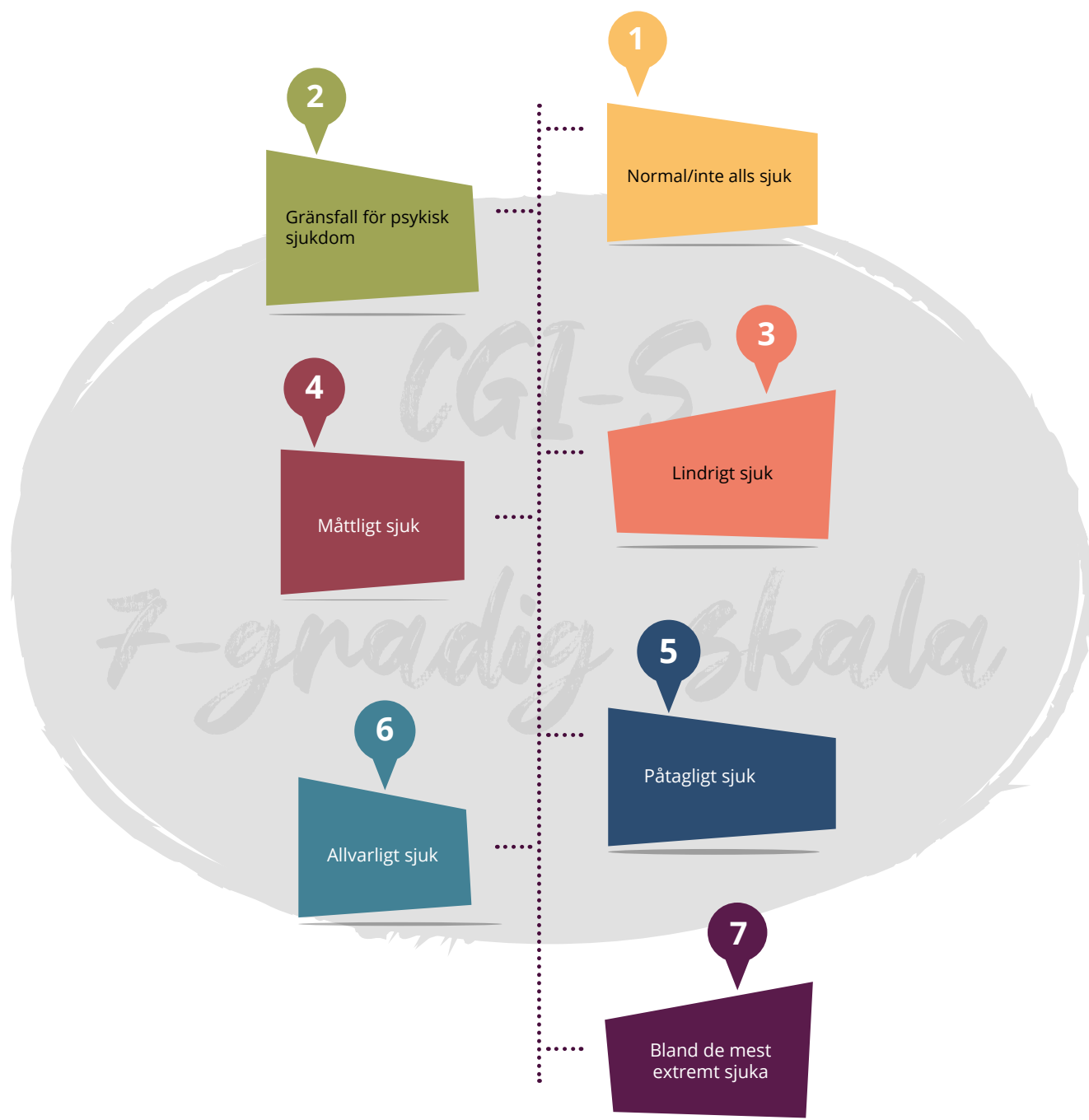
På sikt hoppas Jeanette Westman och Sofia Lindmark att det breda forskningsprojektet ska bidra till att färre blir beroende av läkemedel och att de som drabbas får behandling som ger goda möjligheter att bli läkemedelsfri.

Snart blir det möjligt för allmänläkare att se och jämföra olika vårdcentralers förskrivningar av beroendeframkallande läkemedel!



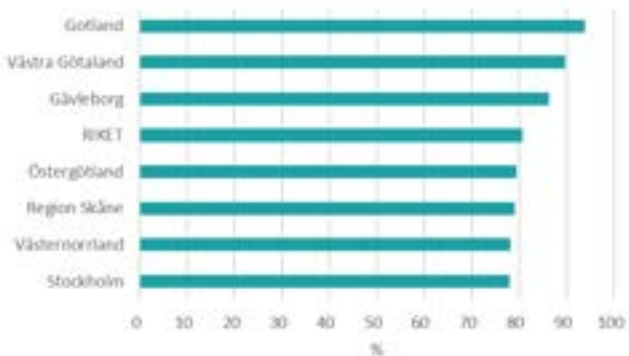
CLINICAL GLOBAL IMPRESSION (CGI-S)

CGI-S är en bedömerskattning som används inom psykiatrisk vård för att bedöma en sjukdoms svårighetsgrad. Skattningen kvantifierar behandlarens intryck av hur svårt psykiskt sjuk en patient är vid undersökningstillfället utifrån patientens dagsform. Symtomnivå, funktionspåverkan, samt sammanlagd effekt av psykiatriska diagnoser, ska vägas in i bedömningen. Bedömning görs efter nedan sjugradiga skala:



