



BÄTTRE
BEROENDEVÅRD

ÅRSRAPPORT 2021

Bättre Beroendevård är ett nationellt kvalitetsregister för den specialiserade beroendevården i Sverige. Registret är utformat för att mäta centrala kvalitetsindikatorer i relation till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Målet med registret är att bidra till en bättre beroendevård.

Centralt personuppgiftsansvarig myndighet (CPUA)

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

Namnbyte

Svenskt Beroenderegister (SBR) har bytt namn till Bättre Beroendevård.

Registerhållare

Johan Franck, professor och verksamhetschef, Beroendecentrum Stockholm

Biträdande registerhållare

Jeanette Westman, professor, Beroendecentrum Stockholm

Koordinator

Joanna Kåredal, Beroendecentrum Stockholm

Registercentrum och registerplattform

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

Webbplats

battereberoendevard.registercentrum.se/

Styrgrupp 2021

Johan Franck, verksamhetschef Beroendecentrum Stockholm

Andrea Johansson Capusan, överläkare Psykiatriska kliniken, Linköping

Lennart Halvardsson, brukarrepresentant RFHL riksförbund

Mika Gissler, professor i epidemiologi och statistik, Karolinska Institutet, Stockholm

Åsa Magnusson, överläkare Karolinska Institutet, Stockholm

Ingemar Rosén, brukarrepresentant Länkarnas Riksförbund

Karina Stein, områdeschef Beroendecentrum, Malmö

Mikael Sandell, överläkare PRIMA/Svensk förening för Beroendemedicin

David Eberhard, överläkare PRIMA, Stockholm

Victor Lindfors, överläkare Beroendecentrum Stockholm, ordförande NAG missbruk och beroende (NPO psykisk hälsa)

Med kurs mot en Bättre Beroendevård!

Antalet registreringar i Bättre Beroendevård har under 2021 fortsatt att öka. I takt med att fler enheter ansluter sig ökar registrets kliniska nytta. Bättre beroendevård utvecklas kontinuerligt för att allt bättre uppfylla det primära målet: att bidra till en kunskapsstyrd och jämlik beroendevård.

En rad insatser under det gångna året har stegvis tagit oss framåt. Lanseringen av de nya visningsytorna har gjort utdata mer lättillgängliga för utvecklings- och förbättringsarbeten. Införandet av 11 kvalitetsindikatorer i VIP, vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende, underlättar uppföljning, utvärdering och jämförelse av resultat mellan enheter och verksamheter. Ökad användning av digitala möten och utbildningar har effektiviserat användarstödet till våra över hundra anslutna enheter.

Samtidigt som pandemin har inneburit stora påfrestningar för vården har den påskyndat en digital utveckling som på flera sätt effektiviserar arbetet med kunskapsstyrning. Möten och utbildningar via videolänk har blivit ett naturligt inslag, och en accelererad utveckling inom IT och digitala system underlättar arbetet med strukturerade data och direktöverföring. Övergången till direktöverföring i Region Skåne och Region Stockholm har haft en positiv effekt på registrets täckningsgrad, varpå målsättningen är att ansluta fler regioner framöver.

Om Samsjuklighetsutredningens förslag om en samordnad beroendevård under regionernas hälso- och sjukvård går igenom väntar stora förändringar, och kvalitetsregistret Bättre Beroendevård kommer att bli en allt viktigare källa för uppföljning och utvärdering.

Det starka engagemanget för förbättring som vi möter hos våra användare ute på enheterna gör oss motiverade och hoppfulla. Med målinriktat arbete och övertygelse om att vården måste bygga på solid kunskap fortsätter vi vårt arbete för en bättre beroendevård!

Johan Franck

Registerhållare Bättre Beroendevård

Innehåll

Förord: Med kurs mot en bättre beroendevård	3	Täckningsgradsanalys		Metadondoseringar, figurer	33	Aktuell vårdplan	56
Om Bättre Beroendevård		Täckningsgradsanalysen idag	16	Samsjuklighetsutredningen	34	Överlevnad vid LARO	58
Syfte	6	Risk för falskt låg täckningsgrad	17	Patientupplevda mått EQ-5D	36	Delirium tremens	60
Inklusionskriterium	6	Utveckling av anslutnings- och täckningsgradsanalys i samarbete med Socialstyrelsen	17	Clinical Global Impression, CGI-S	38	Översikt anslutna enheter	62
CPUA och riktlinjer	7	Utdata		Statistik		Patientinformation och GDPR	64
Sammansättning av styrgrupp	7	Nya utdatamöjligheter	18	Antal registreringar	40	Ordlista förkortningar	65
Karta anslutna enheter	8	Utbildning och fortsatt utveckling	18	Fördelning på ålder, kön och diagnos	42		
Samverkan med NPO		Nationella kodverk	19	Mortalitet och dödsorsaker	47		
Psykisk hälsa	9	Intervju: Stela siffror blev till figurer som visualiseras i realtid	20	Statistik kvalitetsindikatorer			
Central datakälla för kvalitetsindikatorer	9	Nya utdatamöjligheter ger nytt värde för användarna, figur	23	Minskat alkoholintag	48		
		Datakvalitet och validering		Återfallsförebyggande läkemedel	49		
Intervju: Bättre Beroendevård ovärderlig källa för kunskapsstyrningen	10	Validering av data	25	Ökad hälsa	51		
Kunskapsstyrning för en jämlik vård	12	Datakvalitet och bortfall av data	25	Sysselsättning	52		
Unik datakälla för LARO-vård	13	Utvecklingsarbetet under året	26	Boende	53		
Anslutning, registrering och täckning		Fokusområden framåt	28	Minderåriga barn	54		
Anslutning och anslutningsgrad	14	Fortsatt fokus på LARO	30				
Täckningsgrad	14	Samordnad individuell plan vid LARO-vård	32				
Registreringsmetod och registreringsgrad	14						
Ifyllnadsgrad	15						

Syfte med kvalitetsregistret Bättre Beroendevård:

Inklusionskriterium:

Patienter över 18 år med beroendediagnos (ICD-10-kod, F10-19) i specialiserad beroendevård.

➔ Bidra till utveckling och förbättring av beroendevården.

➔ Bidra till en kunskapsstyrd beroendevård.

➔ Mäta och följa upp kvalitetsindikatorer inom beroendevården.

➔ Utvärdera effekten av medicinsk och psykosociala insatser för patienter med beroende.

➔ Möjliggöra jämförelser inom och mellan vårdenheter, organisationer och regioner.

CPUA och riktlinjer

Centralt personuppgiftsansvarig (CPUA) myndighet för Bättre Beroendevård är SLSO. SLSO 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

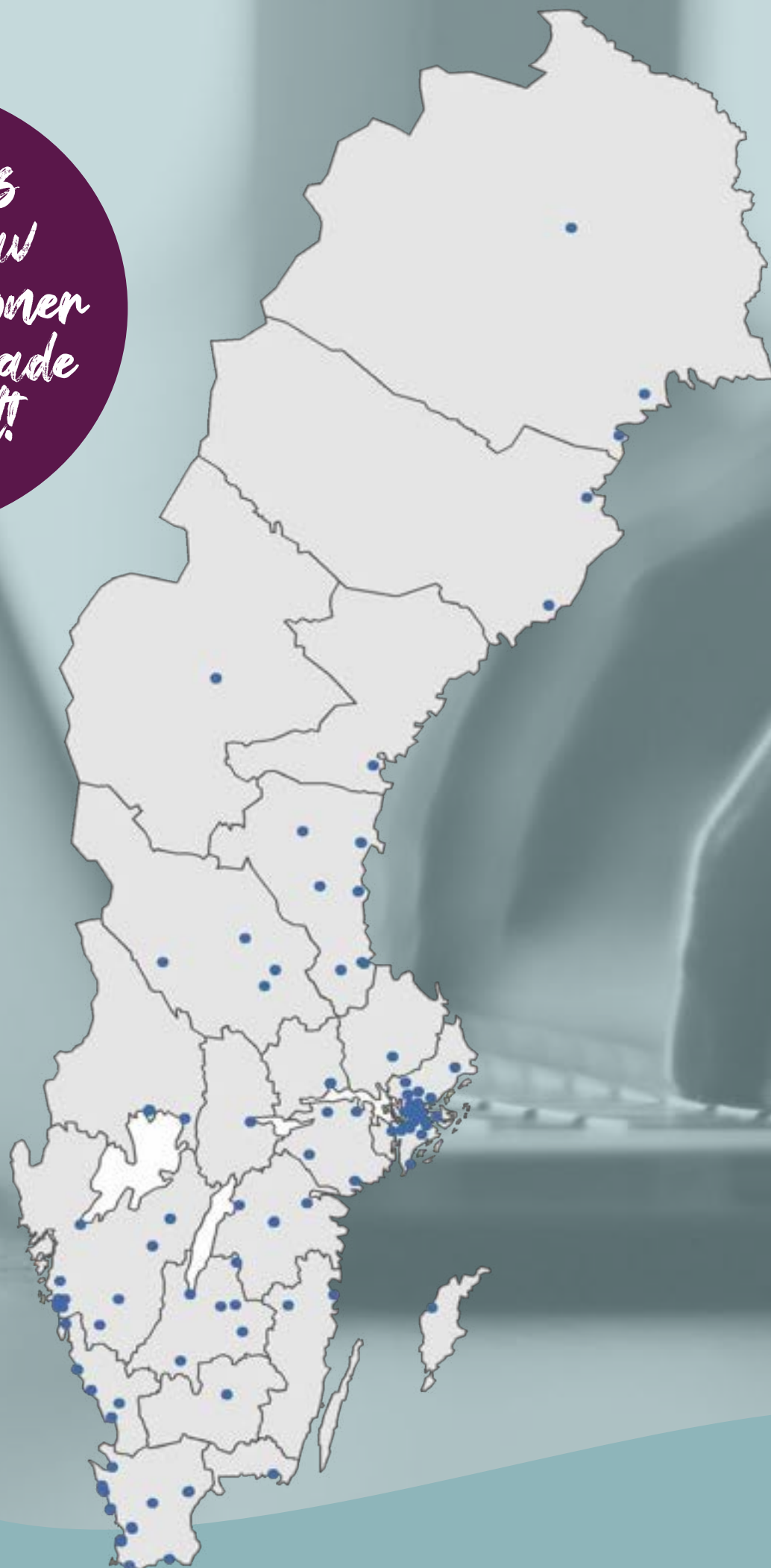
Bättre Beroendevårds styrgrupp representerar kliniker och verksamheter nationellt. Det finns två nationella brukarorganisationer representerade i styrgruppen: Sällskapen Länkarnas Riksförbund och RFHL.

Här finns en stor spridning av olika kompetenser, inom såväl klinisk verksamhet som vårdorganisation, IT, forskning, epidemiologi och registerkunskap.

Styrgruppen träffas regelbundet för att diskutera olika frågor som rör registret och arbetar tillsammans aktivt med att utveckla registret i enlighet med de kriterier och mål som finns fastställda för nationella kvalitetsregister.

Registrets styrgrupp har också ett nära samarbete med Svensk förening för beroendemedicin och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).

*Idag finns
samtliga av
landets regioner
representerade
i registret!*



Nationell kunskapsstyrning i samverkan med NPO Psykisk hälsa

Genom det nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård bidrar Bättre Beroendevård till en mer jämlik, kunskapsbaserad och resurs-effektiv beroendevård.

I samverkan med det nationella programområdet (NPO) Psykisk hälsa har registret uppdaterat och optimerat kvalitetsindikatorer, som under året har kunnat implementeras i VIP, vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende. På sidorna 10-11 berättar Victor Linfors, ordförande för den nationella arbetsgruppen (NAG) som ansvarar för VIP, mer om arbetet med kvalitetsindikatorer och dess betydelse för beroendevården.

Datakälla för flera av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer

Kvalitetsregistret Bättre Beroendevård är en central datakälla för flera kvalitetsindikatorer inom beroendevården. Socialstyrelsen använder registret som datakälla för olika nationella mätningar och uppföljningar.

Bättre Beroendevård ovärderlig källa för kunskapsstyrningen

INTERVJU MED VICTOR LINDFORS, ORDFÖRANDE FÖR DEN NATIONELLA ARBETSGRUPPEN (NAG) FÖR MISSBRUK OCH BEROENDE

Text: Helena Grundström

Vad är syftet med det nationella Vård- och insatsprogrammet (VIP) för missbruk och beroende?

- Det är ett sätt att systematiskt samla in och samordna kunskapsunderlag, som finns på många olika platser och nivåer inom vården. Det kan handla om allt från regionala vårdprogram till riktlinjer från Socialstyrelsen. Vi arbetar med att gemensamt komma fram till hur vi utifrån kunskapsunderlagen kan erbjuda patienterna den bästa möjliga vården.

Hur ser samarbetet mellan NAG för missbruk och beroende och Bättre Beroendevård ut?

- Det är när vi vill följa upp och utvärdera att vi arbetar enligt kunskapsunderlaget som kvalitetsregistret kommer in. Vi har i samarbete med Bättre Beroendevård valt ut 11 kvalitetsindikatorer som dels visar på vad som pågår, som säger oss något om verkligheten, och dels kan presenteras på ett evidensbaserat, tydligt och

pedagogiskt sätt.

- Rent praktiskt fungerar det så att representanter för Bättre Beroendevård på regelbunden basis deltar i den nationella arbetsgruppens (NAG) möten. På så sätt blir deltagarna insatta i registrets arbete. Att öka kännedomen om registret och få upp täckningsgraden är en jätteviktig bit. Sedan sitter jag själv med i Bättre Beroendevårds styrgrupp som representant för NAG:en.

- Samarbetet mellan Bättre Beroendevård och NAG är fortfarande ganska ungt. Det har till att börja med handlat om att få allt på plats. Nu kommer vi att fortsätta följa upp och utvärdera, och efter behov ta bort eller ta fram nya kvalitetsindikatorer. Det kommer att vara ett fortgående arbete.

Vilken roll spelar Bättre Beroendevård för VIP's arbete?

- Bättre Beroendevård har en avgörande roll för

att skapa trovärdighet och förankring för vårt arbete. Genom registret får vi ett ömsesidigt utbyte i kunskapsstyrningen. Vi får in data på vad som händer ute i verkligheten, information som bidrar till ny kunskap. Styrningen kan inte bara komma uppifrån. Här är kvalitetsregistret en ovärderlig källa.

På vilket sätt kan programmet bidra till att patienten i högre grad blir medskapare till sin vård snarare än bara mottagare?

- Dels så har vi med brukarrepresentanter i NAG:en, för att redan från början ha

"Vi måste själva tro för att kunna förmedla hoppfullhet och trygghet till patienterna."

"Styrningen kan inte bara komma uppifrån. Här är kvalitetsregistret en ovärderlig källa."



Foto: Jonna Engwall

med patientperspektivet. Sedan är det ju viktigt att den kunskap som kommer fram når ut till personalen som möter patienterna, att de har kännedom om vilka alternativ som ska erbjudas och kan förmedla den till patienten.

Men hur kan man säkerställa att informationen når hela vägen fram till patienten?

- Det är de regionala arbetsgrupperna som med hjälp av olika implementeringsverktyg ser till att kunskapen når fram i organisationen. Regionerna behöver ha uppdaterade och evidensbaserade arbetssätt. Här blir igen kvalitetsregistren viktiga. Med hjälp av feedback från Bättre Beroendevård kan

vi följa upp och se vad som fungerat bra och mindre bra.

Hur ser det fortsatta arbete med VIP ut?

- Vi kommer fortsätta att uppdatera och komplettera med sådant som saknas. Till exempel behöver vi arbeta mer med barn- och ungaperspektivet. Vi kommer även att intensifiera samarbetet med Bättre Beroendevård för att säkerställa att vi har relevanta och levande kvalitetsindikatorer.

- Vi kommer också att ta fram filmer och annat informationsmaterial på en nationell nivå, som sedan kan användas regionalt. På så sätt når samma kunskap ut i hela landet.

Hur ser dina förhoppningar ut inför vad VIP kan uppnå?

- De olika kontaktytorna som uppstår är enormt viktiga. Vi inspireras av varandra och känner att vi tar gemensamma tag. Det skapas en kreativitet i dialogen, man får ett helhetsperspektiv när man lyfter blicken och kommer bort från att släcka bränder. Man flyttar fokus till ett mer hållbart och långsiktigt perspektiv.

- Med gemensamma krafter kan vi erbjuda den trygghet en patient med svår problematik behöver. Genom samarbetsytorna håller vi uppe tron på en kunskapsbaserad och jämlik beroendevård – vi måste själva tro för att kunna förmedla hoppfullhet och trygghet till våra patienter!

Kunskapsstyrning för en jämlik vård

I Sverige har vi ett nationellt system för kunskapsstyrning, med målet att vården ska vara kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv. Systemet verkar för att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvård, och att kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Kunskapsstyrningen leds av 26 nationella programområden (NPO). Åtta nationella samverkansgrupper (NSG) leder och samordnar regionernas gemensamma arbete inom olika områden.

Vård- och insatsprogrammet (VIP) för missbruk och beroende är ett sådant insatsområde, som bedrivs inom NPO psykisk hälsa. Uppdraget består i att:

- ➡ Identifiera kunskapsbehov relevanta för VIP missbruk och beroende.
- ➡ Utveckla nationella kvalitetsindikatorer som tas fram i samarbete med kvalitetsregister.
- ➡ Ta fram implementeringsstödande åtgärder relaterat till VIP.

Fortsett
fokus på
LARO

Unik datakälla när det gäller LARO-vård

När det gäller läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende (LARO) är Bättre Beroendevård en unik datakälla, då det idag inte går att få samma uppgifter om LARO-vården från någon annan källa. Registret är det enda i Sverige som inkluderar både patienter som får underhållsbehandling med opioider på recept och patienter som får rekvisition. Då många av patienterna i LARO-behandling får rekvisitionsläkemedel och därför inte rapporteras till läkemedelsregistret, är Bättre Beroendevård en viktig datakälla.

Utvecklingen inom LARO-vården går snabbt med många nya läkemedel och beredningsformer. Det är högst angeläget att följa upp användningen och effekten av dessa, och registret jobbar aktivt för att nå ut till fler LARO-enheter och att hjälpa dem öka sitt registreringsantal. Forskningsprojekt inom området håller på att startas upp.

Som ett led i Bättre Beroendevårds insatser för att särskilt stötta förbättringsarbeten och uppföljning inom LARO-vården kommer ett separat formulär för registrering av LARO-patienter att tas fram under 2022. Dessutom kommer det bli möjligt för enheterna att ta ut en sammansatt rapport för LARO. Mer om utvecklingsarbetet inom LARO finns att läsa på s. 30 - 33.

Anslutning, registrering och täckning

Anslutning och anslutningsgrad

Bättre Beroendevård är ett stort psykiatriskt kvalitetsregister med över hundra anslutna enheter som bedriver specialiserad beroendevård. Samtliga regioner finns representerade i Bättre Beroendevård och anslutningsgraden uppskattas som i det närmaste heltäckande.

Registret kontakter för närvarande alla regioner för att få en aktuell lista över specialiserade beroendeenheter. När detta arbete är klart kommer en ny anslutningsgradsanalys att kunna genomföras.

Täckningsgrad

Ökad täckningsgrad är ett fortsatt centralt mål för Bättre Beroendevård. Med fler registrerande enheter och ett ökat antal registreringar ökar registrets relevans. För att beräkna registrets täckningsgrad arbetar Bättre Beroendevård med Socialstyrelsens registerservice som har i uppdrag från staten att hjälpa registren med täckningsgradsanalyser. Den senaste mätningen visade en täckningsgrad på 28 procent.

Registret kommer fortsätta utvecklingsarbetet ihop med Socialstyrelsen för att få en mer tillförlitlig täckningsgradsanalys.

Registreringsmetod och registreringsgrad

Användningen av Bättre Beroendevård fortsätter i positiv riktning med både fler användare och flera regioner på väg att slutföra övergången till direktöverföring. Antalet registreringar har under 2021 ökat till över 115 000. Således har registret lyckats öka andelen registreringar, trots pandemin som på flera håll

medfört både färre antal besök och tuffare omständigheter på klinikerna. Trenden med ökat antal registreringar är särskilt tydlig i regioner med direktöverföring.

Region Stockholm har helt gått över till direktöverföring, och Region Skåne har implementerat direktöverföringen från slutenvården under 2021. Region Kalmar har kommit långt i processen och beräknas starta med direktöverföring under året. Bättre Beroendevård arbetar stödjande för att fler regioner ska kunna komma igång.

Utöver arbetet med direktöverföring har Bättre Beroendevård fortsatt vidareutveckla registreringsverktygen. Databasen har uppdaterats till en modernare och mer effektiv version och de manuella registreringsformulären har förenklats ytterligare. Återkopplingen från användarna kring de nya formulären har varit mycket positiv och antalet manuella inmatningar har fått en kraftig ökning.

Ifyllnadsgrad

Ifyllnadsgraden beskriver hur många av registrets frågor som har besvarats i formulären. Ifyllnadsgraden är i stort sett komplett för alla enheter i riket som registrerar via elektroniska formulär. Däremot har journalintegration och direktöverföring i viss mån minskat ifyllnadsgraden, även om det samtidigt lett till ökad registreringsgrad. Detta på grund av internt bortfall på vissa variabler/sökord. För att öka ifyllnadsgraden behövs rutiner för en strukturerad journalföring.

Bättre Beroendevård arbetar tillsammans med privata och offentliga aktörer inom beroendevården för att förbättra rutinerna vid journaldokumentation. Ifyllnadsgrad återrapporteras regelbundet till verksamheterna.

Täcknings- gradsanalys

Täckningsgradsanalysen idag

Täckningsgradsanalysen från Socialstyrelsens registerservice genomförs på individnivå och inkluderar enheter från hela landet. Både öppenvård och slutenvård ingår. Analysen görs genom att matcha registreringar i Bättre Beroendevård 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 slutenvård med huvuddiagnos F10-F19. För att ingå i statistiken från öppenvården krävs minst två besök vid olika datum under det senaste året. Urvalet ur Bättre Beroendevård 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 Bättre Beroendevård endast inkluderar patienter från specialiserad beroendevård. Detta blir en felkälla som leder till en falskt låg täckningsgrad för registret. Jämförelseparametrarna behöver utvecklas ytterligare men i nuläget betraktas analysen som den mest heltäckande som finns att tillgå.

Utveckling av anslutnings- och täckningsgradsanalys i samarbete med Socialstyrelsen

Det finns idag ingen komplett lista över de enheter i Sverige som genomför en specialiserad beroendevård, så under 2022 planerar Bättre Beroendevård att kontakta alla regioner för att identifiera dessa enheter. En sådan lista kommer att användas som underlag för att genomföra inte bara en anslutningsgradsanalys utan även utgöra underlag för framtida täckningsgradsanalys.

