

BÄTTRE 
BEROENDEVÅRD

ÅRSRAPPORT 2022

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

battreberoendevard.registercentrum.se/

Styrgrupp 2022

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 Region Skåne,
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)

Vi fortsätter att utveckla för en bättre beroendevård!

Vi arbetar kontinuerligt med att förbättra kvalitetsregistret Bättre Beroendevård för att ännu bättre kunna uppfylla registrets primära mål: att bidra till en kunskapsstyrd och jämlik beroendevård.

Kvalitetsregistret Bättre Beroendevård har ett nära samarbete med NPO psykisk hälsa för att möjliggöra kvalitetsuppföljning av beroendevården som är kopplad till kunskapsstyrningen. Införandet av 11 kvalitetsindikatorer i VIP (Vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende) bidrar till förbättrad uppföljning, utvärdering och jämförelse av resultat mellan olika enheter och verksamheter på både regional och nationell nivå.

Under det senaste året har vi gradvis implementerat flera åtgärder som har tagit oss framåt. Genom fortsatt utveckling av registrets visningsytor har vi gjort det enklare att få åtkomst till och använda kvalitetsindikatorer för att främja en god och jämlik beroendevård. Utvecklingen går mot att Bättre Beroendevård blir en allt viktigare källa för uppföljning och utvärdering.

På årskonferensen för Bättre Beroendevård presenterade regeringens särskilda utredare Anders Printz slutbetänkandet för samsjuklighetsutredningen. Om Samsjuklighetsutredningens förslag om en samordnad beroendevård inom regionernas hälso- och sjukvård blir verklighet, väntar betydande förändringar med ett kraftigt utökat uppdrag för beroendevården och kvalitetsregistret.

Antalet registreringar i Bättre Beroendevård har fortsatt att öka under 2022. Införandet av direktöverföring i Region Skåne, Region Stockholm och nu även Västra Götalandsregionen har haft en positiv inverkan på registrets täckningsgrad. Den accelererade utvecklingen inom IT och digitala system underlättar arbetet med strukturerade journaldata och direktöverföring. Den snabba teknikutvecklingen inom området gör att framtiden ser ljus ut för Bättre Beroendevård.

Ökad användning av digitala möten och utbildningar har effektiviserat användarstödet till våra över hundra anslutna enheter. Möten och utbildningar via videolänk är nu en naturlig del av vår verksamhet. Det starka engagemang vi möter hos våra användare på enheterna inspirerar oss att fortsätta utveckla kvalitetsregistret för att uppnå en ännu bättre beroendevård.

Johan Franck

Innehåll

Förord: Vi fortsätter utveckla för en bättre beroendevård	3	Täckningsgradsanalys	
Om Bättre Beroendevård		Täckningsgradsanalysen idag	16
Syfte	6	Samverkansprojekt inom kunskapsstyrning	17
Inklusionskriterium	6	Registret inom klinisk verksamhet	17
CPUA och riktlinjer	7	Dödsorsaker som variabel	
Sammansättning av styrgrupp	7	Ny uppdatering	18
Karta anslutna enheter	8	Variabler INCA	18
Samverkan med NPO		Dödsorsaker	19
Psykisk hälsa	9	Intervju: Stela siffror blev till figurer som visualiseras i realtid	20
Central datakälla för kvalitetsindikatorer	9	Nya utdatamöjligheter ger nytt värde för användarna, figur	22
Intervju: Bättre beroendevård incitament till ständiga förbättringar	10	Datakvalitet och validering	
Kunskapsstyrning för en jämlik vård	12	Validering av data	25
Med fokus på LARO	13	Datakvalitet och bortfall av data	25
Samsjuklighet, direktöverföring, täckningsgradsanalys		Fokusområden framåt	
Samsjuklighetsutredningen	14	Direktöverföring	26
Direktöverföring journaldata	15	Öka antalet registreringar	
		Vidareutveckla INCA	
		Nytt formulär LARO	
		Uveckla täckningsgradsanalysen	27
		Prioritera samverkansprojekt	27
		Integrering av registret inom klinisk verksamhet	27