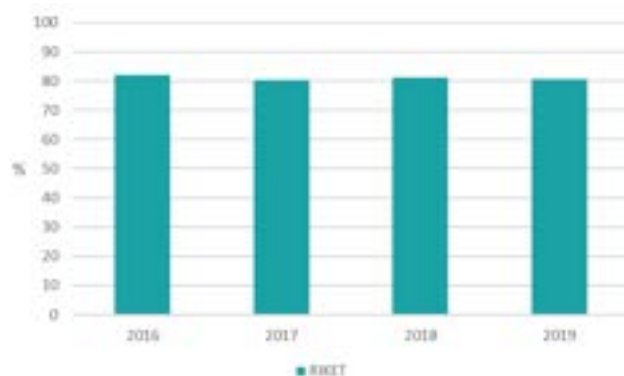
FIGUR 27

ANDEL MED FÖRBÄTTRAD ELLER OFÖRÄNDRAT CGI JÄMFÖRT MED FÖREGÅENDE MÄTNING PER REGION 2019



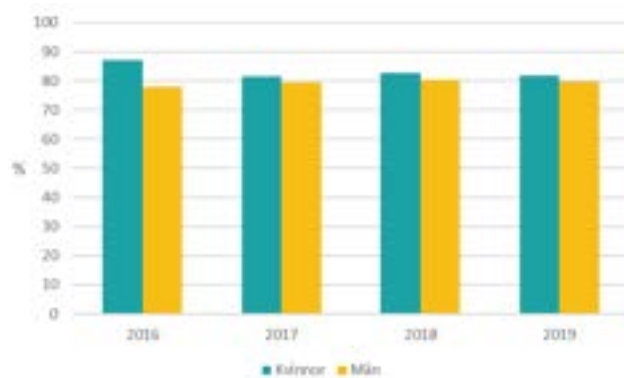
FIGUR 28

ANDEL MED FÖRBÄTTRAD ELLER OFÖRÄNDRAT CGI JÄMFÖRT MED FÖREGÅENDE MÄTNING PER ÅR I RIKET



FIGUR 29

ANDEL MÄN OCH KVINNOR MED FÖRBÄTTRAD ELLER OFÖRÄNDRAT CGI JÄMFÖRT MED FÖREGÅENDE MÄTNING



Figur 27 visar andel patienter med förbättrad eller oförändrad CGI-skattning jämfört med föregående mätning per region 2019. Mer än 70 procent av patienterna som stannade i behandling uppvisade samma eller förbättrad CGI i alla regioner. Eftersom aktivt beroende påverkar CGI mycket negativt så ses det som en behandlingsvinst om patienterna behåller samma nivå av CGI.

Eftersom aktivt beroende påverkar hälsan negativt ses det som en behandlingsvinst när en patient behåller samma hälsolivå över tid.

SJÄLVSKATTAD HÄLSA

EQ-5D är en skattningsskala för hälsorelaterad livskvalitet. I SBR:s formulär 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 30 visar att mellan 60-80 procent av patienterna som stannande i behandling hade samma eller en förbättrad självskattad hälsa jämfört med föregående mätning.

FIGUR 30

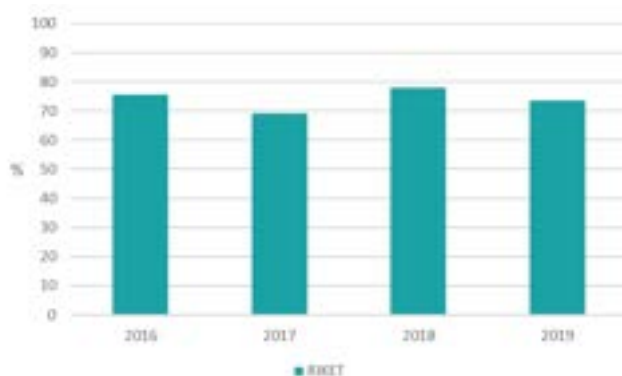
FÖRBÄTTRAD ELLER SAMMA SJÄLVSKATTADE HÄLSA JÄMFÖRT MED FÖREGÅENDE MÄTNING PER REGION 2019



Figur 31 visar att andelen patienter med förbättrad eller samma självskattad hälsa har legat runt samma nivå sedan mätningen startade 2016. I figur 32 syns det att det varierar mer bland kvinnor.

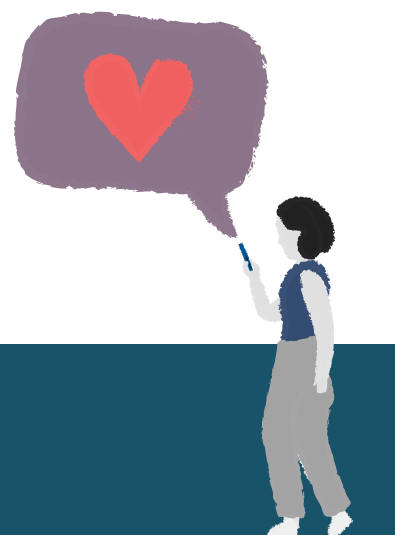
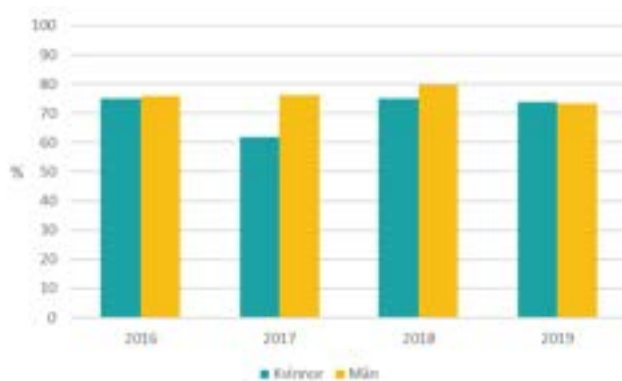
FIGUR 31