Fokus på
utveckling och
förbättring
av analys

Utdata

Läs mer om utdata
i intervjun med
registrets statistiker
Härje Widing på
följande sidor.

Nya utdatamöjligheter (visningsytor)

Det har länge funnits en efterfrågan från enheterna att på ett lättöverskådligt sätt kunna se hur de ligger till med antal registreringar, andel av patienter som ingår i LARO-programmet eller andra kvalitetsindikatorer. Bättre Beroendevård har nu skapat nya utdatamöjligheter som gör det möjligt för enheterna själva att visualisera och kontrollera sin data efter säker inloggning på registerplattformen INCA.

Under 2021 låg fokus på att leverera utdata så att enheter och vårdgivare kan se hur de ligger till och eventuella förändringar. För att täcka upp för alla enheters efterfrågan på olika data har visningsytorna över 100 olika figurer och inkluderar kvalitetsindikatorer framtagna av vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende. Det finns även möjligheter att skapa egna figurer och korstabeller från variabler i registret, vilket gör det enkelt att hämta och visualisera data om den egna enheten på ett sätt som inte tidigare varit möjligt.

Utbildning och fortsatt utveckling

Visningsytorna är idag fullt funktionella, och kommer att fortsätta utvecklas och förbättras under hela 2022. Under året kommer Bättre Beroendevård att erbjuda utbildningstillfällen med varje region för att gå igenom hur visningsytorna används på bästa sätt för att få ut de siffror och figurer som efterfrågas. Användarna får även möjlighet att ställa frågor, komma med feedback och eventuella förslag till förbättringar. Den respons som har kommit in så här långt pekar mot att användarvänligheten och tillgängligheten hos de nya visningsytorna kan leda till en större efterfrågan samt en bättre datakvalitet för hela registret.

Nationella kodverk

Kvalitetsregistret Bättre Beroendevård är drivande i arbetet med en gemensam och systematisk dokumentation inom beroendevården. Gemensamma termer och koder (sökord) vid dokumentering har stor inverkan på implementeringsarbetet och möjligheten till direktöverföring.

Bättre Beroendevård har genomfört ett stort arbete med NPDi för att koppla registrets frågor till nationella kodverk, såsom

ICD-10 (diagnoskoder), KVÅ (åtgärds-koder), ATC (läkemedelskoder) och SNO-MED CT (Systematized Nomenclature of Medicine). Detta gör det möjligt för registret att fånga upp information från journalsystemet automatiskt.

För att förbättra dokumentationen i regioner med direktöverföring har Bättre Beroendevård tagit fram en manual för hur man registrerar data till registret i journalsystemet.





Text och foto: Helena Grundström

Siffror blev till figuren som visualiseras i realtid

INTERVJU MED HÄRJE WIDING, STATISTIKER PÅ BÄTTRE BEROENDEVÅRD

Vad gör arbetet med registret Bättre Beroendevård intressant?

- Just att arbeta med verkliga patientdata, och att vara med och utarbeta dataflödena. Det blir intressant när man är med hela vägen och tar hand om utmaningar och löser problem allt eftersom, och inte bara tar hand om färdiga data. Man hjälper till att föra utvecklingen framåt. Om statistikern är med och utformar insamlingen av data leder det ofta också till bättre datakvalitet.

Vad finns det för utmaningar/möjligheter (från ett statistikersperspektiv)?

- Dels att data samlas in

och skickas på olika sätt hos olika regioner, dels att det underlättar när det är en person som är van att jobba med data som har hand om insamlingen. Och så ser det ofta inte ut på enheterna, där det är läkare eller annan vårdpersonal som sköter detta. Här behövs det ofta ett samarbete mellan flera olika professioner.

- Min roll blir mycket att jag tittar på "raw data", bland annat för att förstå vad som inte fungerar. Ofta behöver man zooma ut och kolla på helheten för att förstå vad som failat, inte bara titta på detaljerna i själva datan.

Hur har arbetet med att ta fram de nya visningsytorna

för dataplattformen INCA gått till?

- Till att börja med behövde vi omdesigna datamodellen så att utrymme sparades, då det finns begränsat med utrymme i applikationen. Data behövde därför bearbetas innan den laddas in i applikationen. Till exempel plockade vi bort dubletter och tomma rader och kolumner, allt sådant som är överflödigt. På så sätt fick vi ned storleken på varje enhets datafil.

Det här gör också att man sparar tid. Applikationen arbetar mycket snabbare när figurer ska tas fram när data redan är bearbetad.

- Sedan skapades en rad funktioner som är byggda på ganska samma sätt, data laddas in och figurer skapas. Med hjälp av en Excelfil kan man styra sådant som under vilken flik figurerna ska visas, rubriker, beskrivningar och annat runt omkring.

Det finns i princip inga begränsningar för hur många figurer man kan skapa när man har detta på plats.

På vilket sätt skiljer sig utdatamöjligheterna idag mot för ett år sedan? Vad har värdenheterna för nytta av dem?

- Som det såg ut innan vi tog fram visningsytorna kunde enheterna endast få ut data genom att göra en förfrågan till oss. För det mesta handlade det bara om att få ut siffror, inte fina överskådliga figurer som nu. Ibland kunde de få vänta ett tag på att få ut data beroende på tidpunkt och belastning – idag går det på några sekunder från att de loggat in på plattformen. Det går nu att ta fram ett 100-tal olika figurer med hjälp av de variabler som finns lagrade och som kan visualiseras på olika sätt.

- Bland annat har vi ju jobbat tillsammans med Victor Lindfors med att ta fram kvalitetsindikatorer.



För dessa kan man dels titta på hur det ser ut idag och jämföra mot tidigare perioder, eller jämföra den egna enheten med hela landet. Med den nya applikationen går det här sekunds snabbt att klicka fram, det är ingen process längre.

Och i slutänden – hur kan statistiken komma patienterna till nytta? Hur hjälper den vården på lång sikt?

- Vården ska vara jämlik och inte skilja sig åt mellan regionerna. Med hjälp av statistiken kan man jämföra den egna enheten med liknande enheter, eller regionen med andra regioner och se hur man

ligger till. När det går väldigt bra någonstans vill man ju titta på varför det går så bra just där. Eller varför fungerar vissa behandlingar för en del patienter och inte för andra? Bara med hjälp av kunskapsstyrning och forskning kan vi få svar på sådant. Och då spelar statistiken från kvalitetsregistren en viktig roll.

"Med den nya applikationen går det här sekunds snabbt, det är ingen process längre."

Vad man får för vård kan innebära en skillnad på liv och död. Var någonstans i landet man bor ska inte få avgöra det.

Vad blir nästa steg i att vidareutveckla möjligheterna att ta fram och tillgängliggöra data?

- Nästa steg är att med bara ett knapptryck kunna få ut en färdig rapport. En rapport som förutom att visa data kan utbilda och vägleda enheter som inte har så lång erfarenhet inom missbruk. Vi jobbar i nuläget aktivt med att sätta ihop underlag för en sådan rapport för LARO, och håller på att samla in förslag och synpunkter från de som arbetar inom området. LARO står först på tur, sedan kommer vi att göra motsvarande rapporter för andra diagnoser och missbruk.

Nya utdatamöjligheter ger nytt värde för användarna

Innan de nya visningsytorna lanserades: Anslutna enheter gör en förfrågan till registrets statistiker, som skickar efterfrågad data per mail.

En rad funktioner skapas, som gör att siffror kan omvandlas till figurer.

Anslutna enheter kan ta fram tabeller och figurer efter behov och utan fördröjning. Från inloggning krävs endast ett par knapptryck för att få ut önskad rapport.

Med den nya applikationen: Data bearbetas innan den laddas in i applikationen, så att utrymme sparas. All överflödig information rensas bort. Detta gör också att applikationen arbetar snabbare.

Med funktionerna på plats går det att skapa en rad variationer. Det finns nu i princip inga begränsningar för hur många figurer man kan ta fram.

Datakvalitet och validering

Datakvaliteten valideras enligt Valideringshandboken för nationella kvalitetsregister.

Validering av data

Med etableringen av direktöverföring, vilken resulterade i en fyrdubbling av antalet registreringar, kommer det att krävas mer resurser på valideringsarbetet. Utöver ökningen av antal registreringar använder många regioner olika journalsystem som komplicerar uppgiften ytterligare.

Enligt valideringshandboken är ett effektivt sätt att validera data att kontrollera den efter inmatning. För att kunna genomföra dessa kontroller effektivt har registret utvecklat ett nytt verktyg som underlättar för användare med valideringsuppgifter. Det är nu möjligt för inrapportörer på INCA att kontrollera sina registreringar direkt i visningsytorna som visar exakt vad som har kommit in i registret.

Det här verktyget kommer inte att ersätta befintliga kvalitetsarbeten från tidigare år, utan det systematiska kvalitetsarbetet med att granska registrets variabler mot journaldata med hjälp av IVR-verktyget i TakeCare kommer att fortsätta som planerat.

Det har tidigare även utförts en fördjupad granskning för diagnoser, KVÅ-koder och läkemedel. Bland annat har registrets variabler validerats av Socialstyrelsen, som i sitt rapportarbete har jämfört information mot patientregistret (för diagnoser) och läkemedelsregistret (för läkemedel). Resultatet visade att validiteten var hög trots en relativt låg täckningsgrad.

Datakvalitet och bortfall av data

Bättre Beroendevård arbetar systematiskt med att analysera datakvaliteten och åtgärda eventuella brister utifrån rekommendationer i valideringshandboken för nationella kvalitetsregister. Registret har idag mindre än 10 procent internt bortfall (ofullständigt ifyllda variabler) på manuellt inmatade formulär. Registret arbetar för att integrera samtliga registerfrågor i journalsystemet.

När det gäller direktöverföring har bortfallet på enstaka variabler varit upp till 100 procent, på grund av att det tagit tid att integrera alla frågor i regionernas journalsystem och det därför kommit att saknas sökord.

Kvaliteten på inrapporterad data varierar mellan regioner som har påbörjat direktöverföring och de som ännu inte påbörjat överlåtelse till direktöverföring. Olika kvalitetsproblem uppkommer hos de olika regionerna och måste hanteras individuellt.

En av de vanligaste utmaningarna med direktöverföring är att sökord saknas eller att kopplingarna mellan de olika journalsystemen och Bättre Beroendevård kräver separata lösningar. I vissa fall kan det vara nödvändigt med en omstrukturering av Bättre Beroendevårds data för att anpassa den efter regionernas olika journalsystem.

Direktöverföringen medför i övrigt positiva effekter på variabelkvaliteten när det gäller information som dokumenteras strukturerat i journalsystemet, såsom diagnoskod, läkemedel och typ av behandling. Då fler regioner är på gång med att gå över till direktöverföring förväntas variabelkvaliteten förbättras ytterligare.

Utvecklingsarbetet

Nya visningsytor för utdata

Fokus på LARO

Implementering av kvalitetsindikatorer i VIP

Arbete med strukturerade data

Intensifierad digital support

Dödsorsaker

Implementering av kvalitetsindikatorer i VIP

Bättre Beroendevård har fortsatt att samarbeta med NPO psykisk hälsa med framtagandet av kvalitetsindikatorer. De föreslagna kvalitetsindikatorerna som bygger på data från Bättre Beroendevård har under året kunnat implementeras i VIP, vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende.

Fokus på LARO

Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende, LARO, fortsätter vara ett prioriterat område för Bättre Beroendevård, då det idag är svårt att få heltäckande data för detta område från andra källor. Registret inkluderar både patienter som får underhållsbehandling med opioider på recept och patienter som får rekvisition. Nästan hälften av patienterna i LARO-behandling får rekvisitionsläkemedel och rapporteras därför inte till läkemedelsregistret.

Nya visningsytor för utdata

Bättre Beroendevård lanserade i slutet av 2021 de nya visningsytorna för utdata som man arbetat med under året. Samtliga användare av registret har tillgång till utdata via plattformen INCA.

De nya utsatamöjligheterna underlättar för enheterna att ta fram lättöverskådlig statistik, och innebär ett stort steg framåt när det gäller registret sett från ett användarperspektiv. De nya visningsytorna är skapade på enhetsnivå och gör det möjligt att se siffror på antal registreringar eller antal individer, men även att visualisera enhetens data i realtid. Totalt går det ta fram över 100 olika figurer, som även inkluderar indikatorerna från VIP.

Arbete med strukturerade data

Från att samtliga registreringar i Bättre Beroendevård skett manuellt, görs nu majoriteten av registreringarna i Region Stockholm och Region Skåne via direktöverföring. Sedan dessa kom igång har vi sett en enorm ökning av antalet registreringar.

Arbetet med att göra registret bättre anpassat till inhämtning av strukturerade data från journalsystemen och på så sätt underlätta för direktöverföring har haft stort fokus och även gett fantastiska resultat.

Gemensamma termer och koder vid dokumentering gör det möjligt för registret att fånga upp information från journalsystem automatiskt, vilket är nödvändigt vid direktöverföring. Samtliga variabler har nu kopplats till nationella och internationella kodverk som ATC, KVÅ, ICD, samt SNO-MED CT.

Intensifierad digital support

Supporten till existerande och potentiella användare av registret har under året intensifierats.

Dels har det handlat om att utbilda och handleda de enheter som använder register idag, dels att nå ut till de som ännu inte anslutit sig.

Registret har idag över hundra anslutna vårdenheter som behöver regelbunden support och återkoppling. För att kunna erbjuda alla anslutna enheter högkvalitativt stöd och handledning har registret fortsatt arbeta med digitala möten och utbildningar, främs via Teams.

Dödsorsaker

Med hjälp av data från Socialstyrelsens dödsorsaksregister är det nu möjligt att följa upp den höga mortaliteten bland beroendepatienter. Data som hämtats från dödsorsaksregistret har kodats i form av sex grupper: alkoholrelaterad död, drogrelaterad död, suicid, okänd dödsorsak (suicid/olycka/assault), olycka och övriga dödsorsaker.

Med stigande täckningsgrad och ökat antal registreringar ökar registrets relevans för forskning

Fokusområden framåt

Öka antalet registreringar och registrerande enheter

Registrets huvudsakliga fokus är att få fler enheter runt om i landet att börja registrera. En rad aktiviteter för att nå ut till enheter har initierats, som att ta personlig kontakt med verksamhets- och enhetschefer, skicka ut inbjudningar till utbildnings-tillfällen och informationsmöten, hålla presentationer vid årsmöten och konferenser hos relevanta organisationer samt öka aktiviteten i digitala kanaler som nyhetsbrev och hemsida. Målet med aktiviteterna är att öka registrets täckningsgrad.

Utökad uppdrag som en följd av Samsjuklighetsutredningen

Under 2020 tillsatte regeringen en utredning för att se över hur personer med samsjuklighet i form av skadligt bruk eller beroende och annan psykiatrisk diagnos kan få en mer samordnad vård. I november 2021 överlämnade utredningen förslag på förbättrad vård vid samsjuklighet i form av skadligt bruk eller beroende och annan psykiatrisk diagnos, i första hand genom att ansvaret för vård och behandling hamnar under samma tak hos regionernas hälso- och sjukvård. Även om det idag inte går att säga vad det skulle innebära för registret om förslaget går igenom, är det troligt att Bättre Beroendevård kommer att spela en allt viktigare roll - mer om Samsjuklighetsutredningen på sidorna 34-35.

Underlätta övergång till direktöverföring

Under kommande år kommer Bättre Beroendevård att fortsätta arbeta stödjande för att fler regioner ska kunna komma igång med direktöverföring. Utöver Stockholm och Skåne som redan är igång har fler regioner kommit en bit på väg i processen att gå över till direktöverföring.

Följa upp anslutningsgrad och utveckla täckningsgradsanalysen

Registret kommer under året att kontakta samtliga regioner för att kartlägga antalet beroendeenheter som kan vara aktuella för kvalitetsregistret Bättre Beroendevård. Uppgifterna kommer att användas som underlag för att beräkna anslutningsgrad, samt utgöra underlag för framtida täckningsgradsanalysen.

Vidareutveckla de nya visningsytorna på INCA

Visningsytorna på registerplattformen INCA är idag fullt funktionella, men kommer att fortsätta utvecklas och förbättras under hela 2022. Genom möten med regionerna kommer feedback att samlas in, för att på bästa sätt möta de behov som finns när möjligheterna till datauttag vidareutvecklas.

Registrets kommunikatör kommer under året att gå igenom hela plattformen för att säkerställa att struktur, innehåll, benämningar och texter är optimerade utifrån ett interaktions-/användarperspektiv.

Prioritera samverkansprojekt inom kunskapsstyrningen

Bättre Beroendevård kommer under året fortsätta prioritera samverkan med framför allt NPO Psykisk hälsa, NAG för missbruk och beroende och Socialstyrelsen för att kontinuerligt utveckla indikatorer och rapportera utfall för beroendevården nationellt.

Utbilda användare i datauttag

Nya och nuvarande användare erbjuds utbildningstillfällen för att säkerställa att de har de rätta kunskaperna för att få ut mesta möjliga av plattformen utifrån just deras behov.

Fortsett fokus på LARO

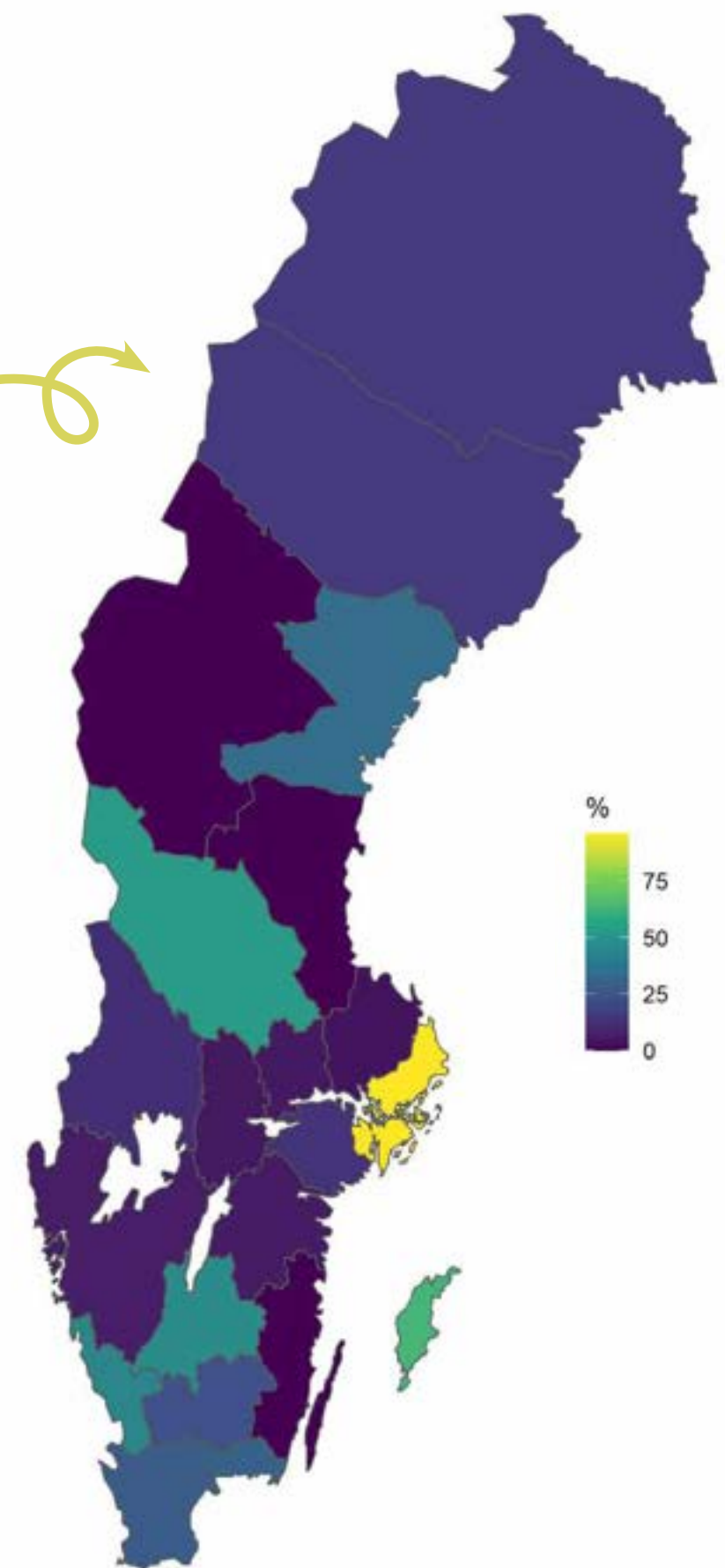
Nytt formulär för registrering av LARO

Som ett led i Bättre Beroendevårds insatser för att särskilt stötta förbättringsarbeten och uppföljning inom LARO-vården håller vi på att utarbeta ett separat formulär för registrering av LARO-patienter. Det nya formuläret ska underlätta registreringen, då det kommer ha frågor och svarsalternativ som utgår just från rehabilitering vid opioidberoende. Formuläret förväntas vara färdigt att implementeras under hösten.

Ny rapport för LARO under utveckling

Under året kommer det bli möjligt för INCA-användarna att med bara ett knapptryck ta fram en färdig PDF-rapport över enhetens LARO-vård. Utöver statistik kommer rapporten att innehålla utbildande och vägledande material, som kan vara särskilt användbart för de enheter som är nyare inom området. Ett underlag för rapporten har tagits fram i samarbete med verksamma läkare inom LARO samt Svensk förening för beroendemedicin.

Täcknings-
graden för LARO
2021 är estimerad
till 38%. I Stockholm
var täckningsgraden
hela 95 %.



Fortsett fokus på LARO

Samordnad individuell plan vid LARO-vård

Behandling med LARO ska alltid följas upp enligt en individuell plan, som innefattar kontroll av drog- och alkoholvanor samt bedömning av risk för abstinenskomplikationer. Patienterna har ibland komplexa behov och behöver stöd eller behandling för flera psykiatriska tillstånd och diagnoser. När insatser från både socialtjänst och sjukvård behöver samordnas ska en SIP, samordnad individuell plan, tas fram.