Fortsatt fokus på LARO		Återfallsförebyggande läkemedel	
Nytt formulär för registrering av LARO	29	Andel individer riket	47
Ny rapport för LARO under utveckling		Region Stockholm	47
Täckningsgrad LARO karta	30	Kön	48
Samordnad individuell plan, LARO	31	Andel individer med ökad hälsa	49
		Självsfattad hälsa kön	49
Metadondosering, kvinnor män	32	Syselsättning	50
Metadondosering per region	32	Med boende	51
		Andel individer med minderåriga barn	52
Psykiatrisk samsjuklighet		Individer med aktuell vårdplan	54
Psykiatrisk samsjuklighet kön	38	Individer som utvecklat delirium	58
Psykiatriks samsjuklighet regioner	38		
		Överlevande för individer i Laro-behandling	56
Patientupplevda mått	34		
Självsfattad hälsa	34	Översikt anslutna enheter	60
Självsfattad hälsa per region	35		
Självsfattad hälsa kön	35	Patientinformation och GDPR	62
CGI-S		Ordlista förkortningar	63
Kön	36		
Mått	37		
Statistik			
Registreringar per år	38		
Registreringar totalt	39		
Registreringar per region	39		
Statistik: ålder, kön och diagnos			
Boendeform åldersgrupp	40		
Åldersfördelning patienter	41		
Åldersfördelning kön	41		
Könsfördelning öppen- och slutenvård	42		
Injektionsmissbruk kön	42		
Substanser kön	43		
Beroendegrupper kön	43		
Beroendegrupper region	44		
År till behandlingsmål	45		
Kvalitetsindikatorer			
Andel individer med minskat alkoholintag	46		

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).

Nationell kunskapsstyrning i samverkan med NPO Psykisk hälsa

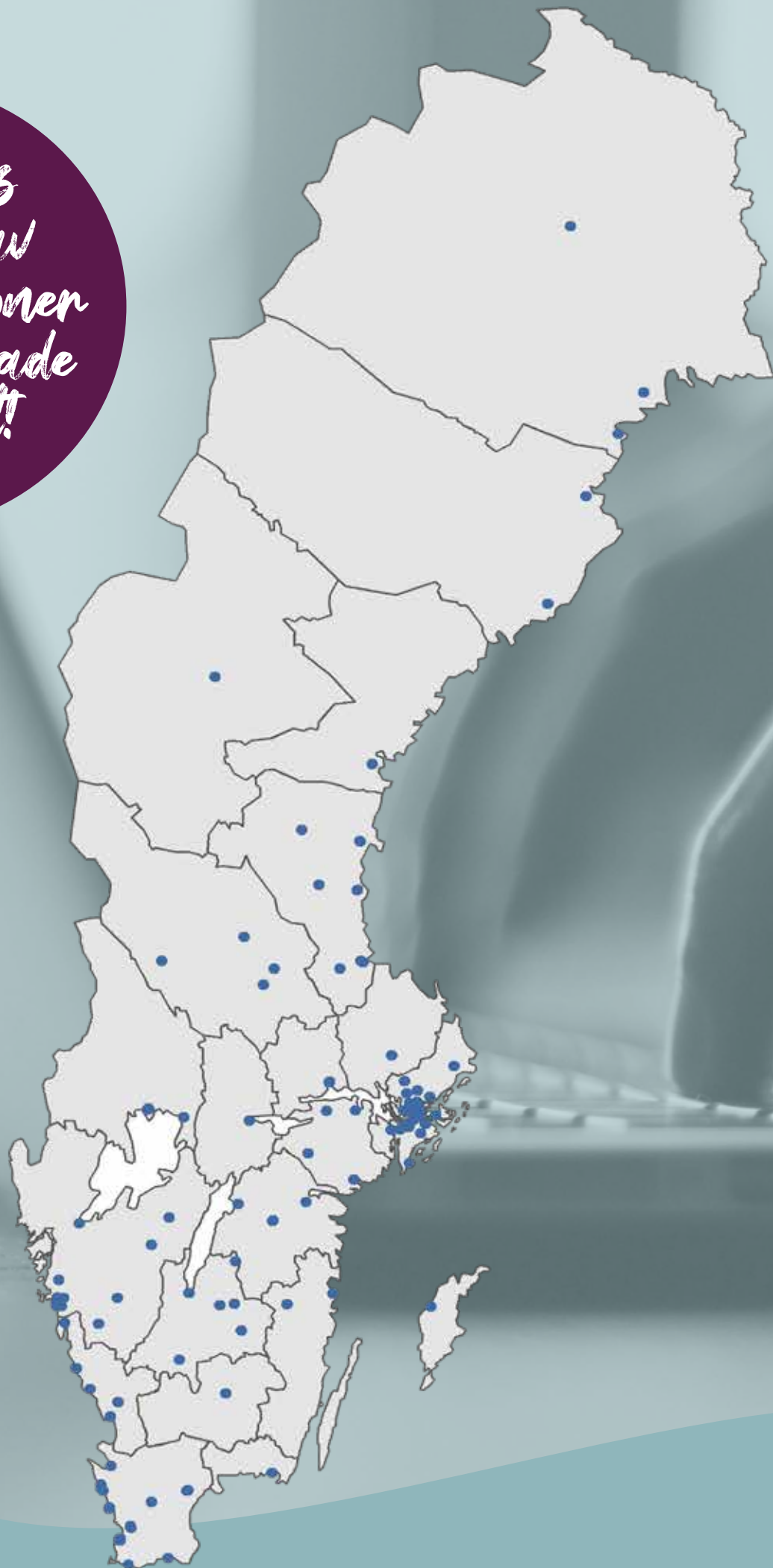
Genom det nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård bidrar Bättre Beroendevård till en mer jämlik, kunskapsbaserad och resurs-effektiv beroendevård.