ANDEL MED FÖRBÄTTRAD ELLER SAMMA SJÄLVSKATTAD HÄLSA JÄMFÖRT MED FÖREGÅENDE MÄTNING PER ÅR I RIKET



FIGUR 32

ANDEL MED FÖRBÄTTRAD ELLER SAMMA SJÄLVSKATTAD HÄLSA HOS MÄN OCH KVINNOR JÄMFÖRT MED FÖREGÅENDE MÄTNING



ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL VID ALKOHOLBEROENDE

Behandling med återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende syftar till att alkoholkonsumtionen ska upphöra eller minska och därigenom även minska alkoholrelaterade problem och skador. Det kan användas generellt inom hälso- och sjukvården och inte enbart inom beroendevården.

Läkemedelsbehandling ska följas upp regelbundet och bör ges i kombination med samtalsbehandling samt medicinska råd och stöd. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderas att personer med alkoholberoende behandlas med återfallsförebyggande läkemedel som disulfiram, akamprosats eller naltrexon.

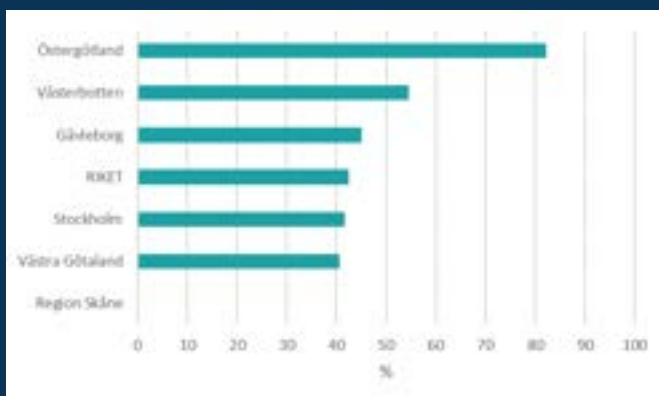


Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling vid alkoholberoende är en rekommenderad men underutnyttjad behandling inom öppenvården. Tidigare har en angiven rekommendation i Kloka listan* varit att öka användningen av akamprosats, naltrexon och disulfiram vid alkoholberoende, tillsammans med uppföljning av behandling.

**Kloka listan är ett material från Region Stockholms läkemedelskommitté. Syftet med listan är att ge underlag för att välja effektiva och säkra läkemedel.*