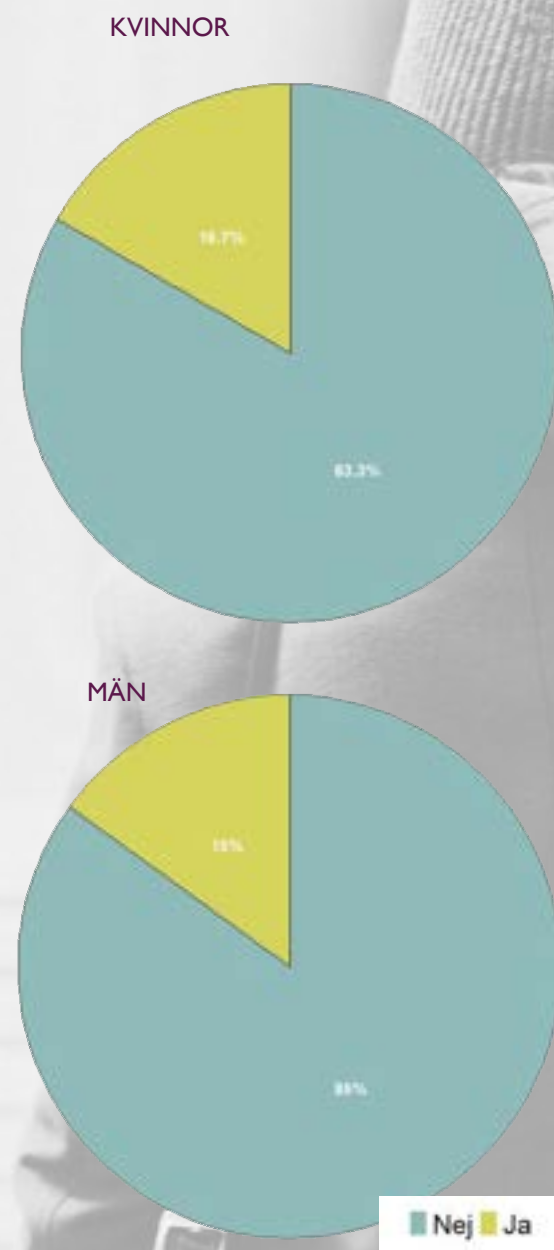
Innan ett SIP-arbete påbörjas behöver individen det handlar om ge sitt samtycke. Hen ska också få möjlighet att vara delaktig i upprättandet av planen, och kunna påverka vilka aktörer som ska involveras.

Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när, och följas upp så länge det finns behov av samordning.

Av figur 1 framgår att 16,7 % av kvinnorna och 15 % av männen som registrerats som LARO-patienter i Bättre Beroendevård har en samordnad individuell plan.

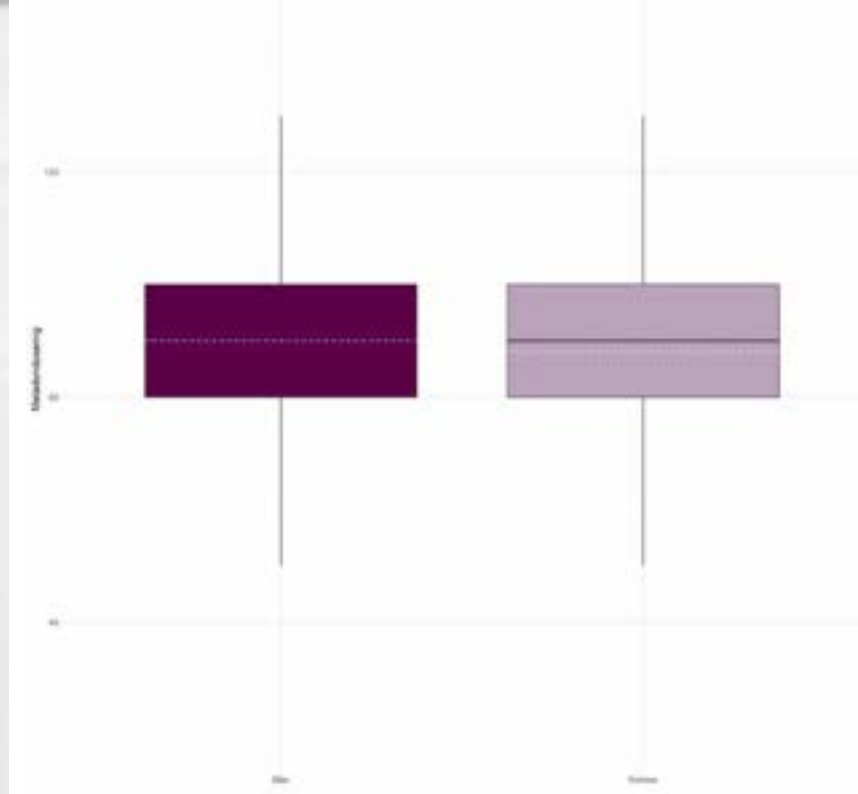
FIGUR 1

ANDEL INDIVIDER I LARO MED SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN



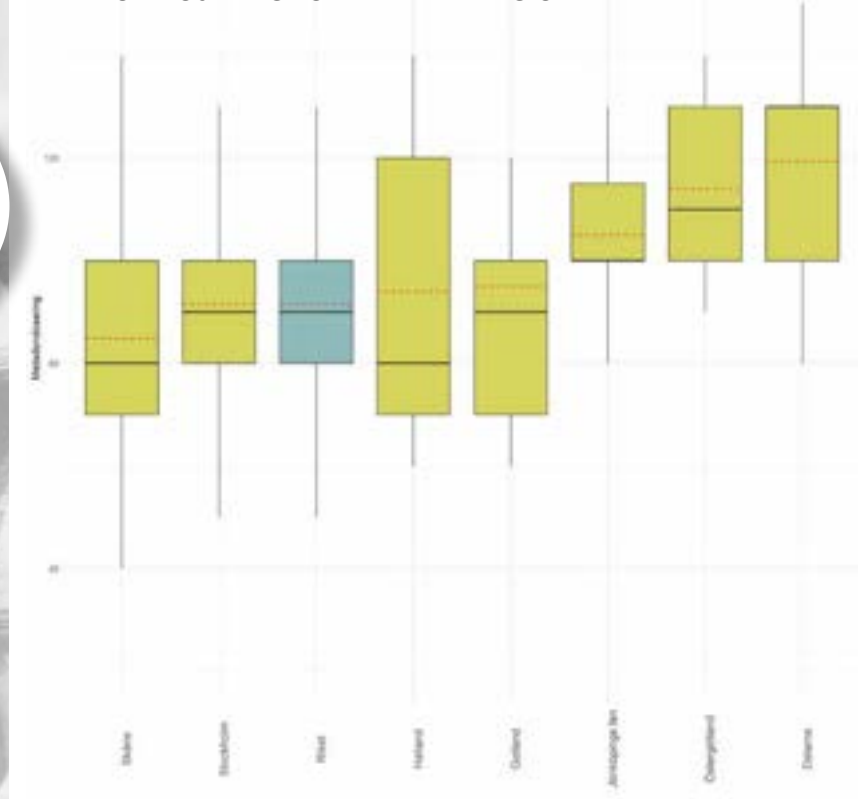
FIGUR 2

METADONDOSERING FÖRDELAT PÅ KVINNOR OCH MÄN



FIGUR 3

METADONDOSERING FÖRDELAT PER REGION



Samsjuklighetsutredningen

Stora förändringar inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården väntar om Samsjuklighetsutredningens förslag går igenom. Även om det idag är för tidigt att säga något om omfattningen, är det givet att Bättre Beroendevård kommer att spela en viktig roll i framtiden.

Under 2020 tillsatte regeringen en utredning för att se över hur personer med samsjuklighet i form av skadligt bruk eller beroende och annan psykiatrisk diagnos kan få en mer samordnad vård. Det har ofta varit problematiskt när personer har behov av insatser från flera instanser samtidigt. Det kan handla om en komplex sammansättning av psykisk ohälsa, funktionsnedsättningar samt skadligt bruk eller beroende, där det skulle underlätta för patienten med en samordnad vård och stödverksamhet.

I slutet av november 2021 överlämnade utredningen förslag på förbättrad vård, där personer med samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg. Ett förslag är att ansvaret för vård och behandling ska ligga under samma tak hos regionernas hälso- och sjukvård. En annan viktig punkt är att behandlingen för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.

Bättre vård för personer med samsjuklighet - och ett utökat uppdrag för Bättre Beroendevård

Utredningen har tagit fram en rad målbilder för vad man vill uppnå med reformen från ett brukarperspektiv. Dessa har arbetats fram tillsammans med personer med samsjuklighet och deras anhöriga. Målbilderna handlar bland annat om tillgänglighet, att stöd och vård hänger ihop som en helhet, att patienten har en fast samordnare som är med hela vägen och ökat självbestämmande för patienten. Utredningen föreslår att målbilderna ska

vara utgångspunkt för uppföljning.

Om Samsjuklighetsutredningens förslag går igenom väntar stora förändringar inom svensk beroendevård. Det nationella kvalitetsarbetet kommer helt klart att spela en viktig roll, och registret kommer att vara en viktig källa för uppföljning och utvärdering. Bättre Beroendevård ser fram emot ett utökat uppdrag där vi på sikt kan bidra till att visa på effekterna av reformen.

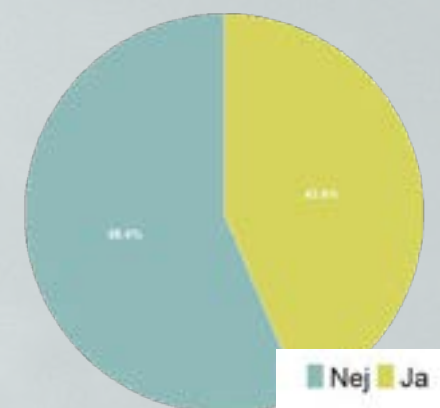
FIGUR 4

ANDEL INDIVIDER MED PSYKIATRISK SAMSJUKLIGHET, FÖRDELAT PÅ KÖN

KVINNOR



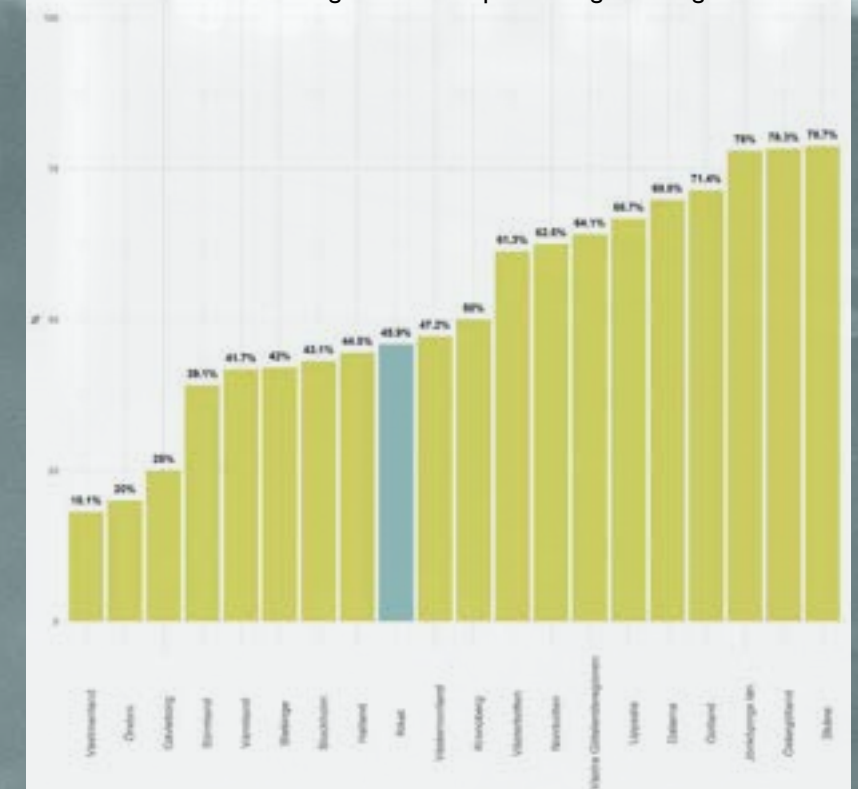
MÄN



FIGUR 5

ANDEL INDIVIDER MED PSYKIATRISK SAMSJUKLIGHET, FÖRDELAT PÅ REGIONER

Att samsjukligheten varierar mellan regionerna kan delvis förklaras av att regionerna registrerar olika patientgrupper som är olika svårt sjuka. Se vidare figur 20 på sida 46 där de olika beroendegrupperna som registrerats i respektive region framgår.



Patientupplevda mått

PROM står för patientrapporterade utfallsmått (Patient Reported Outcome Measures). Bättre Beroendevård samlar in PROM gällande livskvalitet och självskattad hälsa, delvis genom manuella formulär via vårdpersonal, delvis genom att patienter själva rapporterar in sin upplevelse via externa moduler i journalsystemet via 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. Det finns dock ett samarbete med övriga psykiatriregistren gällande frågor till patienterna om deras upplevelse av den vård de fått.

Bättre Beroendevård 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. Registret bevakar frågan om vilka PREM och PROM som är aktuella och hur insamlingen av dessa kan ske.

I nuläget finns patientrapporterade utfallsmått såsom EQ-5D, AUDIT och DUDIT i registret. Ambitionen är att dessa ska bli fler.

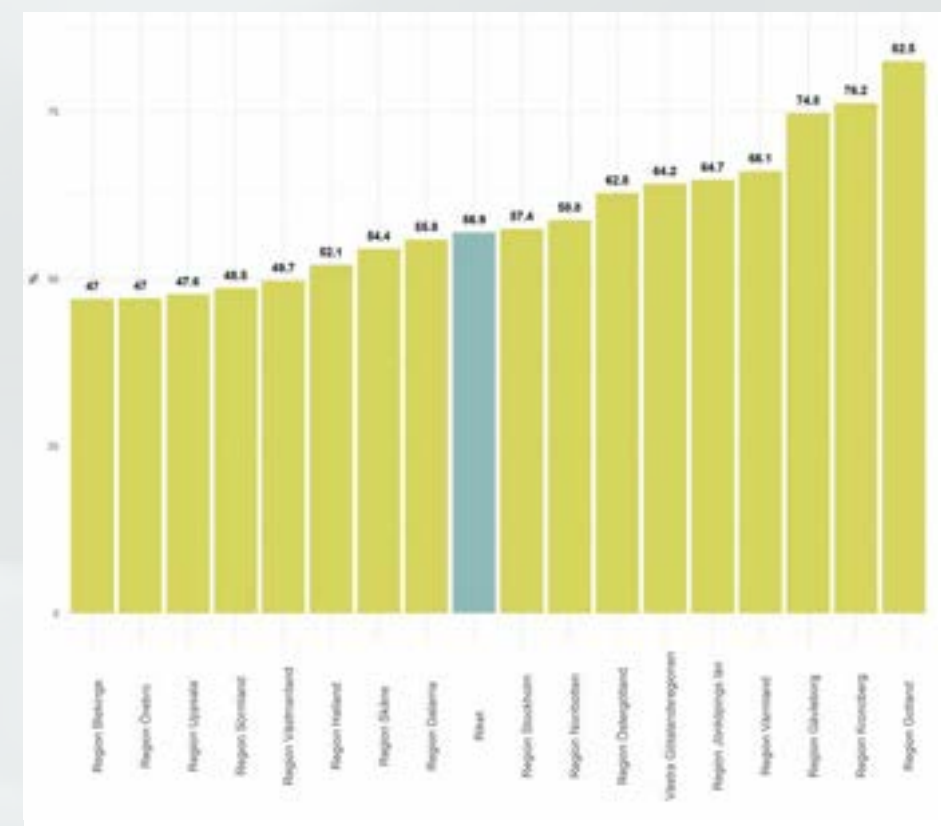
Självskattad hälsa

EQ-5D innehåller bland annat en skattningskala för hälsorelaterad livskvalitet. I Bättre Beroendevårds 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.

Av figur 6 framgår att drygt hälften av patienterna i riket i stort som stannande i behandling hade samma eller en förbättrad självskattad hälsa jämfört med föregående mätning.

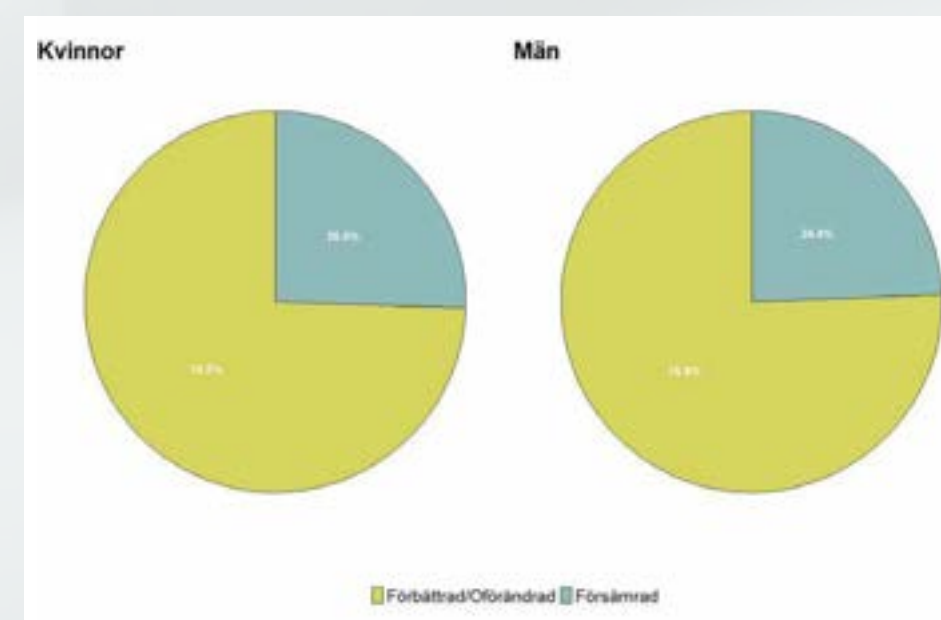
FIGUR 6

ANDEL MED FÖRBÄTTRAD ELLER KVARSTÄENDE SJÄLVSKATTAD HÄLSA PER REGION



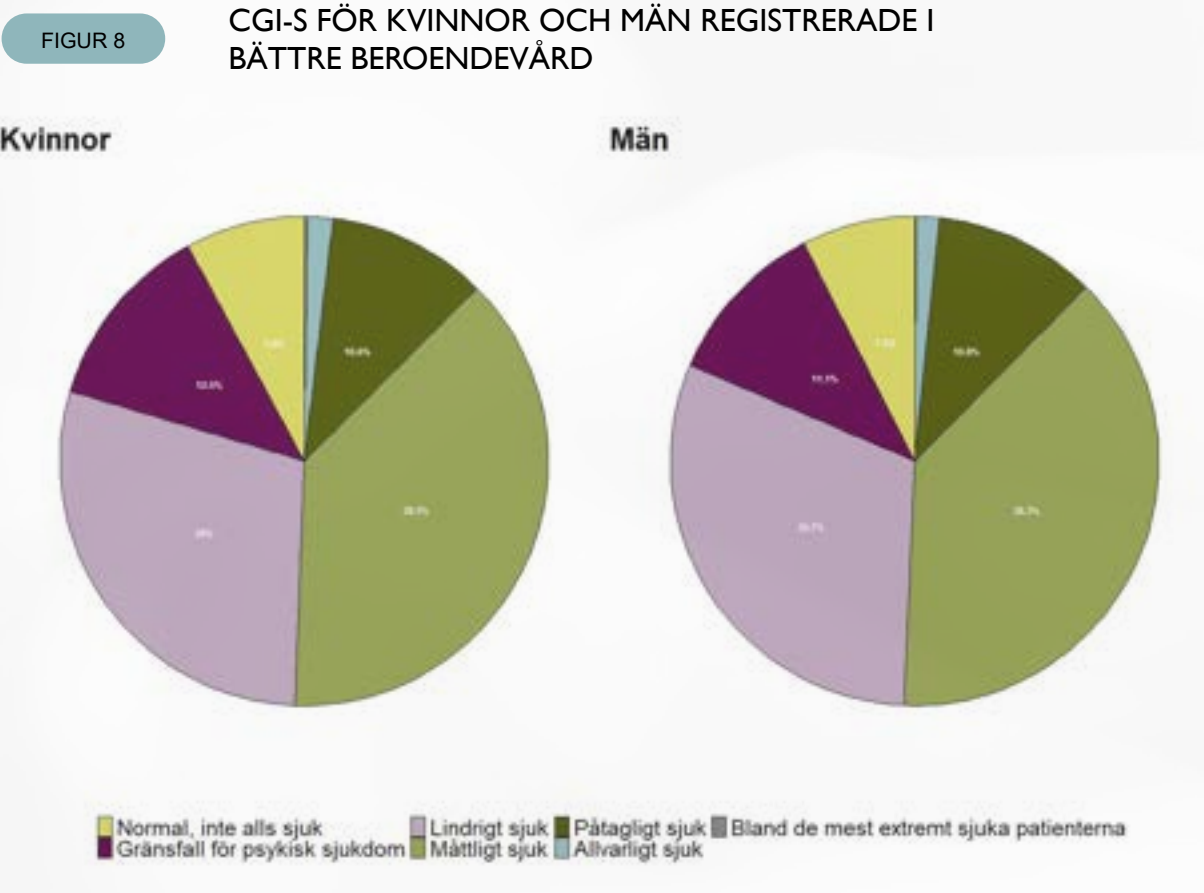
FIGUR 7

ANDEL MED FÖRBÄTTRAD ELLER SAMMA SJÄLVSKATTAD HÄLSA HOS KVINNOR RESPEKTIVE MÄN

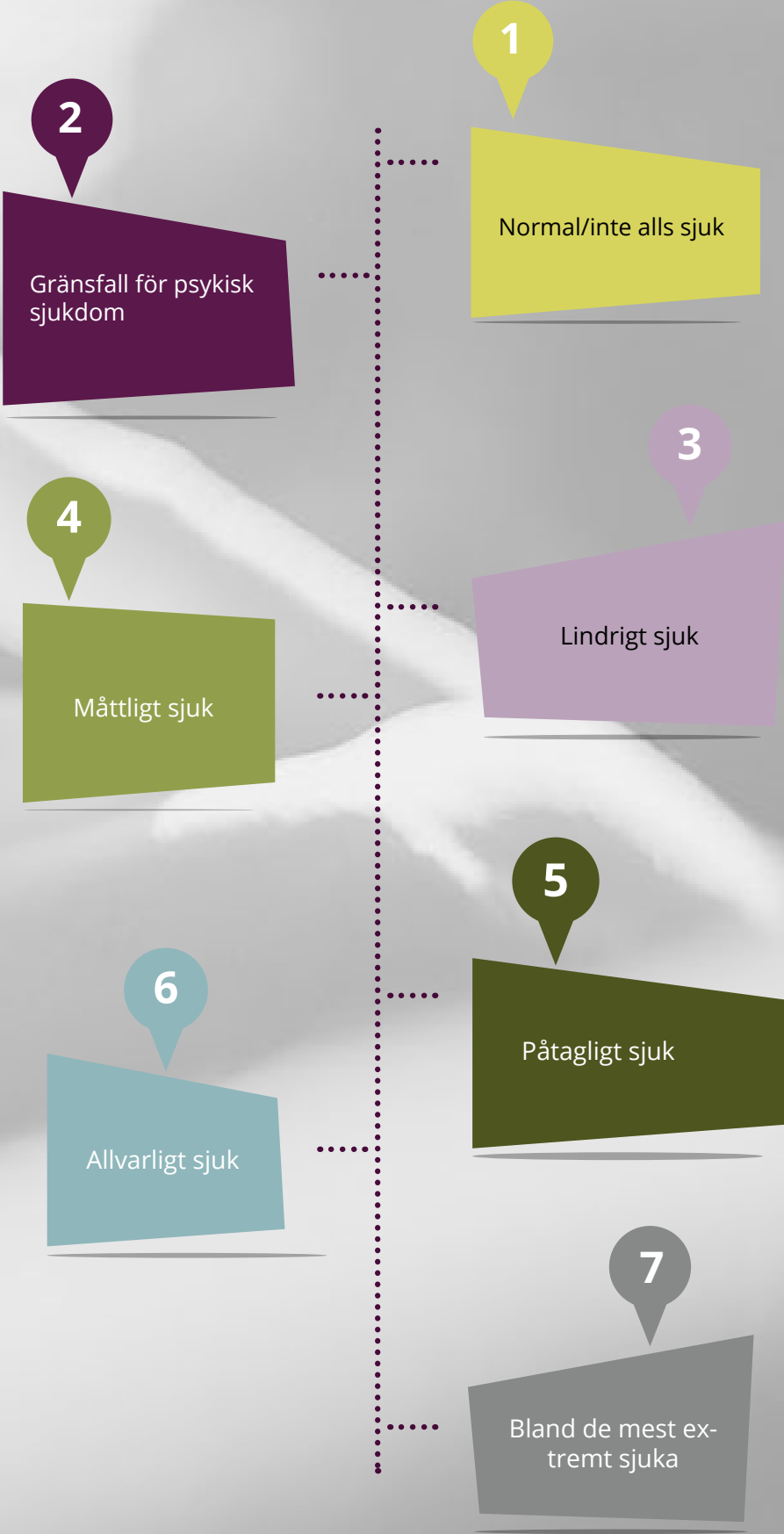


Clinical Global Impression, CGI-S

Clinical Global Impression, 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 en sjugradig skala.