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.

*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 incitament till ständiga förbättringar

INTERVJU MED JOHAN FRANCK, VERKSAMHETSCHEF BEROENDECENTRUM STOCKHOLM, REGISTERHÅLLARE

Text: Jonna Engwall

Varför behövs kvalitetsregistret?

Alla verksamheter och företag behöver säkerställa att de håller en god kvalitet. Vi skulle till exempel aldrig anlita ett flygbolag som inte sköter sin kvalitetssäkring, och detsamma måste ju gälla oss inom beroendevården, där ibland livsavgörande beslut fattas om behandling och andra insatser.

Vad är specifikt med registret för beroendevården?

Det innefattar i grunden genuint psykiatriska indikatorer som handlar om substansberoendet, men även somatiska (hepatit) och sociala (berörda närstående barn).

Kommer vi alltid att behöva ett kvalitetsregister?

Min gissning är nej. Jag tror att vi i framtiden kommer att ha tillgång till ett stort datamoln med olika typer av hälsodata, och då blir begreppet register meningslöst. Ledningen kommer då att kunna följa verksamheten i realtid, och medarbetare och brukare kan ta ut rapporter inom relevanta områden. Men om du i stället betonar ordet behöva så är svaret ja – självklart kommer vi att behöva följa utdata på

våra kvalitetsindikatorer. Troligen kommer kraven på detta att bli ännu högre!

Hur får vi in information till kvalitetsregistret?

Idealiskt sett ska kvalitetsindikatorerna bygga på sådan information som vi ändå lägger in i patientjournalen. Snart kommer vi ha AI-verktyg som förbättrar datakvaliteten, och som påminner om när någon uppgift saknas. Men grundprincipen måste vara att kvalitetsregistret inte ska generera extra arbete. Tidigare var det ju så, när vi fyllde i pappersblanketter. De har nu ersatts av direktöverföring av data från journalerna.

Hur gynnas patienten av detta?

Verksamheten blir bättre och det kommer att gå att jämföra olika verksamheter med avseende på resultat och kvalitet. Pressen på illa skötta verksamheter blir högre.

Hur kommer kunskapsstyrningen i kvalitetsregistret?

Kvalitetsregistret Bättre Bero-

endevård är redan en hörnsten i den nationella kunskapsstyrningen. Samtliga kvalitetsindikatorer i registret är kopplade till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för beroendevård. Ordförande i den nationella arbetsgruppen för beroende sitter även i registrets styrgrupp.

"Genom ett antal strategiska rekryteringar har vi nu en mycket hög statistisk och teknisk kompetens."



Foto: Jonna Engwall

Hur ser utvecklingen för registret ut?