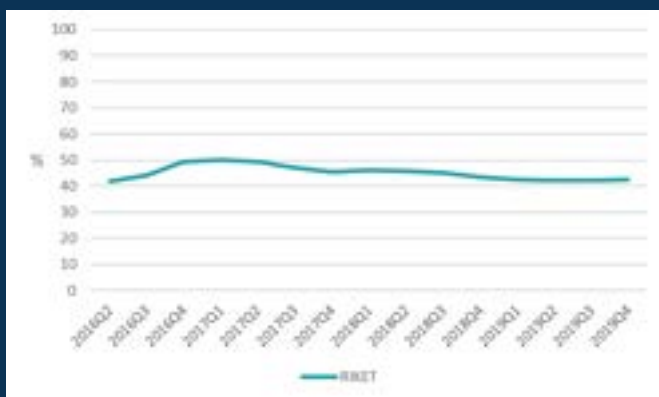
FIGUR 33

ANDEL SOM FÅR ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL
VID ALKOHOLDIAGNOS PER REGION 2019



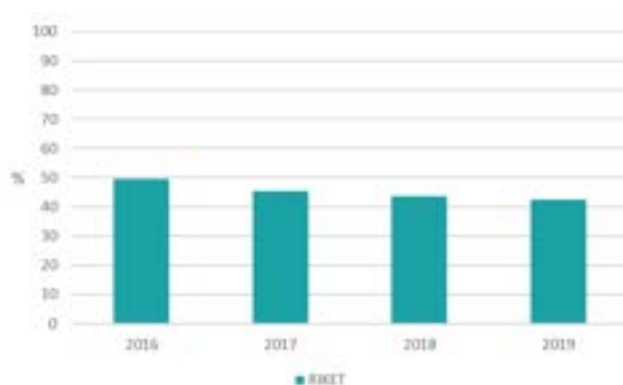
FIGUR 34

ANDEL SOM FÅR ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL
VID ALKOHOLDIAGNOS PER KVARTAL I RIKET



FIGUR 35

ANDEL SOM FÅR ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL VID ALKOHOLDIAGNOS PER ÅR I RIKET



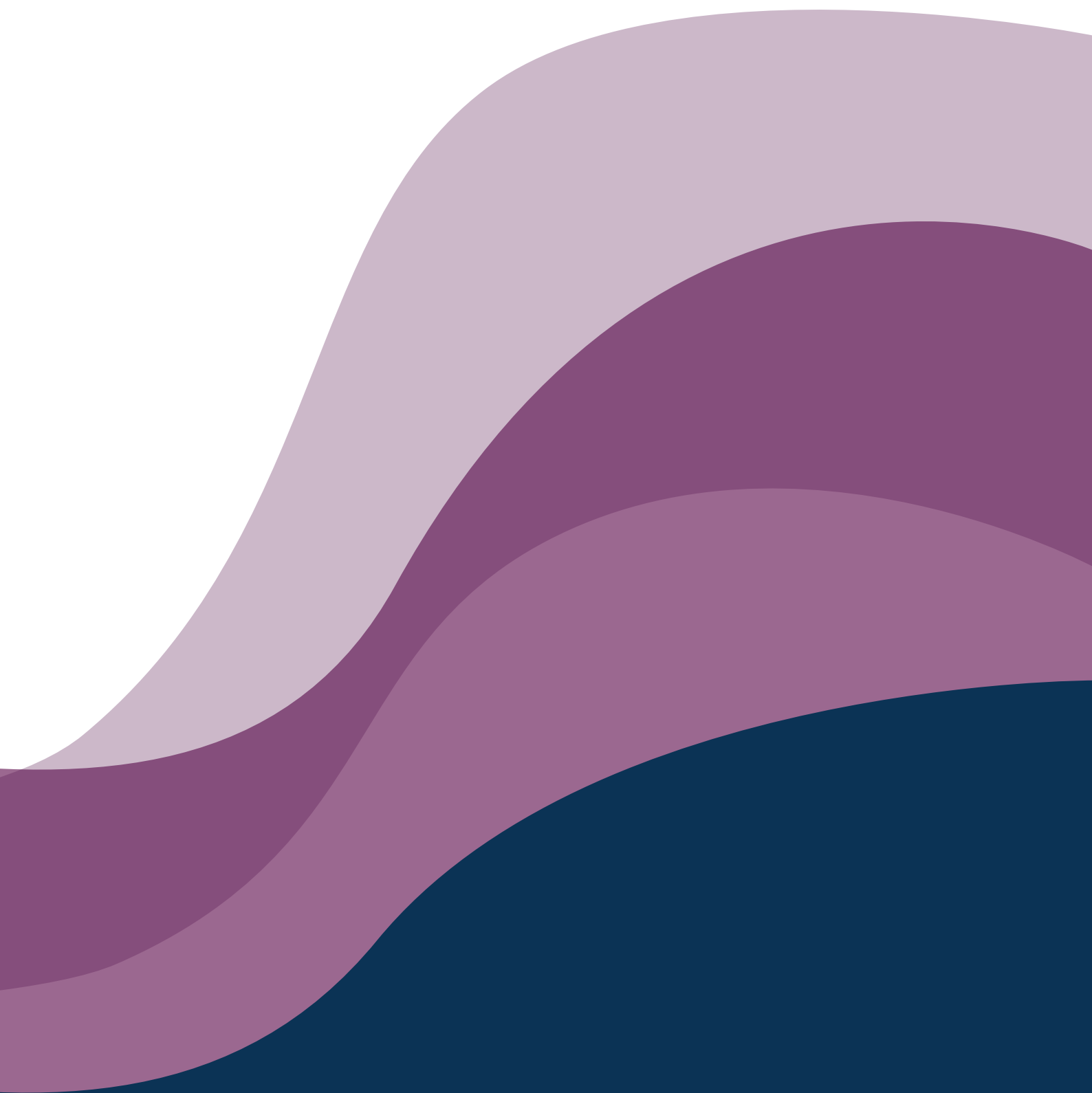
Andelen som får återfallsförebyggande läkemedel har sedan 2016 sjunkit med nästan **10 %**

FIGUR 36

ANDEL KVINNOR OCH MÄN SOM FÅR ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL VID ALKOHOLDIAGNOS



De senaste två åren har fördelningen mellan andelen kvinnor och män som får återfallsförebyggande läkemedel varit likvärdig





VILKA SKILLNADER FINNS I DEN VÅRD OCH DET STÖD SOM HEMLÖSA KVINNOR OCH MÄN FÅR? HUR KAN HEMLÖSA KVINNOR FÅ ÖKAT INFLYTANDE I ARBETET FÖR EN JÄMLIK HÄLSA?

.....

I Sverige lever över 33 000 personer i hemlöshet. Av dessa är cirka 40 procent kvinnor och antalet ökar*. Trots detta är mörkertalet av kvinnor i hemlöshet stort och studierna få, något som Elisabet Mattson tar ett grepp om i sitt nya forskningsprojekt *Jämlik vård till kvinnor som lever i hemlöshet*.

*Hemlöshet 2017 – Omfattning och karaktär, Socialstyrelsen, 2017

Hemlöshet bland kvinnor samvarierar med en ökad risk att utsättas för våld och sexuellt utnyttjande, fysisk och psykisk ohälsa samt socialt utanförskap och barnfattigdom*. Den forskning som finns visar att kvinnorna ofta har en komplex problematik och trimorbiditet, med vilket menas en kombination av både somatisk och psykisk ohälsa samt substansbrukssyndrom**.

Elisabet Mattsson är utbildad barnmorska och arbetar idag med forskning och utbildning på Ersta Sköndal Bräcke Högskola. För en tid sedan fick hon i uppdrag att forska om hemlöshet, ett forskningsprojekt som hon valt att rikta in mot specifikt kvinnor.

– Det finns en hel del forskning om manlig hemlöshet, men den stämmer sällan in på kvinnor. Kunskapen om kvinnor i hemlöshet i Europa är generellt låg och mörkertalet stort. Med mitt forskningsprojekt vill jag öka kunskapen om hur situationen ser ut för kvinnor med substansbrukssyndrom som lever i hemlöshet, säger Elisabet Mattsson.