FIGUR 9



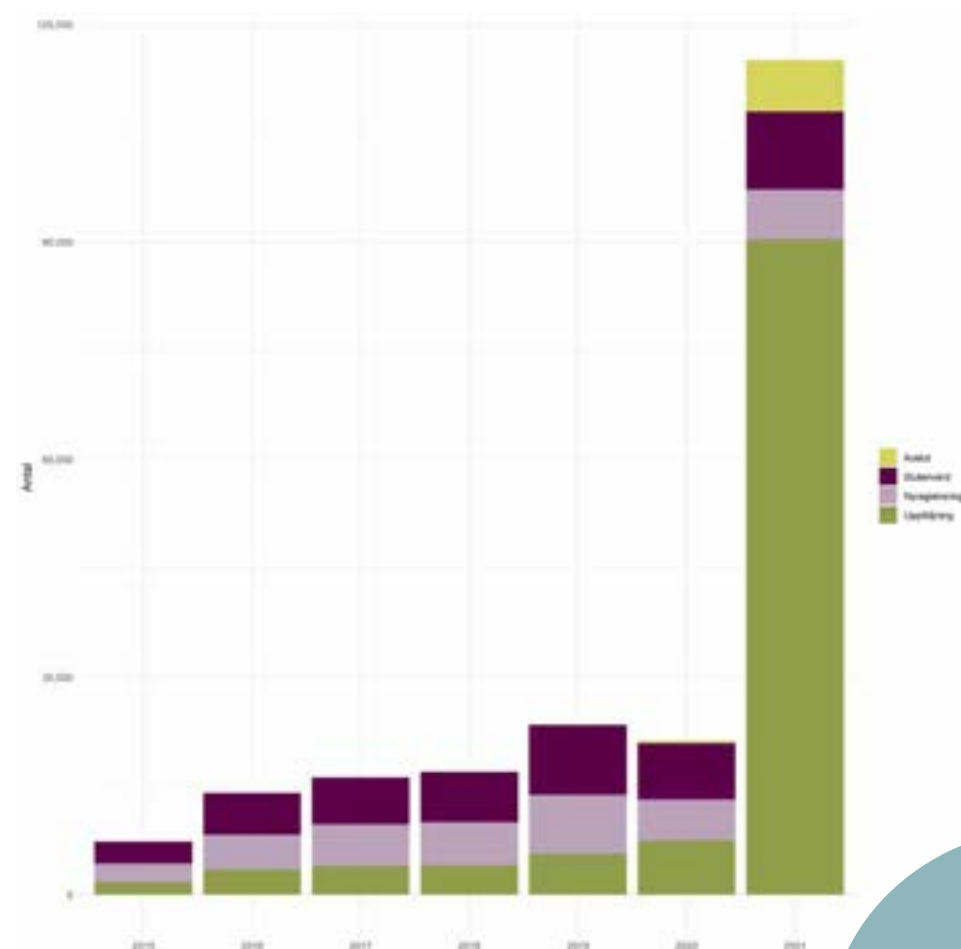
ANTAL REGISTRERINGAR

Registreringarna i Bättre Beroendevård har ökat varje år sedan registrets start. Under 2021 gjordes ca 116 000 registreringar, vilket är en ökning från 2020 då antalet registreringar för hela året låg på 21 000. En bidragande faktor är övergången till direktöverföring. Figur 10 visar det totala antalet registreringar de senaste sju åren, samt fördelningen av registreringstyp.

Figur 11 visar antal registreringar per registreringstyp för 2021, och figur 12 antal registreringar per region under året.

FIGUR 10

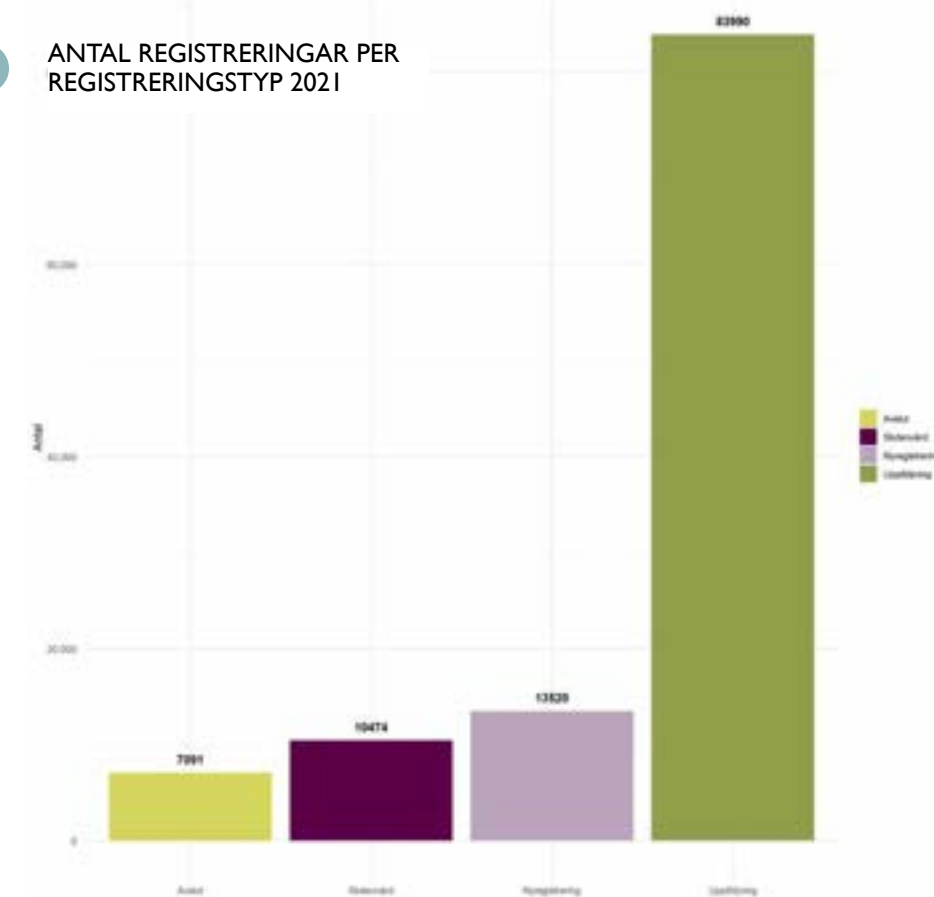
ANTAL REGISTRERINGAR PER ÅR



Antalet registreringar uppnådde under året 116 000

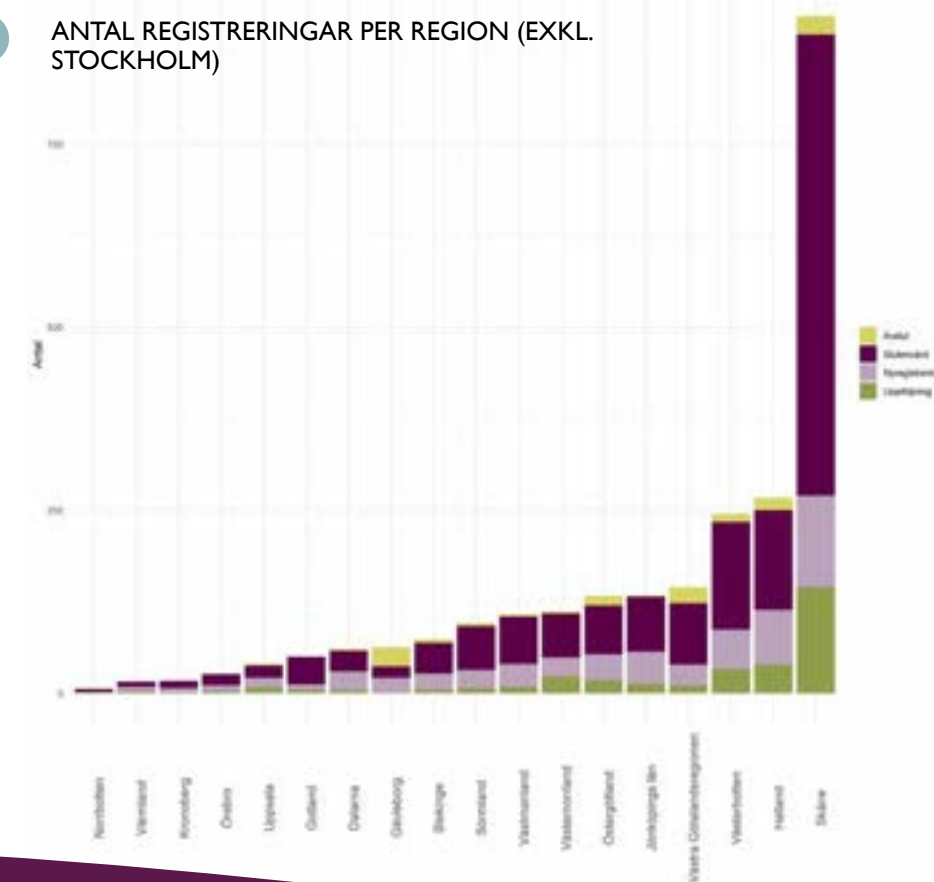
FIGUR 11

ANTAL REGISTRERINGAR PER REGISTRERINGSTYP 2021



FIGUR 12

ANTAL REGISTRERINGAR PER REGION (EXKL. STOCKHOLM)



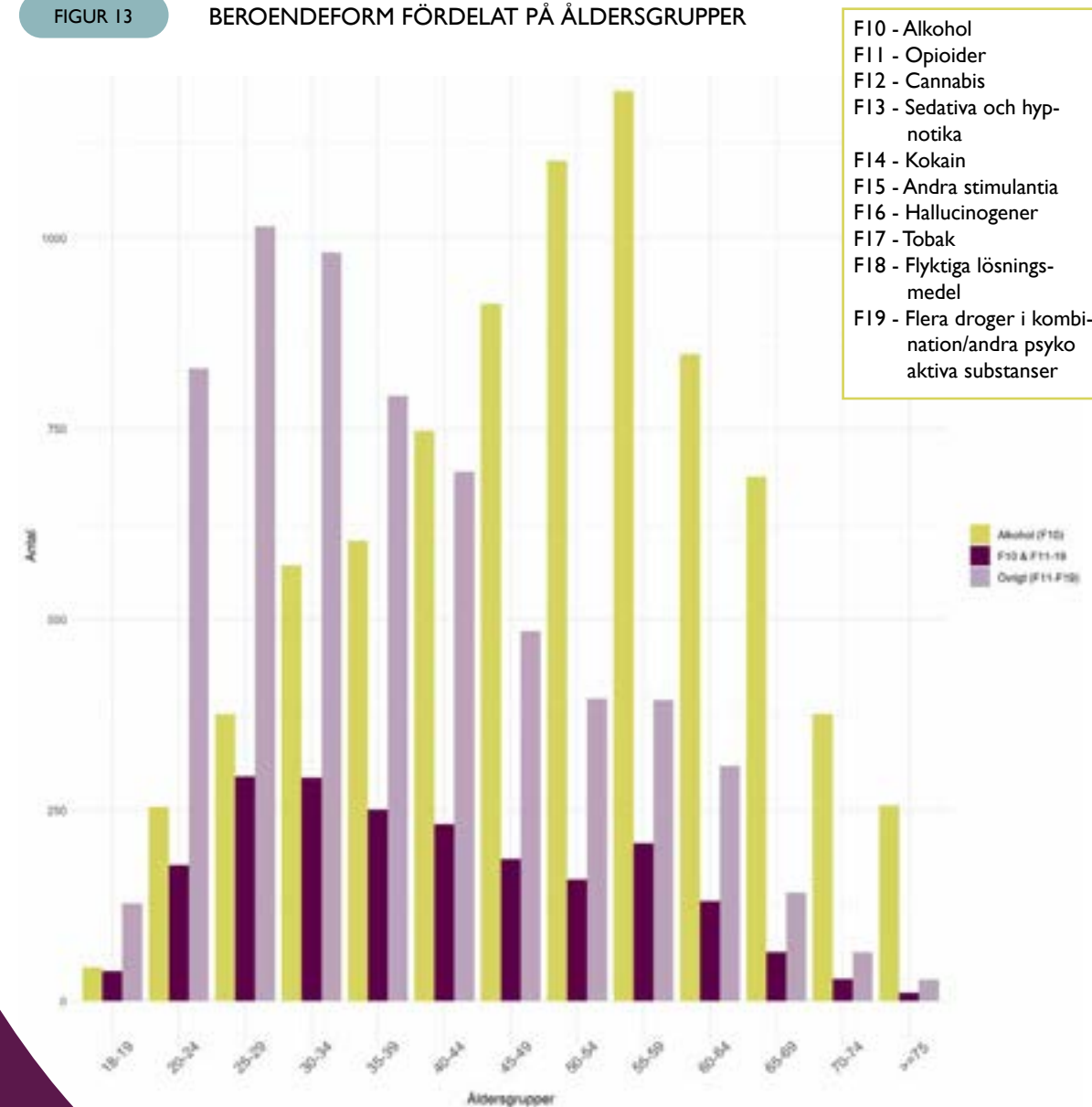
FÖRDELNING PÅ ÅLDER, KÖN OCH DIAGNOS

Figur 13-15 visar åldersfördelning på patienter registrerade i Bättre Beroendevård. Ålder är beräknat efter registreringsålder, det vill säga åldern vid det första registrerade mötet för varje individ.

Figur 13 visar antal per beroendeform fördelat på åldersgrupper. Här kan man se att alkoholdiagnoser är som vanligast i åldrarna 50-59 år medan övriga diagnoser är vanligast i åldrarna 20-34 år. Att ha både en alkoholdiagnos och en övrig diagnos är ovanligare och åldersfördelningen är jämnare.

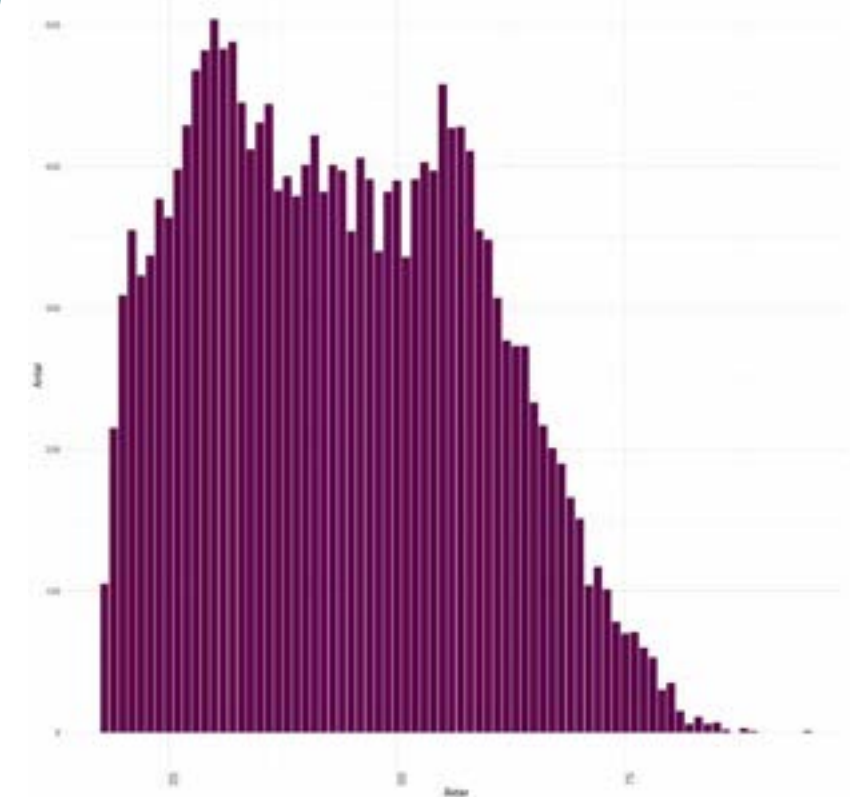
Figur 14 visar åldersfördelningen generellt för registrerade patienter och figur 15 skillnaden i åldersfördelning mellan män och kvinnor.

FIGUR 13 BEROENDEFORM FÖRDELAT PÅ ÅLDERSGRUPPER



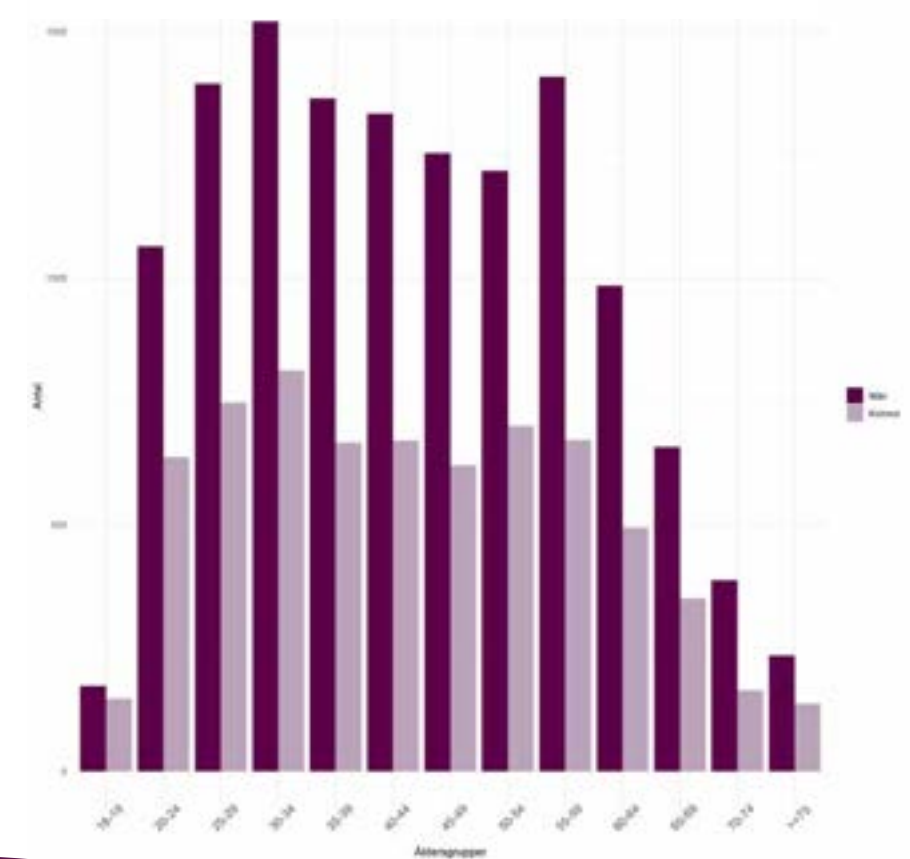
FIGUR 14

ÅLDERSFÖRDELNING PÅ PATIENTER I BÄTTRE BEROENDEVÅRD



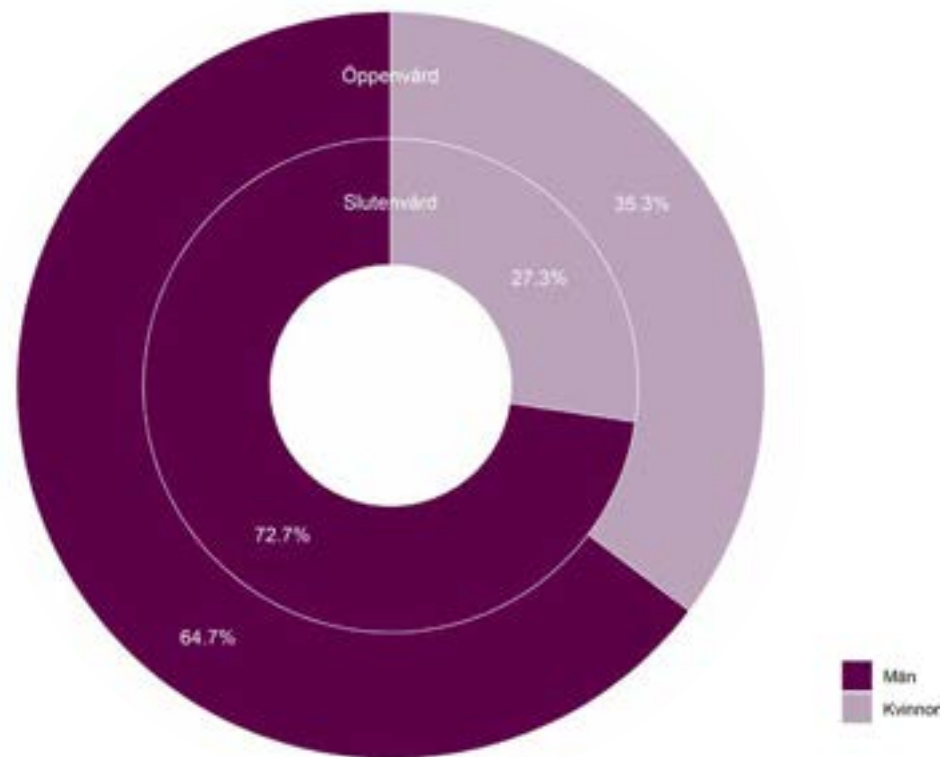
FIGUR 15

ÅLDERSFÖRDELNING MELLAN MÄN OCH KVINNOR



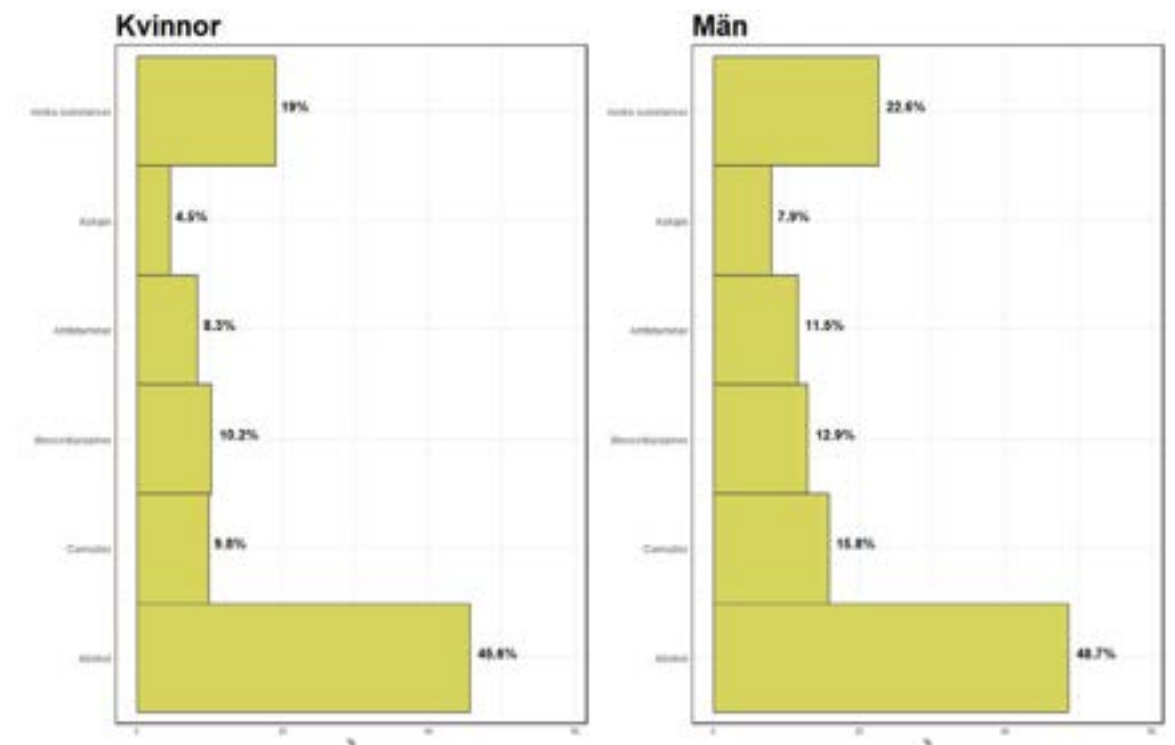
Figur 16 visar att majoriteten av patienterna inom beroendevården är män. Inom slutenvården var ca 73 procent män och 27 procent kvinnor. I öppenvården var 65 procent män och 35 procent kvinnor.

FIGUR 16 KÖNSFÖRDELNING ÖPPEN- OCH SLUTENVÅRD

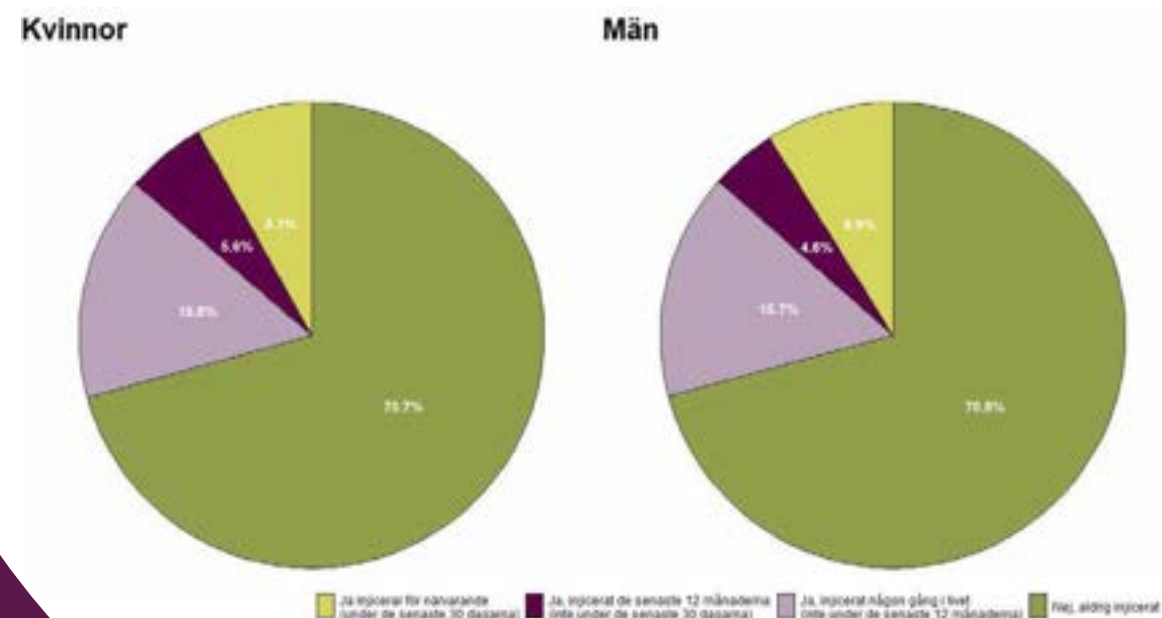


Figur 18 visar hur stor andel av kvinnor respektive män som brukar respektive substans, och figur 19 de olika beroendegrupperna fördelat på kvinnor och män.

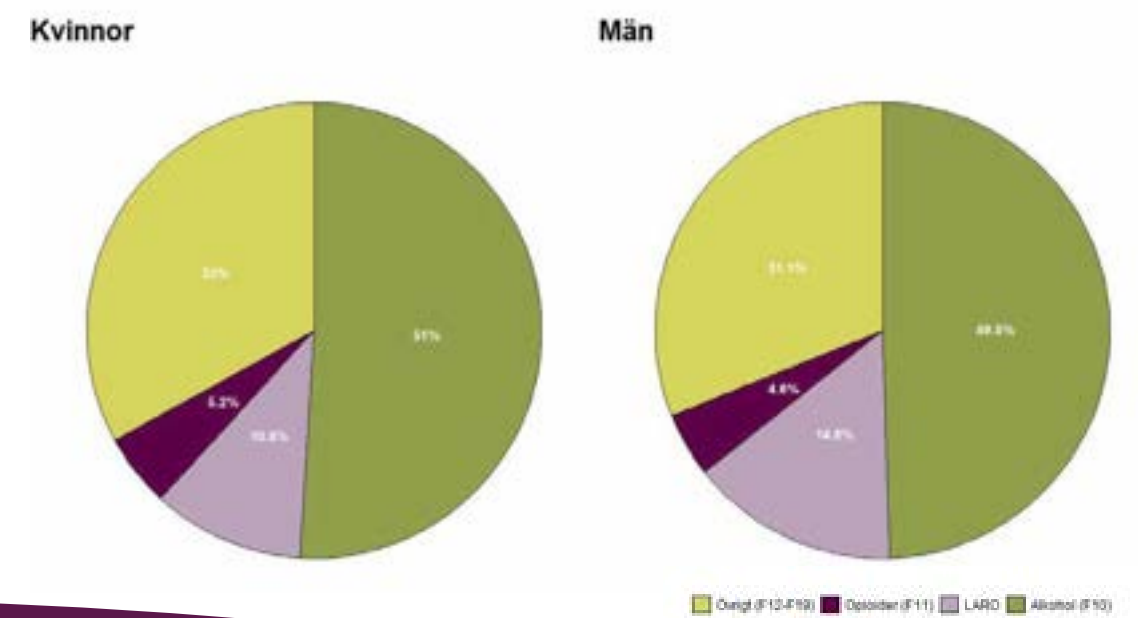
FIGUR 18 SUBSTANSER PER KÖN



FIGUR 17 INJEKTIONSMISSBRUK HOS KVINNOR OCH MÄN

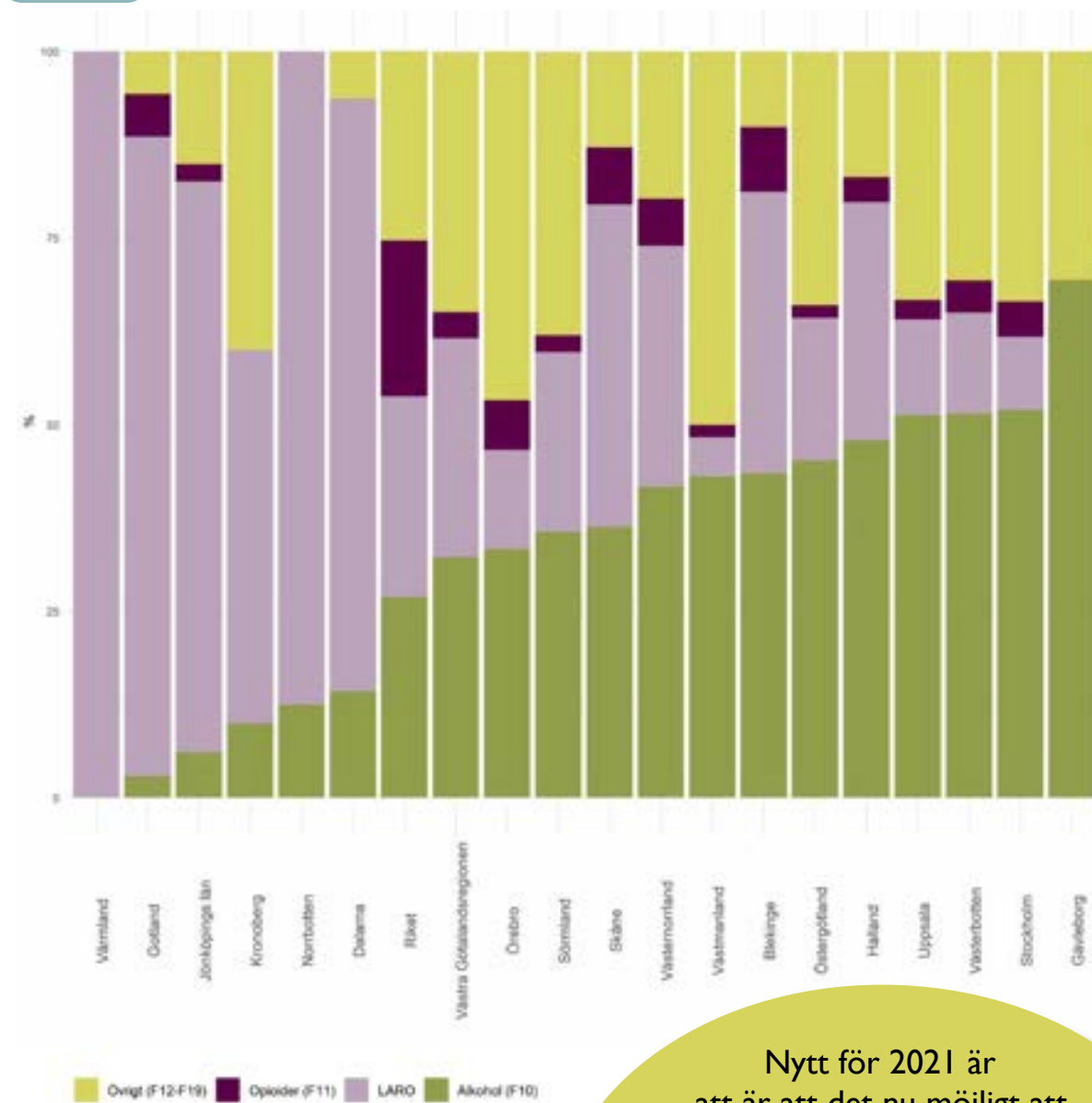


FIGUR 19 BEROENDEGRUPPER FÖRDELAT PÅ KVINNOR OCH MÄN



FIGUR 20

BEROENDEGRUPPER FÖRELAT PÅ REGION



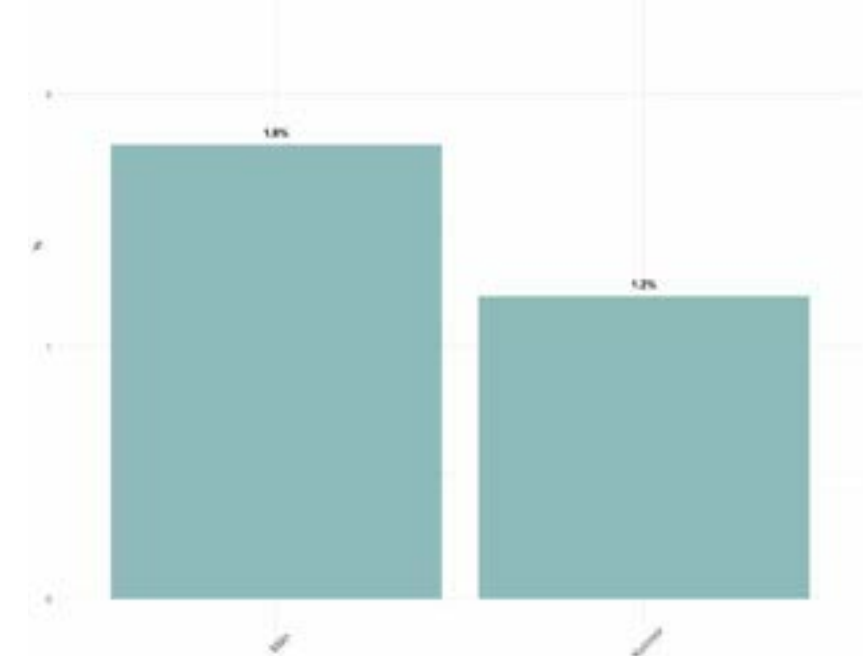
Nytt för 2021 är att det nu möjligt att även se vad olika beroendegrupper avlider av. Data som hämtats från dödsorsaksregistret har kodats och sedan lagts in som sex grupper: alkoholrelaterad död, drogrelaterad död, suicid, okänd dödsorsak (suicid/olycka/assault), olycka och övriga dödsorsaker.

MORTALITET OCH DÖDSORSAKER

Figur 21 visar mortaliteten fördelat på män och kvinnor, och i figur 22 framgår dödsorsaker.

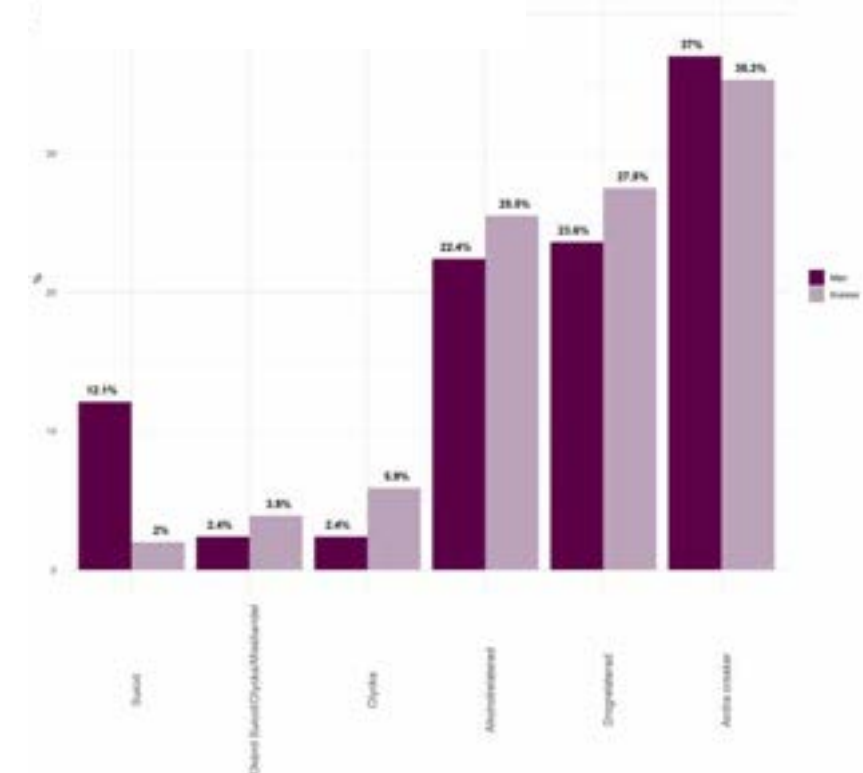
FIGUR 21

MORTALITET PER KÖN



FIGUR 22

DÖDSORSAKER FÖRDELAT PÅ KÖN



Kvalitets- indikatorer

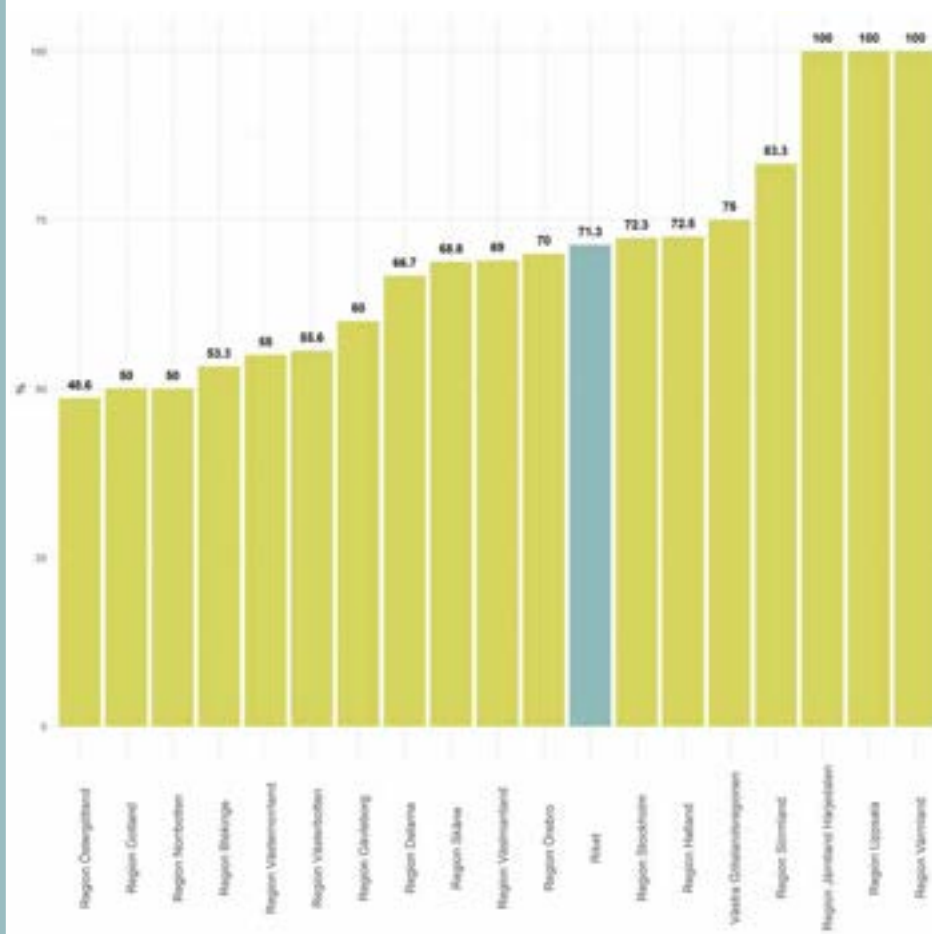
På följande sidor presenteras statistik för 9 centrala kvalitetsindikatorer som tagits fram i samarbete med NPO psykisk hälsa och implementerats i VIP, vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende.

ANDEL INDIVIDER MED MINSKAT ALKOHOLINTAG FRÅN NYBESÖK TILL UPPFÖLJNING

Figur 23 visar andel individer med minskat alkoholintag från nybesök till uppföljning. Nämnaren består av alla med F10 diagnos vid nybesök som genomför uppföljning.

FIGUR 23

ANDEL INDIVIDER MED MINSKAT ALKOHOL-
INTAG

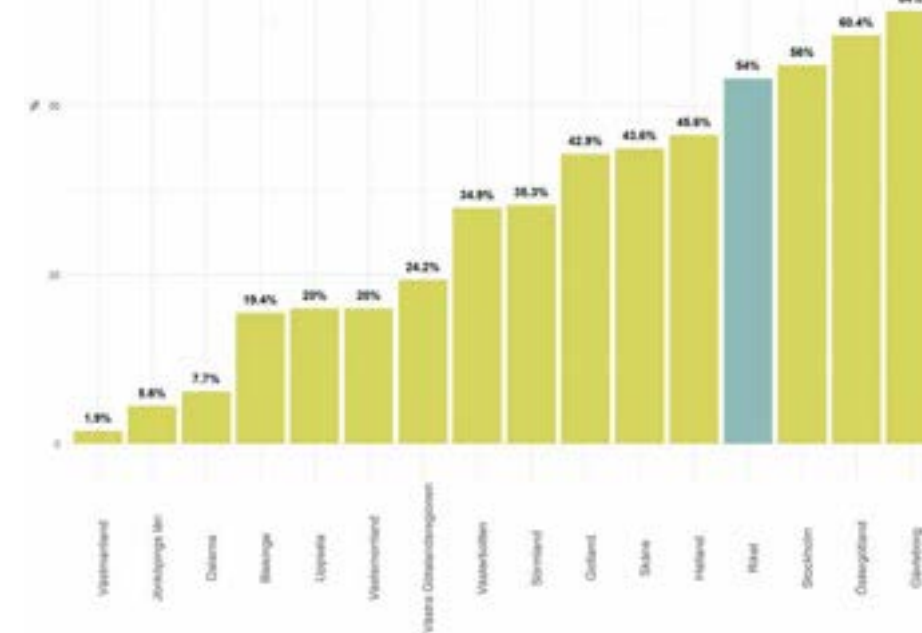


ANDEL INDIVIDER MED ALKOHOLBEROENDE SOM BEHANDLATS MED ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL

Figur 24 visar andel individer med alkoholberoende som behandlats med återfallsförebyggande läkemedel uppdelat per region. Figur 25 visar utvecklingen i Region Stockholm under 2021, fördelat på kön.