Data från journaler och tre olika register – bland annat SBR

En annan minst lika viktig del för Elisabet Mattsson är att öka kvinnornas inflytande i utvecklingen av interventioner som bidrar till en mer jämlik vård och hälsa. Forskningsprojektet har Elisabet Mattsson valt att döpa till ”Jämlik vård till kvinnor som lever i hemlöshet”.

För att synliggöra skillnader i den vård och det stöd som kvinnor respektive män får, kommer forskarna i projektet att analysera data för båda grupperna. Exempel på delar som kommer att inkluderas

är ställda diagnoser, vilken typ av hjälp personerna söker, vilken vård och vilka läkemedel de får och hur fort går det för dem att få en bostad. Underlag kommer att samlas in via fyra delstudier, där bland annat data från folkbokföringsregistret, dödsorsaksregistret, SBR och journaldata kommer att användas.

– En doktorand ska avsättas till öppenvårdsmottagningen Pelarbacken som tar emot hemlösa från hela landet. Där kommer en viktig del vara att samla in och titta på data i SBR, säger Elisabet Mattsson.

Pelarbacken har årligen cirka 14 000 besök och 1 300 inskrivna, varav 40 procent är kvinnor. I registerdatan är det framför allt fyra variabler som forskarna ska titta på: diagnoser enligt ICD-10 (The International Classification of Diseases, tenth edition), självrapporterad användning av droger, alkohol- och drogrelaterade problem, hälsa samt livskvalitet.

”OHÄLSA KAN
ENDAST BEKÄMPAS
GENOM DELAKTIGHET
OCH INFLYTANDE

Kvalitativa delstudier för ökad delaktighet

Utöver delstudierna bestående av hård data, ingår även kvalitativa delstudier med syfte att öka gruppens inflytande och inkludera kvinnornas egna perspektiv, samt bättre kunna skildra det komplexa sambandet mellan hemlöshet, våldsutsatthet och substansbrukssyndrom.

– Ohälsa endast kan bekämpas genom delaktighet och inflytande. I ett hållbart samhällsbyggande behöver alla medborgare ha inflytande. Idag är det många marginaliserade grupper som saknar detta, däribland hemlösa kvinnor. Därför är kvinnornas delaktighet central för projektet, förklarar Elisabet Mattsson.

Ett tredje perspektiv genom samskapande dialog

Förutom individuella intervjuer kommer även att workshops att hållas med kvinnor inskrivna på Ersta Möjlighet, ett skyddat boende i Stockholm för våldsutsatta kvinnor med beroendeproblematik.

– Det här bidrar med ett tredje perspektiv, där vi utvinner kunskap och förståelse genom att ha en slags samskapande dialog mellan forskarna och kvinnorna. Det handlar om diskussioner, fältanteckningar och workshops för att utveckla ett konkret handlingsprogram för vården.

Sammantaget är en strävan med forskningsprojektet att bidra till förverkligande av Agenda 2030, med fokus på mål 3, God hälsa och välbefinnande, 5, Jämställdhet, samt mål 10, Minskad ojämlikhet.

– Studien är en viktig del i arbetet för ökad jämlik hälsa i Sverige. Det ligger i linje med forskningsområdet ”Människan i välfärds-samhället” där bland annat ökande socioekonomiska ojämlikheter, samt jämlik tillgång till vård och välfärdsinsatser, står i fokus.

Projektet planeras löpa fram till 2022.



* Chambers et al., 2014

** Beijer, af Klinteberg, Scheffel Birath och DeMartinis, 2018

Forskningsprojektet bidrar till förverkligande av tre mål i Agenda 2030

.....

ÖVERSIKT ANSLUTNA 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 (%)



			Tot reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel män (%)	Ålder (median)	Mest förekom- diagnos (%)	Annan psyisk sjukdom (%)
Blekinge	Beroendecenhets mottagning Karlskrona	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Beroendecenhets vårdavdelning Karlskrona	Sluten	31	.	.	90	50.0	F10 (71)	13
Dalarna	Avdelning 65 Falun	Sluten	0	0	0	.	.	.	.
	LARO-Mottagning Falun	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Psykiatrilmottagning Avesta	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Psykiatrilmottagning Borlänge	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Psykiatrilmottagning Gagnef	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Psykiatrilmottagning Hedemora	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Psykiatrilmottagning Leksand	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Psykiatrilmottagning Ludvika	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Psykiatrilmottagning Malung	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Psykiatrilmottagning Rättvik	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
Gotland	Beroendemottagning Visby	Öppen	56	23	33	61	41.0	F11 (88)	68
Gävleborg	Allmänpsykiatrisk vårdavdelning Gävle	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Beroendecentrum Bollnäs	Öppen	21	8	13	67	38.0	F10 (32)	29
	Beroendecentrum Gävle	Öppen	201	115	86	67	45.0	F10 (51)	30
	Beroendecentrum Hudiksvall	Öppen	62	41	21	65	50.0	F10 (44)	27
	Beroendecentrum Ljusdal	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Beroendecentrum Söderhamn	Öppen	35	20	15	66	51.0	F10 (50)	26
	Beroendecentrum Västra Gästrikland Sandviken	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Opialbehandling Hudiksvall	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Psykiatrisk Mottagning Söderhamn	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
Halland	Avdelning 24 Psykiatri Varberg	Sluten	234	.	.	74	48.0	F10 (63)	43
	Substitutionsmottagning Halmstad	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	TILMA Halmstad	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	TILMA Varberg	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatrimottagning Kungsbacka	Öppen	12	12	.	67	29.5	F19 (50)	100
	Vuxenpsykiatrimottagning Halmstad	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
Jämtland	Vuxenpsykiatrimottagning Varberg	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Avdelning 1B beroende Östersund	Sluten	0	0	0	.	.	.	.
Jönköping	Öppenvård beroende Östersund	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Beroendemottagningen Jönköping	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Psykiatriska mottagningen Eksjö	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Psykiatriska mottagningen Nässjö	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
Kalmar	Psykiatriska mottagningen Vetlanda	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Beroendecentrum Kalmar	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Vimmerby/Hultsfred	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Psykiatrisk mottagning Oskarshamn	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
Kronoberg	Psykiatrisk öppenvårdsmottagning Västervik	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Beroendemottagningen Växjö	Öppen	24	10	14	63	37.0	F11 (68)	54
Norrbottn	LARO Mottagning, Vuxenpsykiatri Sunderby Sjukhus	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.