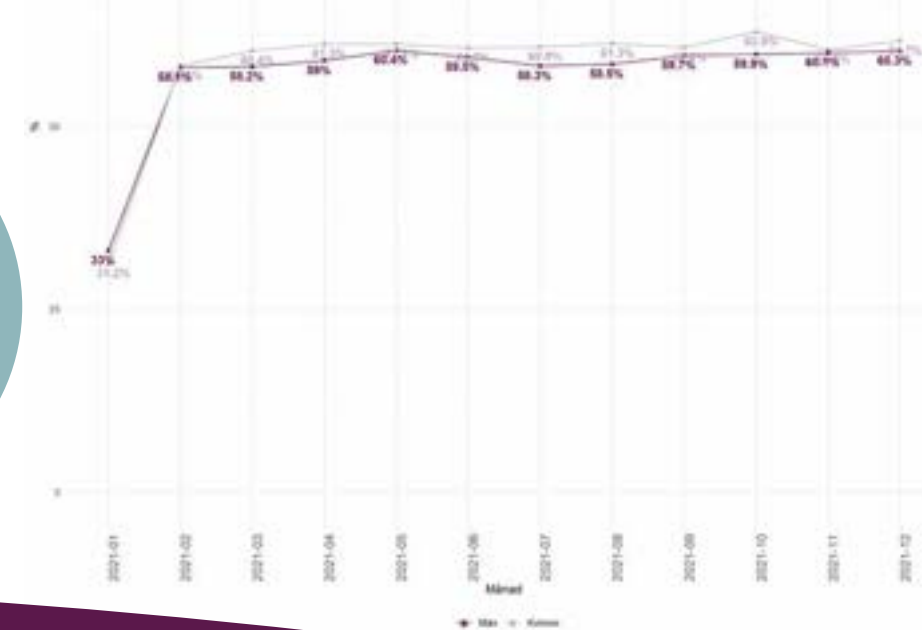
FIGUR 24

ANDEL SOM BEHANDLATS MED ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE
LÄKEMEDEL PER REGION



FIGUR 25

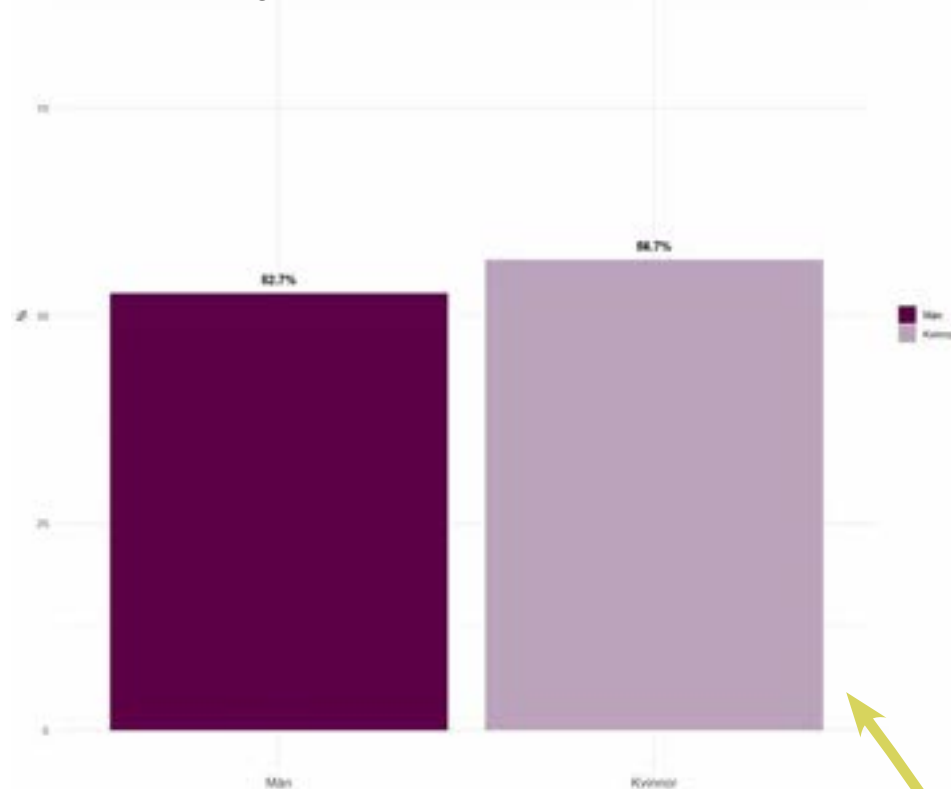
ANDEL SOM BEHANDLATS MED ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE
LÄKEMEDEL I REGION STOCKHOLM UNDER 2021



Tack vare direkt-
överföring i Region
Stockholm är det här
möjligt att ta fram mer
detaljerade data i form av
exempelvis siffror för
varje månad.

FIGUR 26

ANDEL SOM BEHANDLATS MED ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL PER KÖN



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, akamprosot eller naltrexon.

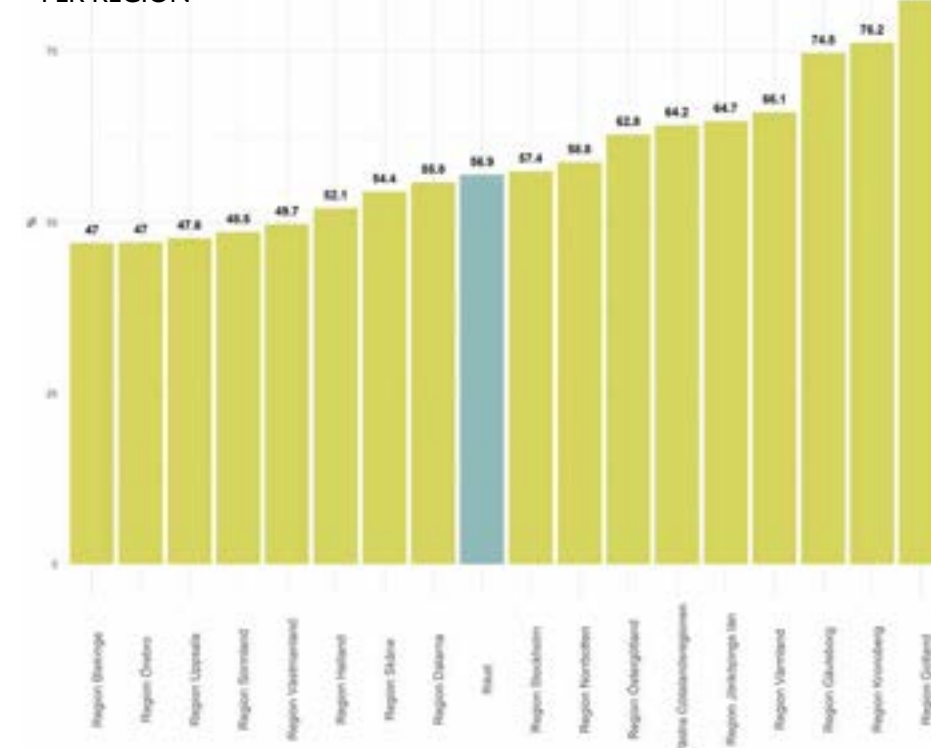
Figur 26 visar andel patienter som har blivit diagnostiserad med ett alkoholberoende (F10), och fått utskrivet återfallsförebyggande läkemedel som Disulfiram, Akamprosot, Naltrexon och/eller Nalmefen, fördelat på kvinnor och män.

ANDEL INDIVIDER MED ÖKAD HÄLSA FRÅN NYBESÖK TILL UPPFÖLJNING

Figur 27 visar andelen patienter med förbättrad eller samma självskattad hälsa per region. Figur 28 jämför självskattad hälsa hos kvinnor och män (figurerna är desamma som på s. 37, där de visas i samband med patientupplevda mått).

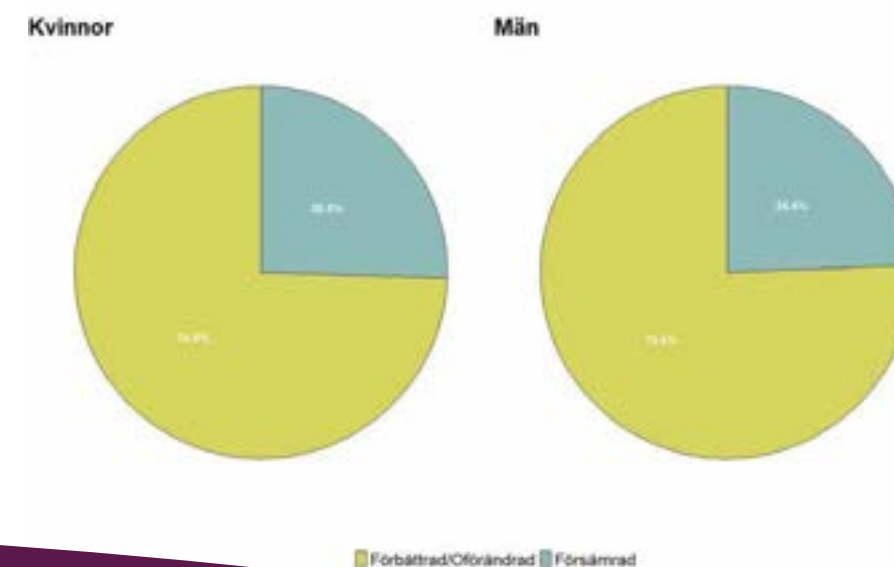
FIGUR 27

ANDEL MED FÖRBÄTTRAD ELLER SAMMA SJÄLVSKATTAD HÄLSA PER REGION



FIGUR 28

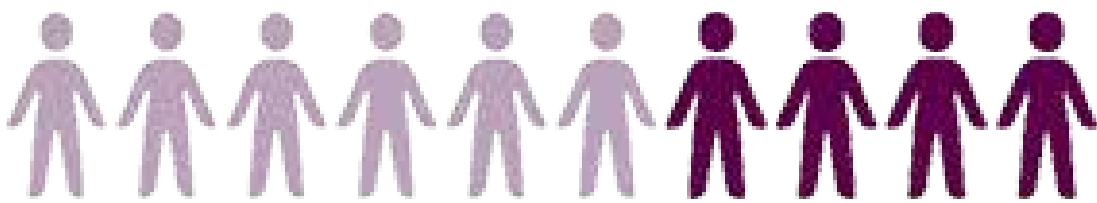
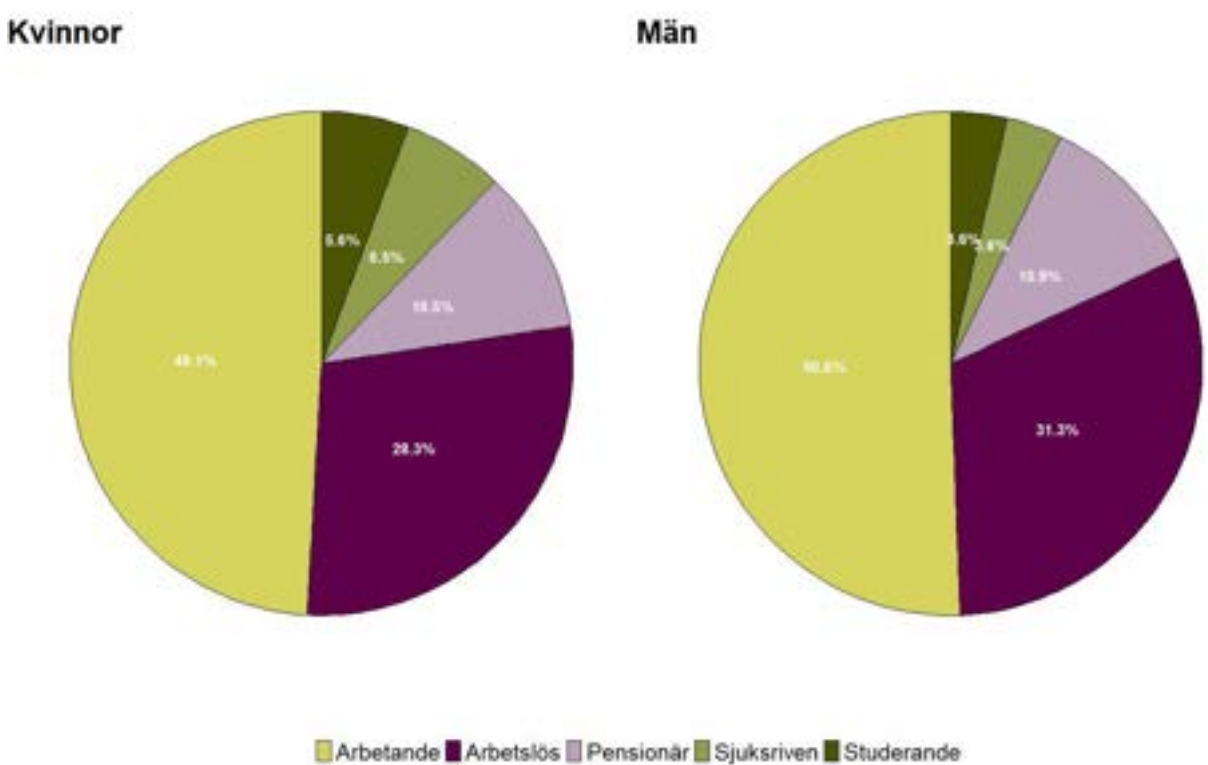
ANDEL MED FÖRBÄTTRAD ELLER SAMMA SJÄLVSKATTAD HÄLSA HOS KVINNOR RESPEKTIVE MÄN



ANDEL INDIVIDER MED SYSSELSÄTTNING

Figur 29 visar huvudsaklig sysselsättning under 2021 för individer registrerade i Bättre Beroendevård.

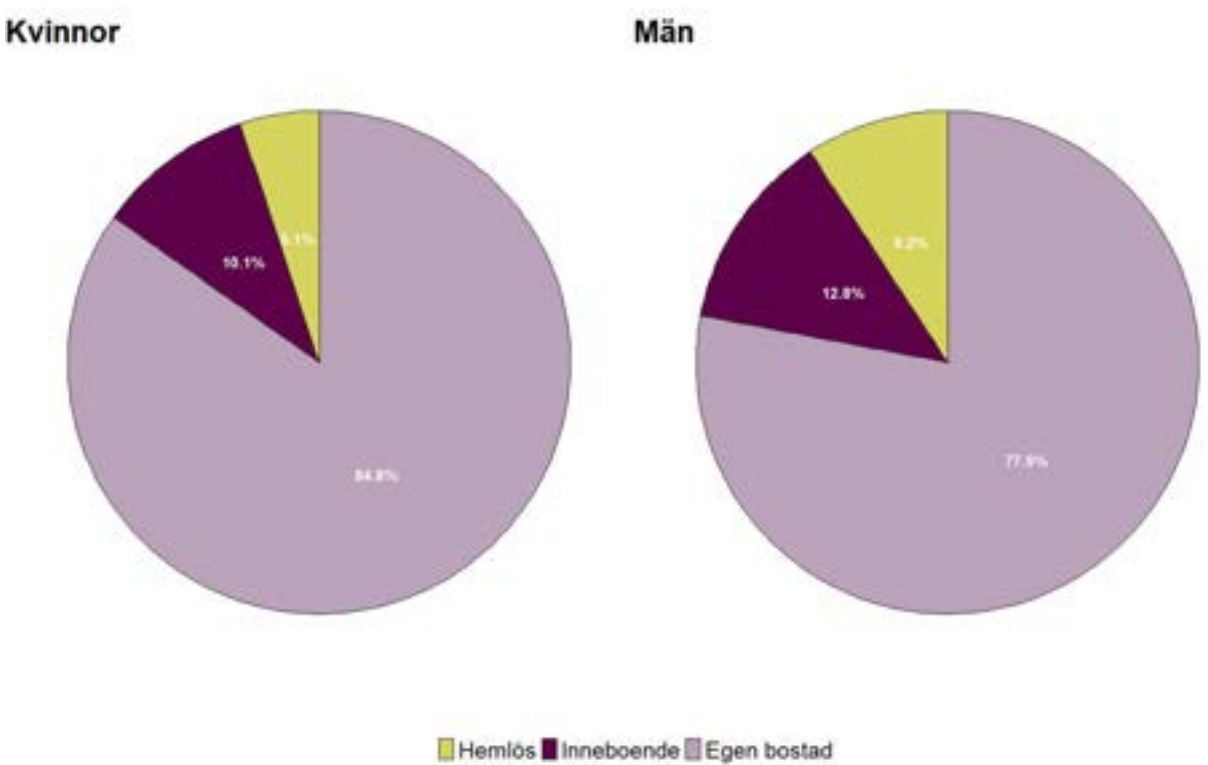
FIGUR 29 ANDEL INDIVIDER I BÄTTRE BEROENDEVÅRD MED SYSSELSÄTTNING FÖRDELAT PÅ KVINNOR OCH MÄN



ANDEL MED BOENDE

Figur 30 visar andel per boendeform för patienter registrerade i Bättre Beroendevård, fördelat på kvinnor och män.

FIGUR 30 ANDEL PATIENTER PER BOENDEFORM



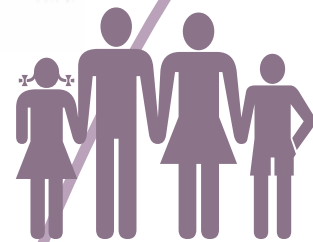
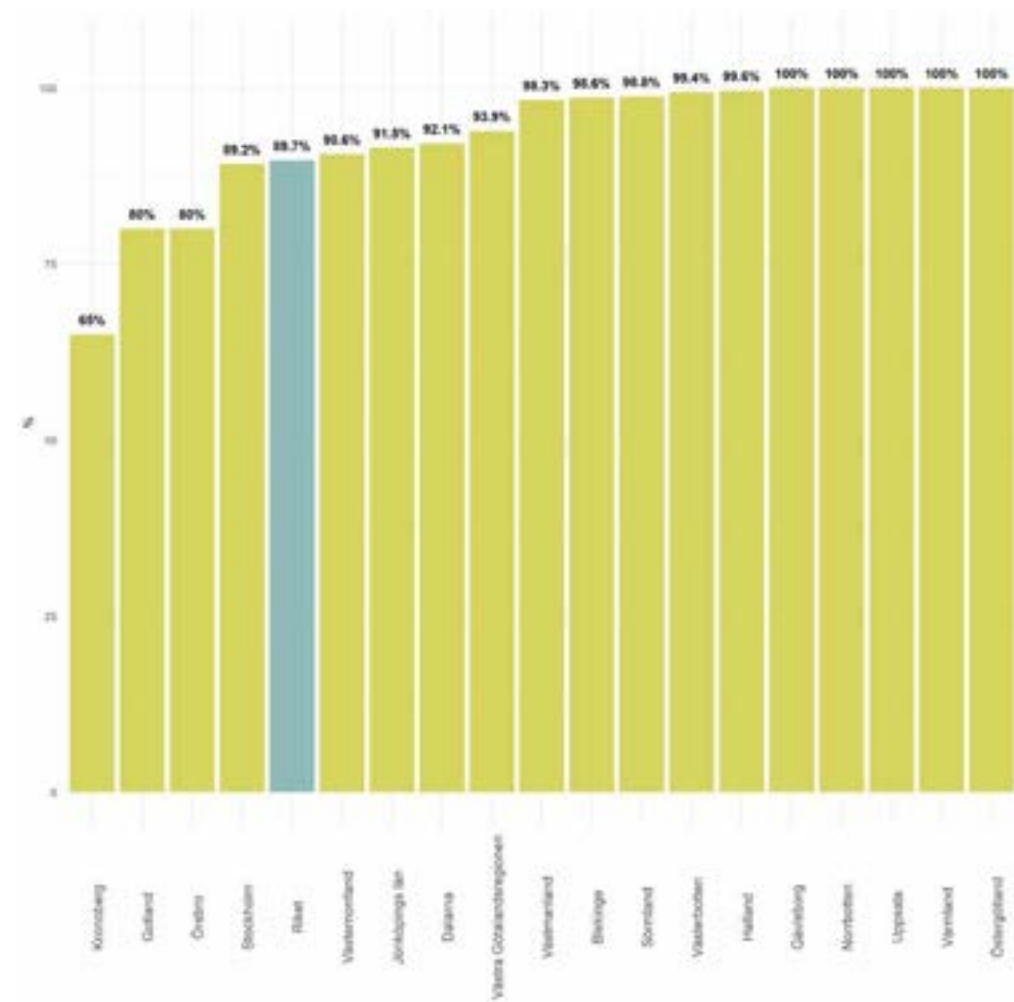
ANDEL INDIVIDER SOM BESVARAT FRÅGAN OM MINDERÅRIGA BARN I NÄRA RELATION

Figur 31 visar andel individer som besvarat frågan om det finns berörda minderåriga barn.

Denna kvalitetsindikator har en betydande roll för att barn till föräldrar med beroende ska kunna upptäckas och erbjudas rätt information, råd och stöd. Likt tidigare år är bortfallet lågt och det är endast ett fåtal av patienterna som inte har besvarat frågan.

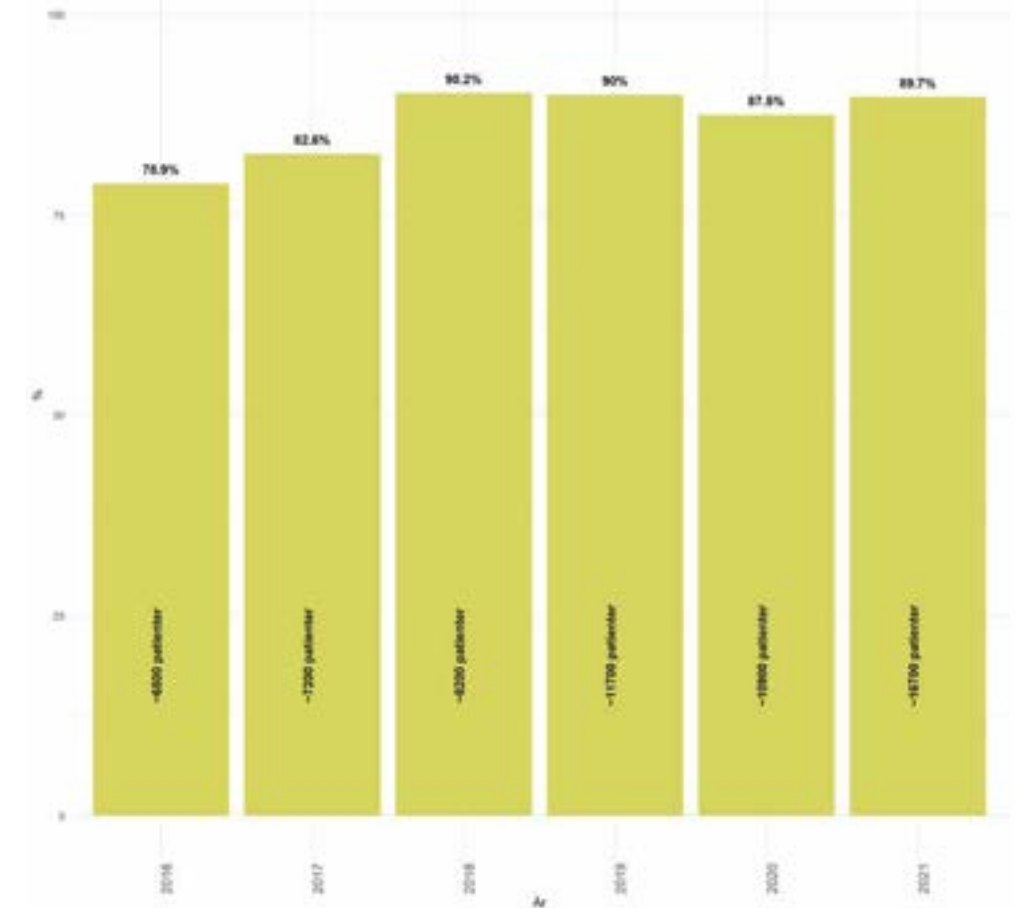
FIGUR 31

ANDEL PER REGION SOM BESVARAT FRÅGAN OM MINDERÅRIGA BARN



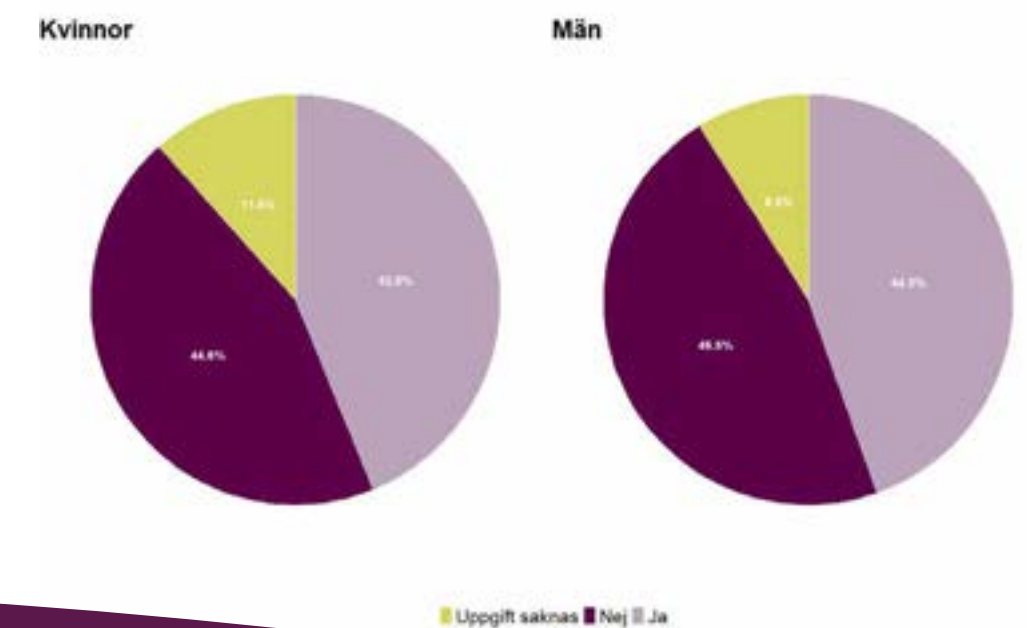
FIGUR 32

BESVARAT FRÅGAN OM BERÖRDA MINDERÅRIGA BARN - UTVECKLINGEN DE SENASTE 6 ÅREN



FIGUR 33

ANDEL MED BERÖRDA MINDERÅRIGA BARN FÖRDELAT PÅ KVINNOR OCH MÄN



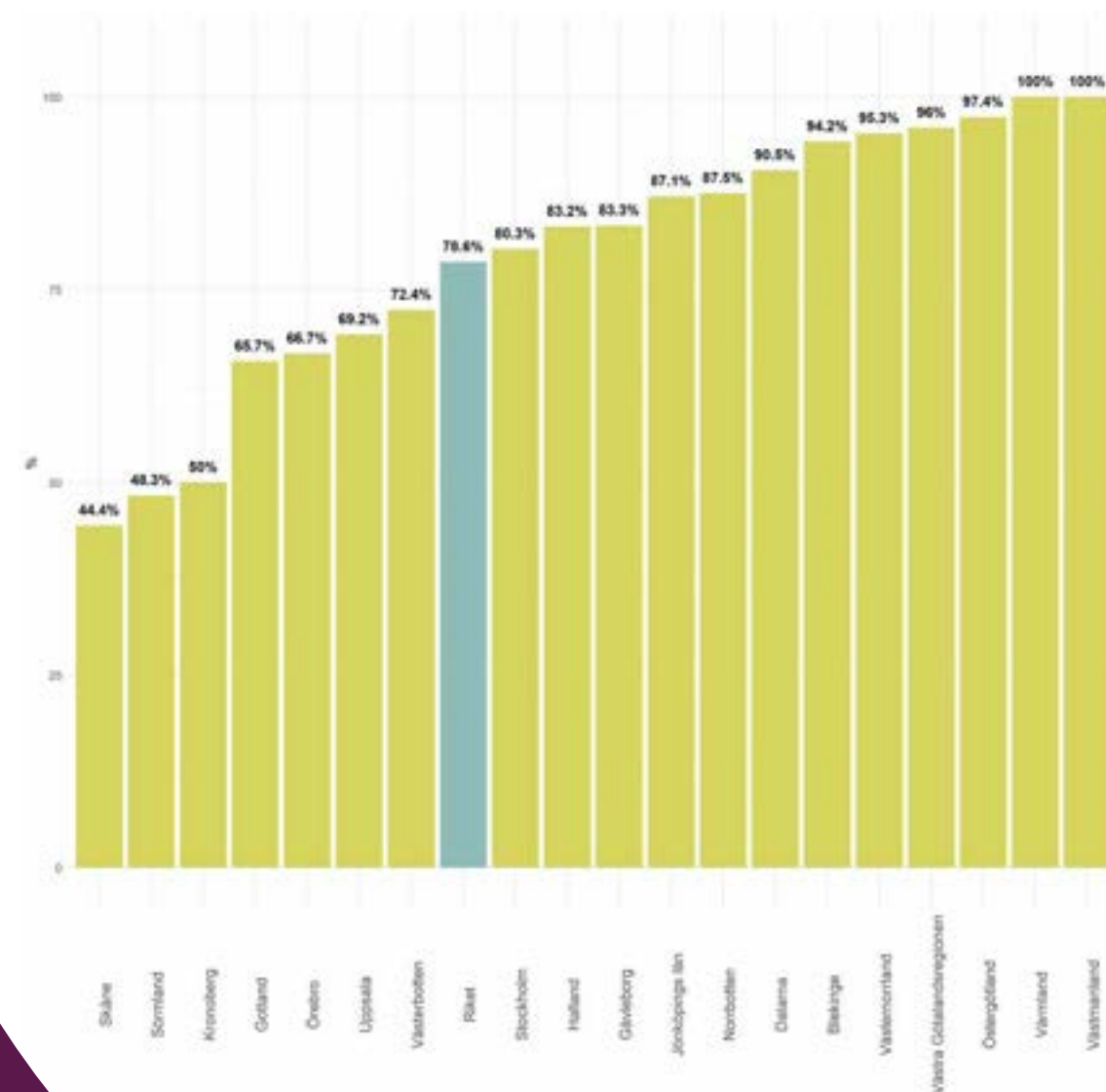
INDIVIDER MED AKTUELL VÅRDPLAN

Figur 34 visar andel individer med vårdplan fördelat på region.

Att alla patienter ska ha en individuell vårdplan är ett centralt mål inom beroendevården. En välplanerad behandling, tydlig för såväl patient som behandlare, har betydelse för patientens prognos. Vårdplanen ska också ligga som grund vid samverkan mellan beroendevård och socialtjänst.

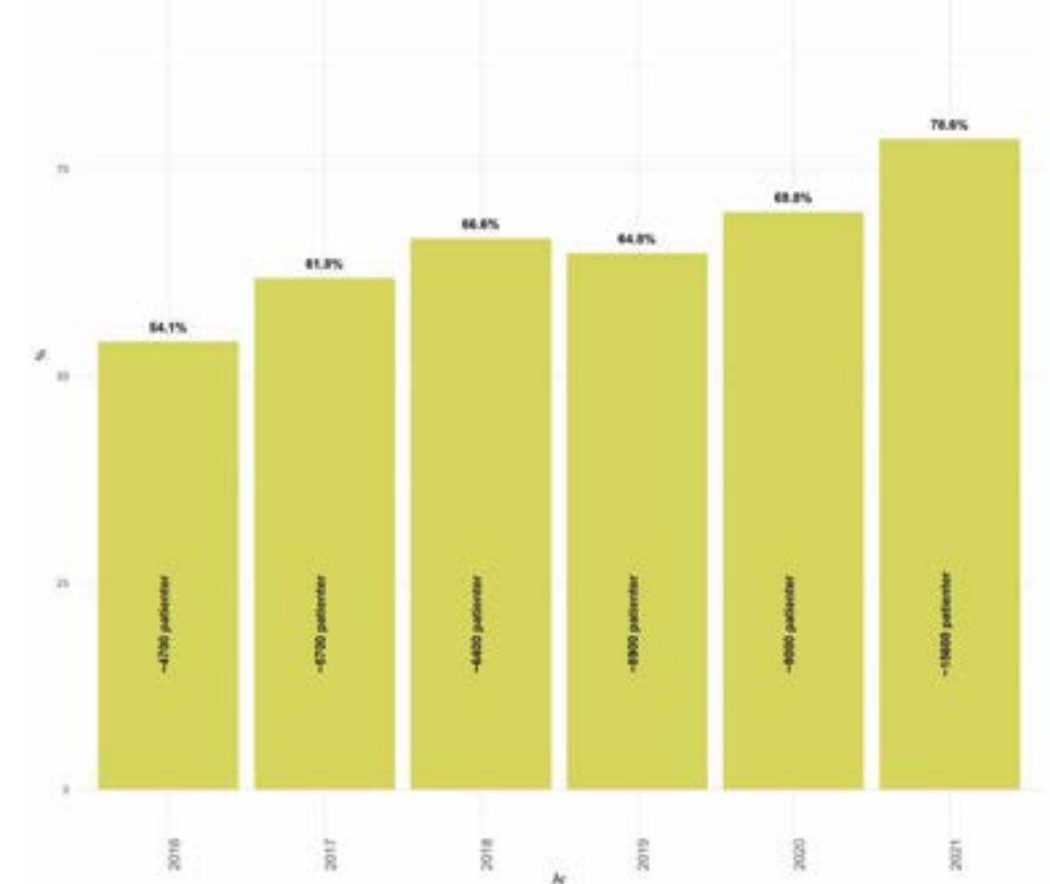
Som framgår i figur 34 har majoriteten av patienterna som registrerats i Bättre Beroendevård under 2021 en dokumenterad individuell vårdplan. Endast Skåne och Sörmland har andelar under 50 procent. Detta förklaras delvis av att det fortfarande finns delar i dokumentationen som inte kommer med vid direktöverföring.

FIGUR 34 ANDEL INDIVIDER MED AKTUELL VÅRDPLAN



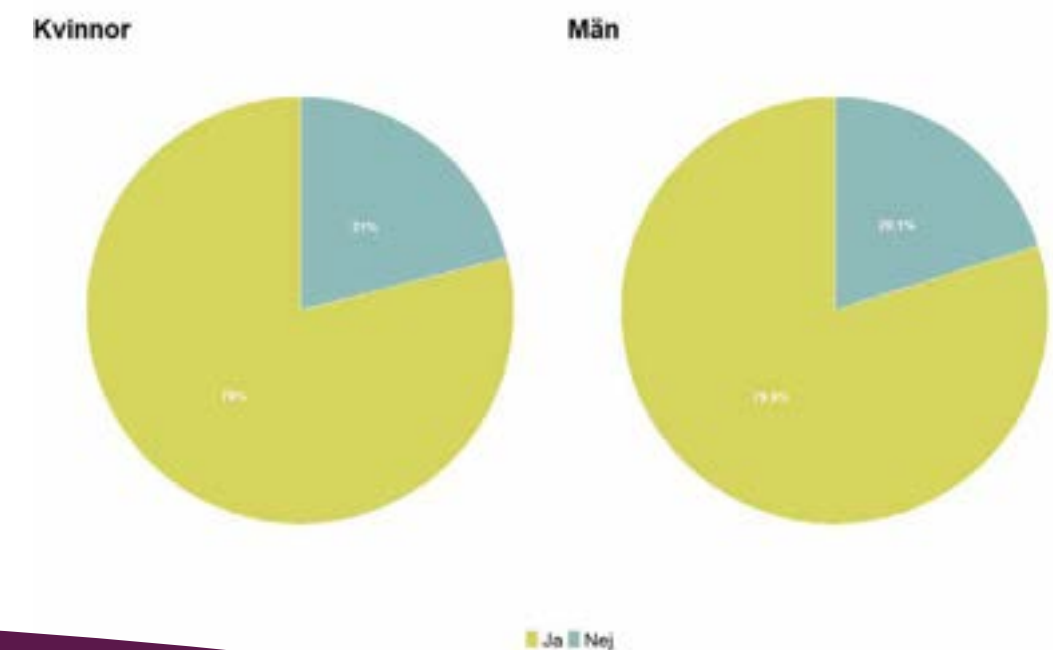
FIGUR 35

ANDEL MED AKTUELL VÅRDPLAN - UTVECKLINGEN UNDER DE SENASTE SEX ÅREN



FIGUR 36

ANDEL MED AKTUELL VÅRDPLAN FÖR KVINNOR RESPEKTIVE MÄN



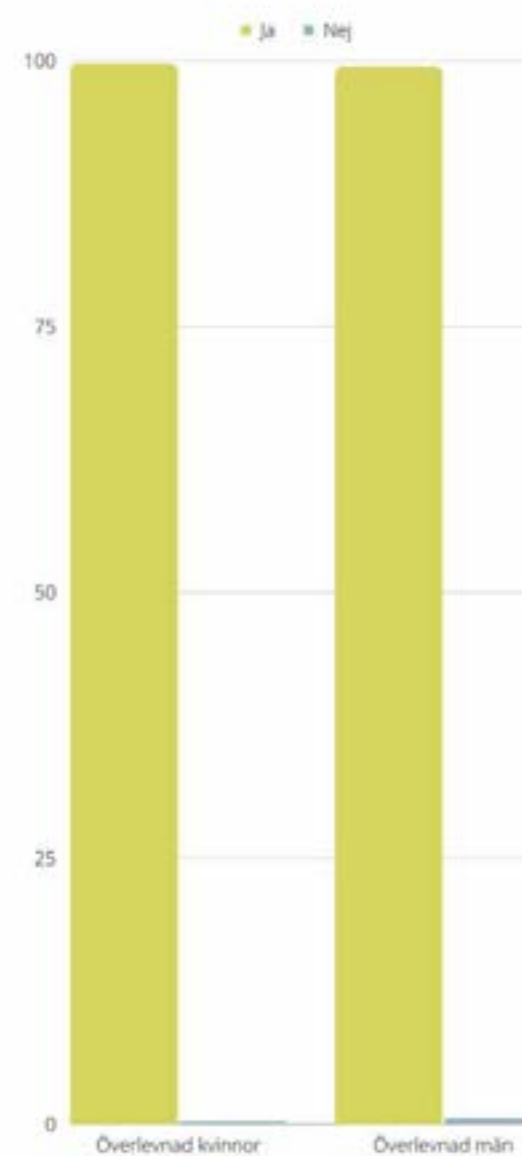
ÖVERLEVNAD FÖR INDIVIDER I LARO-BEHANDLING

Figur 37 visar antal individer i LARO-behandling som är vid liv 1 år efter registrering.



FIGUR 37

PATIENTER I BÄTTRE BEROENDEVÅRD SOM LEVER EFTER 1 ÅR I LARO-BEHANDLING.

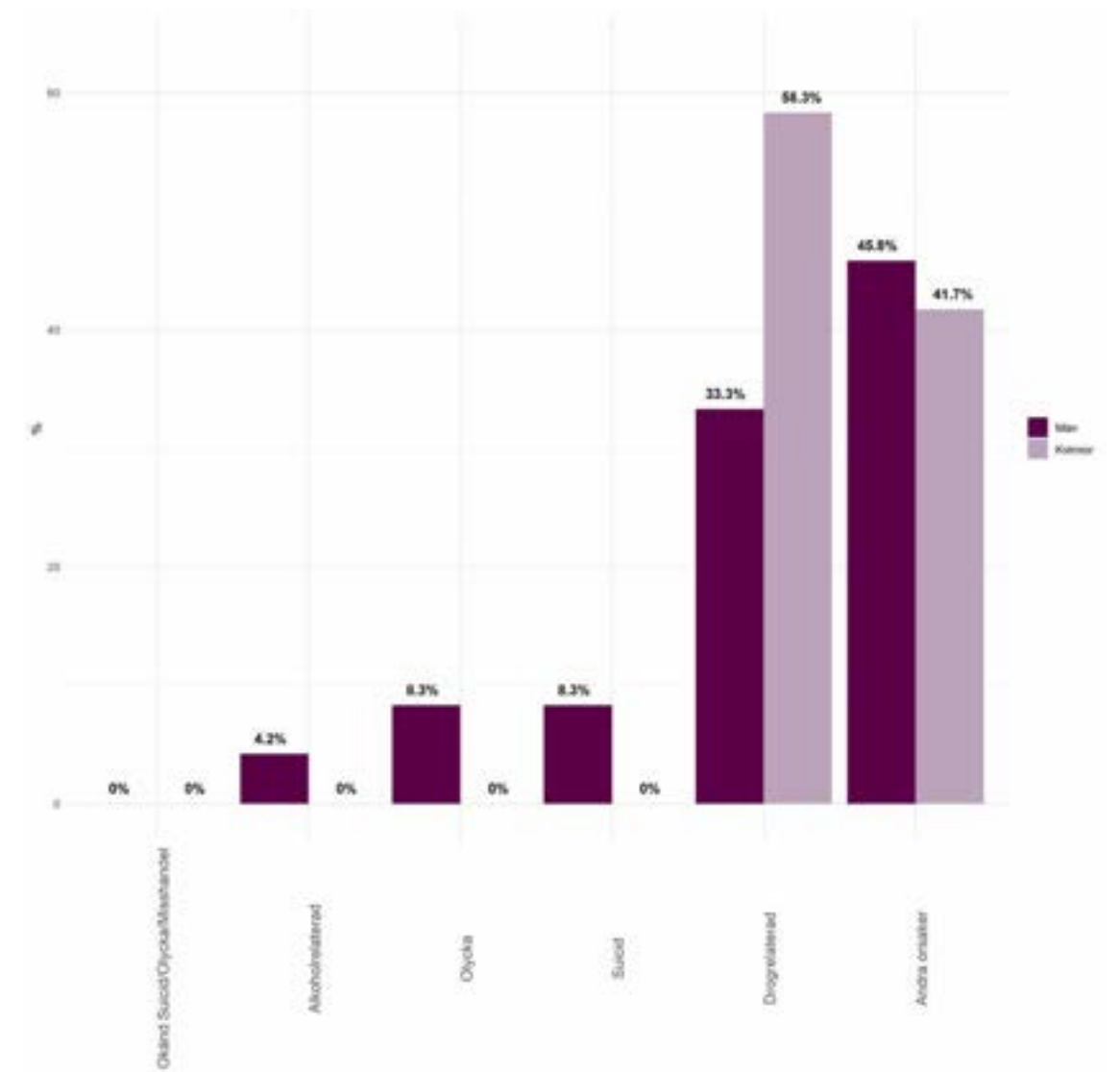


99,4 %
AV ALLA
KVINNOR

98,9 %
AV ALLA
MÄN

FIGUR 38

DÖDSORSAKER FÖR PATIENTER I LARO-BEHANDLING.



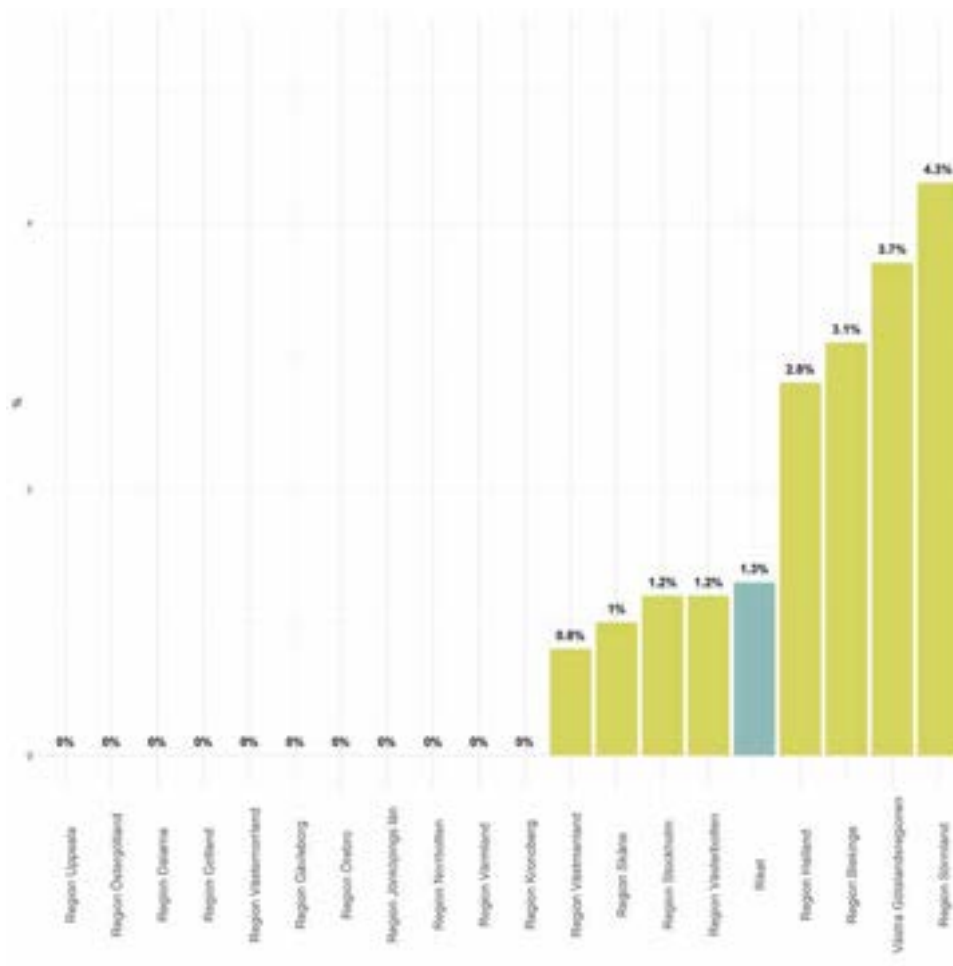
ANDEL PATIENTER SOM UTVECKLAT DELIRIUM TREMENS I HELDYGNSVÅRD

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

Figur 39 visar andelen sjukhusvårdade patienter som utvecklat delirium tremens per region och figur 40 visar fördelningen mellan kvinnor och män.