		Föl reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel män (%)	Ålder (median)	Mest förekom. diagnos (%)	Annan psykiatrisk sjukdom (%)
Skåne	Läknemedelsmottagningen Luleå	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Missbruks och beroende avdelningen Luleå	Sluten	92	.	.	66	35.5 F19 (48)	75
	Närpsykiatrimottagning Kalix	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Psykiatri Gällivare	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Psykiatri Piteå	Öppen	10	4	6	50	33.0 F11 (100)	80
	Beroendecentrum DD-mottagning Malmö	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Beroendecentrum avd 2 Malmö	Sluten	0	0	0	.	.	.
	Capio Maria Helsingborg	Öppen	94	37	57	74	37.0 F11 (100)	33
	Capio Maria Lanskrona	Öppen	56	21	35	77	35.0 F11 (100)	39
	INM LÄRO mottagning	Öppen	16	16	.	69	42.0 F11 (100)	63
	LÄRO Befem	Öppen	45	10	35	76	41.0 F11 (100)	49
	LÄRO Psykiatri Ystad	Öppen	0	0	0	.	.	.
	LÄRO Sund Helsingborg	Öppen	11	9	2	73	41.0 F11 (100)	91
	LÄRO Sund Malmö	Öppen	0	0	0	.	.	.
	LÄRO mottagning Bokgatan	Öppen	135	28	107	81	50.0 F11 (100)	51
	LÄRO-mottagning Dröflninggatan	Öppen	44	15	29	73	40.5 F11 (100)	39
	LÄRO-mottagning Hasselgatan	Öppen	92	6	86	63	45.5 F11 (88)	46
	LÄRO-mottagning Helsingborg	Öppen	0	0	0	.	.	.
	LÄRO-mottagning Kristianstad	Öppen	32	12	20	56	37.0 F11 (100)	63
	LÄRO mottagning Lund	Öppen	19	11	8	74	40.0 F11 (91)	58
	LÄRO-mottagning Trelleborg	Öppen	47	2	45	70	37.0 F11 (91)	23
	Mottagning 1 Malmö	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Mottagning 3 Malmö	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Psykiatripartners Lund	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Ramlösa Social Utveckling Helsingborg	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Solsenen i Helsingborg	Öppen	15	10	5	73	34.0 F11 (89)	20
	Solsenen i Höör	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Solsenen i Lund	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.
	Solsenen i Ängelholm	Öppen	51	34	17	73	35.0 F11 (100)	51
	Södmottagningen Helsingborg	Öppen	0	0	0	.	.	.
	VO Vuxenpsyk. Kristianstad Öppenv. Kristianstad	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatrimottagning Beroende Kristianstad	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatri kvinnoteam Malmö	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatrimottagning beroende Helsingborg	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatrimottagning beroende Malmö	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatrimottagning beroende Triangeln Malmö	Öppen	0	0	0	.	.	.
Stockholm	Alkohol och Hälso Nord	Öppen	80	49	31	64	53.0 F10 (80)	13
	Alviks beroendemottagning	Öppen	432	217	215	72	42.0 F10 (51)	56
	Beroendecentrum Stockholm Helydagsvård	Sluten	7657	.	.	75	44.0 F10 (59)	41
	Beroendemottagningen Liljeholmsberget	Öppen	797	473	324	73	41.0 F10 (57)	50
	Beroenderadgivningen Norrtälje	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Botkyrka-Alby beroendemottagning	Öppen	311	203	108	74	43.0 F10 (51)	48