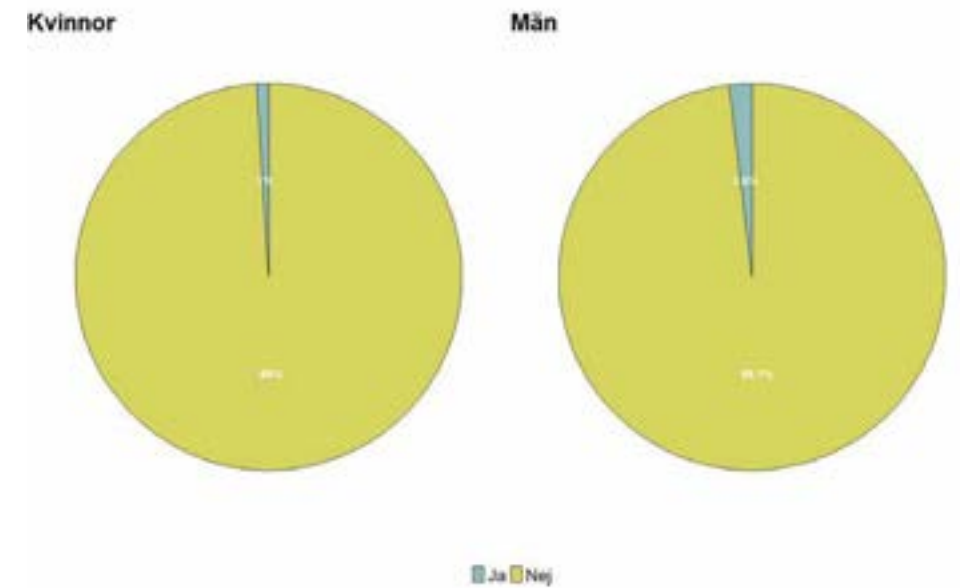
FIGUR 39

ANDEL PATIENTER SOM UTVECKLAT DELIRIUM TREMENS I HELDYGNSVÅRD PER REGION



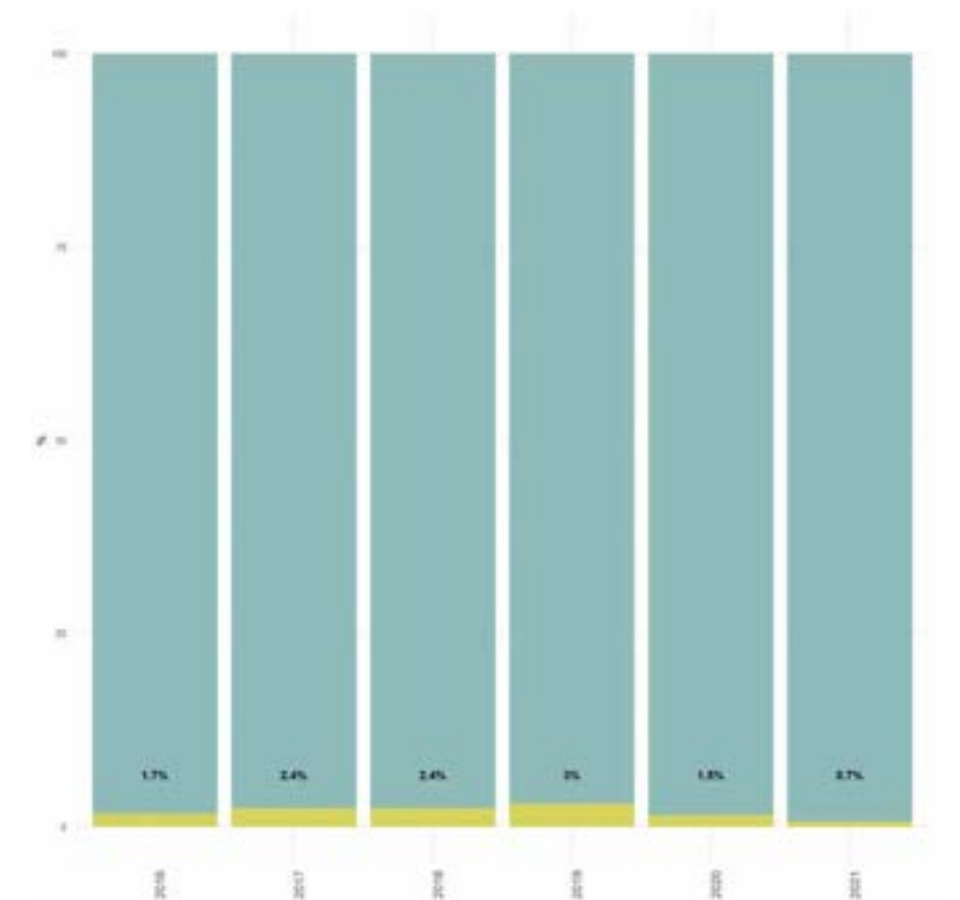
FIGUR 40

ANDEL PATIENTER SOM UTVECKLAT DELIRIUM TREMENS I HELDYGNSVÅRD PER KÖN



FIGUR 40

ANDEL PATIENTER SOM UTVECKLAT DELIRIUM TREMENS I HELDYGNS-
VÅRD PER KÖN - UTVECKLINGEN UNDER DE SENASTE SEX ÅREN



Översikt över anslutna enheter

Tabell fördelad på:

- Region
- Enhet
- Vårdform (klassificerat efter enkättyp)
- Totalt antal registrerade (Tot. reg.)
- Nyregistrering (Nyreg.)
- Uppföljningsregistrering
- Andel män (%)
- Ålder (median)
- Mest förekommande diagnos (%)
- Annan psykisk sjukdom (%)

Region	Enhet	Formulärtyp	Tot reg.	Nyreg.	Upp-följning	Andel män (%)	Ålder (median)	Mest förkom. Diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)
Region Blekinge	Beroendeenhetens mottagning Karlskrona	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Blekinge	Beroendeenhetens vårdavdelning Karlskrona	Slutenvård	75	65	22	80	36	F10 (48)	62
Region Dalarna	Avdelning 65 Falun	Slutenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Dalarna	Avdelning 65 Falun	Öppenvård	48	48	<10	73	35.5	F11 (100)	81
Region Dalarna	Psykiatrimottagning Borlänge	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Dalarna	Psykiatrimottagning Malung	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Dalarna	Psykiatrimottagning Rättvik	Öppenvård	10	<10	<10	50	38.5	F10 (38)	75
Region Gotland	Beroendemottagning Visby	Öppenvård	88	34	64	64	41	F11 (89)	97
Region Gävleborg	Beroendecentrum Bollnäs	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Gävleborg	Beroendecentrum Ljusdal	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Gävleborg	Beroendecentrum Söderhamn	Öppenvård	54	23	11	59	53	F10 (74)	52
Region Halland	Avdelning 24 Psykiatri Varberg	Slutenvård	250	181	111	72	47	F10 (62)	50
Region Halland	Substitutionsmottagningen Halmstad	Öppenvård	49	43	<10	79	41	F11 (98)	49
Region Halland	Vuxenpsykiatrimottagning Kungsbacka	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Halland	Vuxenpsykiatrimottagningen Halmstad Beroendeteamet	Öppenvård	16	<10	<10	75	31	F19 (38)	94
Region Jönköpings län	Beroendemottagningen Jönköping	Öppenvård	34	29	<10	91	41	F11 (97)	88
Region Jönköpings län	Psykiatrisk avdelning E Länssjukhuset Ryhov	Slutenvård	14	<10	<10	70	35	F11 (100)	30
Region Jönköpings län	Psykiatrisk mottagning 1 Värnamo	Öppenvård	33	33	<10	76	37	F11 (94)	91
Region Jönköpings län	Psykiatriska mottagningen Eksjö	Öppenvård	10	10	<10	80	43	F11 (90)	60
Region Jönköpings län	Psykiatriska mottagningen Nässjö	Öppenvård	42	35	<10	70	38.5	F19 (48)	100
Region Jönköpings län	Psykiatriska mottagningen Vetlanda	Öppenvård	12	11	<10	64	45	F11 (100)	64
Region Kronoberg	Beroendemottagningen Växjö	Öppenvård	20	<10	<10	60	34.5	F11 (25)	30
Region Norrbotten	LARO-Mottagning, Vuxenpsykiatri Sunderby Sjukhus	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Norrbotten	Missbruks och beroende avdelningen Luleå	Slutenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Skåne	Akutmottagning vuxenpsykiatri beroende Malmö	Slutenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Skåne	Avdelningen för opioidberoende Malmö	Slutenvård	71	42	33	75	39	F11 (100)	82
Region Skåne	Beroendecentrum avd 2 Malmö	Slutenvård	489	332	182	71	50	F10 (63)	88
Region Skåne	LARO-mottagning Bokgatan Malmö	Slutenvård	77	74	71	81	45	F11 (92)	100
Region Skåne	LARO-mottagning Bokgatan Malmö	Öppenvård	55	52	53	78	48	F11 (84)	98
Region Skåne	LARO-mottagning Kristianstad	Slutenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Skåne	LARO-mottagning Kristianstad	Öppenvård	20	<10	12	59	34	F11 (100)	76
Region Skåne	LARO-mottagning Matris Drottninggatan Malmö	Slutenvård	20	17	13	60	34	F11 (90)	100
Region Skåne	LARO-mottagning Matris Drottninggatan Malmö	Öppenvård	51	47	34	74	40.5	F11 (90)	100
Region Skåne	LARO-mottagning Trelleborg	Öppenvård	29	<10	29	76	31	F11 (100)	10
Region Skåne	LARO BeFem Malmö	Öppenvård	42	<10	35	83	43	F11 (100)	19
Region Skåne	LARO Sund Landskrona	Öppenvård	16	16	<10	88	39.5	F11 (100)	94
Region Skåne	LARO Sund Malmö	Öppenvård	42	39	<10	71	34	F11 (90)	41
Region Skåne	LARO Sund Söder Helsingborg	Öppenvård	38	27	<10	66	30	F11 (94)	62
Region Skåne	Ramlösa Social Utveckling Helsingborg	Öppenvård	18	15	<10	69	34	F11 (81)	62
Region Skåne	Solstenen i Höör	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Skåne	Solstenen i Lund	Öppenvård	18	16	<10	78	37.5	F10 (6)	6
Region Skåne	Vuxenpsykiatriavdelning 1 beroende Malmö	Slutenvård	302	197	115	73	43	F10 (55)	90
Region Skåne	Vuxenpsykiatrimottagning beroende Helsingborg	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Skåne	Vuxenpsykiatrimottagning Beroende Kristianstad	Slutenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Skåne	Vuxenpsykiatrimottagning beroende Malmö	Slutenvård	11	10	<10	73	47	F10 (27)	91
Region Skåne	Vuxenpsykiatrimottagning beroende Triangeln Malmö	Slutenvård	132	126	<10	55	55	F10 (76)	97
Region Skåne	Vuxenpsykiatrimottagning läkemedelsberoende Malmö	Slutenvård	19	18	<10	63	31	F11 (53)	63
Region Stockholm	Alkohol och Hälsa Nord	Öppenvård	597	135	508	59	52	F10 (86)	64
Region Stockholm	Alkohol och Hälsa, Riddargatan 1 Stockholm	Öppenvård	6294	1238	5449	60	50	F10 (82)	51

Region	Enhet	Formulärtyp	Tot reg.	Nyreg.	Upp-följning	Andel män (%)	Ålder (median)	Mest förkom. Diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)
Region Stockholm	Alvik-Ekerö beroendemottagning	Öppenvård	3853	468	3639	68	41	F10 (58)	83
Region Stockholm	Avdelning 52	Slutenvård	11	10	<10	100	33	F19 (73)	45
Region Stockholm	BSC Slutenvård St Göran	Slutenvård	7720	2959	5592	70	40	F10 (65)	73
Region Stockholm	BSC Slutenvård St Göran	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Stockholm	Capio Hemlösa Öppenvård Pelarbacken	Öppenvård	205	33	189	75	44.5	F19 (40)	90
Region Stockholm	Elitidrott och hälsa	Öppenvård	440	80	361	31	24	F10 (1)	94
Region Stockholm	Ewa-mottagningen Stockholm	Öppenvård	3111	272	2994	1	43	F10 (82)	84
Region Stockholm	Fridhemsmottagningen Stockholm	Öppenvård	644	138	539	93	38	F10 (32)	57
Region Stockholm	Haninge beroendemottagning	Öppenvård	2529	389	2285	72	38	F10 (51)	81
Region Stockholm	Huddinge-Botkyrka beroendemottagning	Öppenvård	5014	632	4612	71	40	F10 (54)	83
Region Stockholm	Hässelbymottagningen	Öppenvård	2619	305	2472	70	38	F10 (55)	79
Region Stockholm	Järva Beroendemottagning	Öppenvård	3376	411	3180	72	37	F10 (43)	77
Region Stockholm	Konsultmottagning 166 Stockholm	Öppenvård	1156	133	1082	60	54	F10 (79)	97
Region Stockholm	Lidingö beroendemottagning	Öppenvård	2015	239	1887	68	44	F10 (64)	73
Region Stockholm	Liljeholmens Livsstilsmottagning	Öppenvård	908	179	772	65	21	F12 (39)	85
Region Stockholm	Liljeholmsbergets beroendemottagning	Öppenvård	7833	943	7340	72	40	F10 (54)	79
Region Stockholm	Livsstilsmottagningen	Öppenvård	2377	474	2094	64	21	F10 (33)	81
Region Stockholm	Läkemedel och Hälsa	Öppenvård	2896	449	2603	43	50	F11 (58)	88
Region Stockholm	Magnus Huss-mottagningen	Öppenvård	6209	742	5850	69	46	F10 (64)	83
Region Stockholm	Mottagning 44 Stockhol	Öppenvård	1937	94	1932	81	41	F11 (96)	84
Region Stockholm	Nynäshamn beroendemottagning	Öppenvård	940	124	868	70	43	F10 (57)	67
Region Stockholm	PRIMA Maria Fri	Öppenvård	375	96	297	39	37	F10 (18)	45
Region Stockholm	PRIMA Maria LARO HR	Öppenvård	679	<10	676	76	43.5	F11 (100)	76
Region Stockholm	PRIMA Maria LARO Rehab	Öppenvård	4137	443	4019	72	42	F11 (97)	57
Region Stockholm	PRIMA Maria Nacka beroende	Öppenvård	1703	277	1534	70	44	F10 (58)	35
Region Stockholm	PRIMA Maria Södermalm beroende	Öppenvård	1047	104	1005	66	50	F10 (73)	59
Region Stockholm	PRIMA Maria Ung	Öppenvård	115	29	90	45	21	F12 (24)	42
Region Stockholm	PRIMA Maria Värmdö beroende	Öppenvård	1059	202	946	66	41	F10 (54)	41
Region Stockholm	PRIMA Maria Öppenvård	Öppenvård	7935	1089	7421	65	41	F10 (52)	62
Region Stockholm	PRIMA Slutenvård	Slutenvård	1897	517	1540	70	43	F10 (63)	38
Region Stockholm	Psykiatri och beroende Posthusgatan Norrtälje	Öppenvård	1236	422	817	37	41.5	F10 (4)	100
Region Stockholm	Psykiatri och beroende ROS	Öppenvård	1469	417	1063	53	35	F10 (26)	95
Region Stockholm	Psykoterapiteamet Stockholm	Öppenvård	580	10	572	53	39	F10 (53)	97
Region Stockholm	Resursteamet Stockhol	Öppenvård	798	36	796	76	50	F11 (100)	96
Region Stockholm	Rosenlunds mödravårdsteam Stockholm	Öppenvård	812	102	753	3	28	F10 (34)	85
Region Stockholm	Rosenlunds mottagningen Stockholm	Öppenvård	1880	90	1875	71	42.5	F11 (99)	91
Region Stockholm	S:t Eriks teamet Stockholm	Öppenvård	1876	101	1874	66	43.5	F11 (98)	89
Region Stockholm	Salem- Nykvarns beroendemottagning	Öppenvård	545	68	507	69	46.5	F10 (71)	82
Region Stockholm	Sigtuna beroendemottagning Märsta	Öppenvård	1838	213	1728	63	40	F10 (46)	73
Region Stockholm	Smårteamet Syd	Öppenvård	66	47	58	46	52.5	F11 (32)	38
Region Stockholm	Sollentuna beroendemottagning	Öppenvård	2955	358	2743	70	41	F10 (49)	81
Region Stockholm	Solna-Sundbybergs beroendemottagning	Öppenvård	3906	522	3625	73	41	F10 (59)	81
Region Stockholm	Södertälje beroendemottagning	Öppenvård	2736	369	2531	67	42	F10 (51)	74
Region Stockholm	Team A3-Funkis Stockholm	Öppenvård	1305	68	1303	64	52	F11 (100)	76
Region Stockholm	TUB-Mottagningen Stockholm	Öppenvård	66	53	61	38	46	F11 (25)	45
Region Stockholm	Tyresö beroendemottagning	Öppenvård	2290	273	2144	68	40	F10 (64)	76
Region Stockholm	Täby-Danderyd-Vaxholm beroendemottagning	Öppenvård	1849	279	1700	74	44	F10 (56)	81
Region Stockholm	Upplands Väsby beroendemottagning	Öppenvård	2228	247	2092	67	39	F10 (55)	83
Region Stockholm	Vallentuna beroendemottagning Stockholm	Öppenvård	749	102	682	62	44	F10 (54)	84
Region Stockholm	Åkersberga beroendemottagning Stockholm	Öppenvård	1667	196	1565	68	42.5	F10 (52)	69
Region Sörmland	Beroendecentrum Mälarsjukhuset Eskilstuna	Öppenvård	37	26	11	68	40	F11 (48)	88
Region Sörmland	Psykiatriska intensivvårds- och beroendeavdelning Mälarsjukhuset	Slutenvård	79	62	20	67	35	F19 (42)	45
Region Uppsala	Psykiatriavdelning 4 Uppsala	Slutenvård	45	42	11	63	42	F10 (47)	81
Region Värmland	LARO mottagningen Karlstad	Öppenvård	19	12	<10	58	33	F11 (100)	83
Region Västerbotten	Psykiatrisk avdelning beroende Skellefteå	Slutenvård	301	165	205	72	40.5	F10 (52)	78
Region Västernorrland	Psykiatrisk avdelning 7 Sundsvall	Slutenvård	156	126	45	76	39	F10 (43)	75
Region Västmanland	Avd 91 Västerås	Slutenvård	132	116	28	72	36	F19 (46)	21
Region Örebro	Beroendecentrums avdelning Universitetssjukhuset Örebro	Slutenvård	37	32	<10	78	41.5	F10 (31)	6
Region Östergötland	Beroendemottagningen Linköping	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Östergötland	Psykiatriska kliniken Motala/Mjölby, tidigare Psykiatri och habiliterings	Öppenvård	142	68	69	64	41	F10 (48)	87
Västra Götalandsregionen	Avdelning 363 Göteborg	Slutenvård	116	107	14	73	37	F19 (40)	52
Västra Götalandsregionen	Beroendemottagning Hisingen Göteborg	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Västra Götalandsregionen	Beroendemottagning Kvinnor Göteborg	Öppenvård	53	20	17	.	30	F10 (45)	89
Västra Götalandsregionen	Beroendemottagning Olskroken Göteborg	Öppenvård	11	10	<10	80	29.5	F10 (40)	90
Västra Götalandsregionen	LARO-mottagning Borås	Öppenvård	27	<10	24	73	35	F11 (88)	73
Västra Götalandsregionen	Psykiatriavdelning 10 Kungälv	Slutenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Västra Götalandsregionen	Psykiatriavdelning 10 Kungälv	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Västra Götalandsregionen	Substitutionsmottagning 2 Högsbo Göteborg	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Västra Götalandsregionen	Substitutionsmottagning Olskroken	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.

Patientinformation och GDPR

Hantering av personuppgifter i Bättre Beroendevård regleras av dataskyddsförordningen, GDPR, och kapitel sju i patientdatalagen, PDL. All personal som hanterar personuppgifter i kvalitetsregister omfattas av en lagstadgad tystnadsplikt. Registret tillhandahåller patientinformation om manuell inmatning och direktöverföring från journal. Det finns även information på lättläst svenska. I patientinformationen beskrivs hur registret arbetar med dataskydd enligt GDPR, vilka rättigheter patienten har samt hur hen kan göra dem gällande.

Bättre Beroendevård värnar om personlig integritet och eftersträvar en hög nivå av dataskydd för de personuppgifter som behandlas i registret.

Läs gärna mer om hantering av personuppgifter på www.battreberoendevard.se.

ORDLISTA FÖRKORTNINGAR

CAN – Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
CPUA – Centralt personuppgiftsansvarig
INCA – IT-plattform för register, inklusive Bättre Beroendevård
IVR-verktyg – Verktyg i Take Care för Insamling, Validering, Rapportering
LARO – Läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende
NPD i – Nationella programmet för datainsamling
NPO Psykisk Hälsa – Nationellt programområde för psykisk hälsa
NAG – Nationella arbetsgrupper kopplade till ett nationellt programområde
PDL – Patientdatalagen
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 Bättre Beroendevård
RFHL – Riksförbundet för hjälp åt läkemedels- & narkotikabrukare
RS – Region Stockholm
SKR – Sveriges kommuner och regioner
SLSO – Stockholms Läns Sjukvårdsområde
VGR – Västra götlandsregionen
VIP – Vård- och insatsprogram (för missbruk och beroende)
ViS – Vården i siffror

Informationsägare: Johan Franck och Jeanette Westman
Statistik: Härje Widing
Layout: Helena Grundström
Foto: Unsplash eller Pixabay där inget annat anges

Kontakt: battre.beroendevard.slso@regionstockholm.se

BÄTTRE
BEROENDEVÅRD

battreberoendevard.registercentrum.se | [battre.beroendevard.slso@regionstockholm](mailto:battre.beroendevard.slso@regionstockholm.se)