		Tot reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel män (%)	Ålder (medlan)	Mest förekom. diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)
C Maria Akut Intaget	Sluten	0	0	0	.	.	.	.
C Maria Avdelning 1	Sluten	16	.	.	50	46,0	F10 (63)	13
C Maria Gullmarsplan	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
C Maria LARO	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
C Maria Nackamottagningen	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
C Maria Neuropsyk	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
C Maria Södermalmsmottagningen	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
C Maria ÖV Beroende	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
Capio Hälldygnsvård för hemlösa	Sluten	0	0	0	.	.	.	.
Capio Hemlösa Öppenvård Petarbacken	Öppen	133	113	20	68	46,0	F10 (34)	56
Ewa-mottagningen	Öppen	241	91	150	0	44,0	F10 (58)	72
Fridhemsmottagningen	Öppen	67	46	21	91	36,0	F10 (27)	24
Häringe beroendemottagning	Öppen	271	189	82	70	43,0	F10 (56)	48
Huddinge beroende mottagning	Öppen	525	329	196	70	43,0	F10 (57)	54
Hässelbymottagningen	Öppen	284	159	125	67	44,5	F10 (48)	51
Konsultmottagningen 166	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
Lidingö beroendemottagning	Öppen	184	99	85	68	44,0	F10 (62)	47
Liljeholmens Livsstilsmottagning	Öppen	115	84	31	64	21,0	F12 (56)	43
Livsstilsmottagningen	Öppen	361	217	144	56	21,0	F10 (34)	51
Magnus Fluss mottagningen	Öppen	642	315	327	66	48,0	F10 (68)	54
Mottagning 44	Öppen	109	32	77	77	42,0	F11 (94)	45
Nynäshamn beroendemottagning	Öppen	101	55	46	70	39,0	F10 (44)	39
PRIMA Maria Avd 1 Öppenvård	Öppen	29	29	.	72	56,0	F10 (100)	24
PRIMA Maria Fri	Öppen	27	26	1	70	38,0	F10 (81)	33
PRIMA Maria LARO	Öppen	448	430	18	75	48,0	F11 (93)	37
PRIMA Maria Nacka beroende	Öppen	126	124	2	76	49,5	F10 (63)	23
PRIMA Maria Södermalm beroende	Öppen	61	61	.	67	51,0	F10 (69)	31
PRIMA Maria Ung	Öppen	27	27	.	67	22,0	F12 (33)	30
PRIMA Maria Värmdö beroende	Öppen	114	113	1	69	43,5	F10 (56)	32
PRIMA Maria ÖV Läkemedel	Öppen	50	49	1	72	49,5	F11 (48)	24
PRIMA Maria Öppenvård	Öppen	930	877	53	68	40,5	F10 (58)	49
Psykoaterapienhet	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
Resursteamet	Öppen	39	4	35	74	53,0	F11 (77)	51
Riddargatan 1	Öppen	1004	567	437	60	52,0	F10 (73)	15
Rinkeby KISlamottagningen	Öppen	281	139	142	79	42,0	F10 (42)	35
Rosenlunds mödravårdssteam	Öppen	108	56	52	1	29,0	F10 (26)	54
Rosenlunds mottagningen	Öppen	87	18	69	80	45,0	F11 (86)	41
S:t Eriks teamet	Öppen	90	23	67	68	48,0	F11 (69)	62
Salem- Nykvarns beroendemottagning	Öppen	57	35	22	72	41,0	F10 (65)	47
Sigtuna beroendemottagning Mårsta	Öppen	176	93	83	72	45,0	F10 (42)	59
Smärteamet Nord	Öppen	56	22	34	54	53,0	F11 (88)	39
Smärteamet Syd	Öppen	255	114	141	55	55,0	F11 (40)	47

		Tot reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel män (%)	Ålder (medan)	Mest förekom. diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)	
	Sollentuna beroendemottagning	Öppen	205	112	93	68	44,0	F10 (52)	58
	Solna Sundbybergs beroendemottagning	Öppen	477	337	140	70	42,0	F10 (56)	47
	Södertälje beroendemottagning	Öppen	282	174	108	68	42,0	F10 (53)	16
	TUB Mottagningen	Öppen	247	154	93	46	51,0	F13 (58)	56
	Team A3-Punkis	Öppen	20	4	16	55	54,5	F11 (65)	45
	Tub mottagningen Syd	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Tyresö beroendemottagning	Öppen	234	146	88	70	41,0	F10 (59)	39
	Täby Danderyd Vaxholm beroendemottagning	Öppen	227	132	95	73	44,0	F10 (60)	39
	Upplands Väsby beroendemottagning	Öppen	224	140	84	65	42,5	F10 (51)	56
	Vallentuna beroendemottagning	Öppen	80	46	34	75	41,0	F10 (50)	56
	Akersberga beroendemottagning	Öppen	176	95	81	70	46,0	F10 (46)	35
Södermanland	Beroendecentrum Mälarsjukhuset Eskilstuna	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Beroendemottagningen Nyköpings lasarett	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Beroendeteamet Kullbergsska sjukhuset	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Psykiatriska mottagningen Strängnäs	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
Sörmland	PIVA Nyköpings lasarett	Stuten	<10	<10	<10	.	.	.	.
Uppsala	Beroendemedicinska mottagningen Uppsala	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	LARO mottagningen Uppsala	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Psykiatriavdelning 4 Uppsala	Stuten	48	.	.	71	54,0	F10 (67)	31
	Psykiatridivisionens utvecklingsenhet Uppsala	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
Värmland	Beroendecentrum Vardavdelning 47 Karlstad	Stuten	61	.	.	67	42,0	F19 (59)	31
	LARO mottagningen Karlstad	Öppen	19	40	9	43	53,0	F11 (20)	33
	Psykiatrisk Öppenvård Kristinehamn	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Psykiatriska Öppenvården Karlstad	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
Västerbotten	Beroendepsykiatrisk mottagning Umeå	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Psykiatrisk avdelning beroende Skellefteå	Stuten	332	.	.	74	37,0	F19 (47)	55
	Psykiatrisk beroendemottagning Skellefteå	Öppen	37	37	.	68	38,0	F19 (49)	65
Västernorrland	LARO mottagningen Sundsvall	Stuten	<10	<10	<10	.	.	.	.
		Öppen	57	6	51	65	38,0	F11 (95)	19
	Psykiatrisk avdelning 7 Sundsvall	Stuten	207	.	.	71	41,0	F19 (46)	43
Västmanland	Avd 91 Västerås	Stuten	223	.	.	68	37,0	F10 (43)	17
	Beroendecentrum Västmanland	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Trekövar Västmanland Västerås	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
Västra Götaland	Avdelning 368	Stuten	23	.	.	83	27,0	F19 (70)	96
	Avdelning 369	Öppen	0	0	0	.	.	.	.
	Avdelning Nordhem	Stuten	76	.	.	88	54,0	F10 (98)	13
	Beroendecentret Falköping	Stuten	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Beroendemottagning Hisingen	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Beroendemottagning Kvinnor	Öppen	51	11	40	.	35,0	F10 (47)	98
	Beroendemottagning Olskroken	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	LARO mottagning Borås	Öppen	60	28	32	78	37,5	F11 (100)	58
	Psykiatrimottagning Knävelv	Öppen	0	0	0	.	.	.	.

		Tot reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel män (%)	Ålder (medlan)	Mest förekom. diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)
	Regional behandlingsenhet	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.
	Substitutionsmottagning 1 Högabo	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Substitutionsmottagning 2 Högabo	Öppen	49	27	22	88	41.0	F11 (98)
	Substitutionsmottagning Falköping	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Substitutionsmottagning Oskroken	Öppen	28	14	11	50	38.0	F11 (96)
	Substitutionsmottagning Östra Sjukhuset	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.
	Vuxenpsykiatri mottagning Linköping	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatri mottagning Marlestad	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatri mottagning Skövde	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatrisk beroendemottagning Borås	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Falköping	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Bäckebo	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Strömstad	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Uddevalla	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagning Mark Skene	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagn. Trollhättan	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagn. Vänersborg	Öppen	0	0	0	.	.	.
Örebro	Beroendecentrum Allmänmottagning Örebro	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Dopningsmottagning Örebro	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Kafsenmottagning Beroendecentrum Örebro	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Neuropsykiatrisk mottagning Beroendecentrum Örebro	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Opiatmottagningen Örebro	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Psykiatrisk avdelning Beroendecentrum Örebro	Stuten	197	.	.	71	40.0	F10 (28)
	Ungdomsmottagning Beroendecentrum Örebro	Öppen	0	0	0	.	.	.
Östergötland	Avdelning 28 Norrköping	Stuten	0	0	0	.	.	.
	Avdelning 34 Linköping	Stuten	103	.	.	82	54.0	F10 (65)
	Beroendemottagningen Linköping	Öppen	192	94	98	62	39.0	F10 (55)
	Beroendemottagningen Norrköping	Öppen	0	0	0	.	.	.
	Psykiatri och habiliteringsenheten Motala	Öppen	72	33	39	76	44.5	F10 (60)

ORDLISTA FÖRKORTNINGAR

ANDT – Alkohol, Narkotika, Dopning och Tobak: Ett område där regeringen tagit fram en strategi för att minska medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och tobak samt nå ett samhälle fritt från narkotika och dopning

BISAM – Brukarinflytandesamordnare

CAN – Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

CPUA – Centralt personuppgiftsansvarig

INCA – IT-plattform för register, inklusive SBR

IVR-verktyg – Verktøy i Take Care för Insamling, Validering, Rapportering

LAROS – Läkemiddelsassisterad rehabilitering av opiatberoende

NAG – Nationella arbetsgrupper

NPDi-projektet – Projekt inom Nationella programmet för datainsamling

NPO Psyisk Hälsa – Nationellt programområde för psykisk hälsa

PREM – Mått avseende patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården

PROM – Patientrapporterade mått

PROMIS – Patient-Reported Outcomes Measurement Information System: Informationssystem för patientrapporterade resultat med syfte att ge kliniker och forskare tillgång till självrapporterade mått avseende hälsa, inklusive symtom, funktion och välbefinnande

RC – Registercentrum för SBR i Västra götalandregionen (VGR)

RFHL – Riksförbundet för hjälp åt läkemedels- & narkotikabrukare

RS – Region Stockholm

SBR – Svenskt Beroenderegister

SKR – Sveriges kommuner och regioner

SLSO – Stockholms Läns Sjukvårdsområde

VGR – Västra götalandregionen

VIP – Vård- och insatsprogram (för missbruk och beroende)

ViS – Vården i siffror

US – Föreningen Utan Skyddsnät

DATASKYDDSFÖRORDNINGEN GDPR

SBR har genomfört erforderliga anpassningar till dataskyddsförordningen GDPR.

Registret har tagit fram patientinformation om manuell inmatning och direktöverföring från journal. Informationen finns tillgänglig både analogt (affischer och foldrar) och digitalt (webbplatsen). På webbplatsen finns även information på lättläst svenska.

I patientinformationen beskrivs hur SBR arbetar med dataskydd, vilka rättigheter som finns samt hur patienterna kan göra dem gällande. SBR värnar om personlig integritet och eftersträvar en hög nivå av dataskydd för de personuppgifter som behandlas i registret.

Läs gärna mer om dataskyddsförordningen på SBR:s hemsida www.sbr.registercentrum.se

Text och layout: Lydia Darmark där inget annat anges
Informationsägare: Johan Franck och Jeanette Westman
Statistik: Jonas Hällgren
Foto: Unsplash där inget annat anges

.....
Kontakt: sbr_region_stockholm_slso@sll.se



Svenskt Beroenderegister

För bättre
beroendevård