Mycket positiv. Genom ett antal strategiska rekryteringar har vi nu en mycket hög statistisk och teknisk kompetens, vi har nya visningsytor som är lätta att använda, och antalet registreringar ökar kraftigt. För vissa parametrar, till exempel antal patienter i Sverige med LARO, är Bättre Beroendevård den datakälla som ligger närmast det verkliga antalet.

Är registret tänkt även för forskningssyfte?

Ja, täckningsgraden i Region Stockholm är nu närmare 100% vilket får anses helt unikt i ett internationellt perspektiv.

Region Skåne har nu också infört direktöverföring, och Region Västra Götaland håller på att införa det. Detta tillsammans med pågående arbete att ytterligare förbättra datakvalitet (ifyllnadsgrad av uppgifter i patientjournalen) gör att registret kommer att bli en mycket användbar källa för forskning.

Ett exempel är att vi för första gången kan ta fram uppgifter om överdödlighet i olika patientgrupper väldigt snabbt, nästan i realtid. Det är få andra länder som har den förmågan. Det kommer att bli mycket attraktivt för forskare.

Vad är det bästa med registret?

Det redovisar på ett objektiva och jämförbart sätt det mycket fina arbete som bedrivs i svensk beroendevård.

Det ökar på sikt förtroende för verksamheterna bland patienter men även de politiker som beslutar om uppdrag och finansiering.

Vad kan kvalitetsregistret kan uppnå?

Det kan ge incitament till ständiga förbättringar. Det måste få konsekvenser om verksamheten inte uppnår ställda kvalitetskrav.

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.



MED
Fokus på
LARO

Nytt formulär för registrering av LARO
LARO fortsätter vara ett prioriterat område för Bättre Beroendevård, då det idag är svårt att få heltäckande data för LARO-vården 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.

Bättre Beroendevård är därför en unik datakälla för uppföljning när det gäller LARO-vården.

Som ett led i Bättre Beroendevårds insatser för att särskilt stötta förbättringsarbeten och uppföljning inom LARO 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.

Bättre vård för personer med sam- sjuklighe. Direktöver- föring av journaldata

Bättre vård för personer med samsjuklighet och ett viktigt uppdrag för Bättre Beroendevård

Stora förändringar inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården väntar om Samsjuklighetsutredningens förslag går igenom. År 2020 tillsattes en utredning av regeringen för att undersöka möjligheten till en mer samordnad vård för personer med samsjuklighet som omfattar beroende och andra psykiatriska diagnoser.

Om Samsjuklighetsutredningens förslag om en huvudman går igenom väntar stora förändringar inom svensk beroendevård. Även om det idag är för tidigt att säga något om omfattningen, är det givet att Bättre Beroendevård kommer att spela en viktig roll om reformen införs.

Här kan ni läsa mer om samsjuklighetsutredningen och dess slutbetänkande: [Samsjuklighetsutredningen presenterar sitt slutbetänkande - Regeringen.se](#)

*En milstolpe för
Bättre Beroendevård*

Direktöverföring av journaldata i Västra Götalandsregionen

Arbetet med att ansluta Västra Götalandsregionen till direktöverföring av journaldata till kvalitetsregistret Bättre Beroendevård pågår för fullt.

Detta är en betydande milstolpe för Bättre Beroendevård då vi nu får direktöverföring från tre av landets största regioner: Region Stockholm, Region Skåne och nu även Västra Götalandsregionen. Detta arbete kommer också att vara till nytta för framtida projekt som rör direktöverföring av journaldata i andra regioner.

Genom att få direktöverföring från dessa stor-satsningsregioner kommer täckningsgraden för Bättre Beroendevård att öka avsevärt. Detta beror på att majoriteten av den specialiserade beroendevården bedrivs i just dessa regioner. Detta är en positiv utveckling som öppnar upp för nya möjligheter att använda data från kvalitetsregistret för att utveckla och förbättra beroendevården.

Täcknings- gradsanalys

Följa upp anslutningsgrad och utveckla täckningsgradsanalysen

Registret har kontakt med samtliga regioner för att vara uppdaterade om vilka beroendeenheter som är aktuella för kvalitetsregistret Bättre Beroendevård. Uppgifterna kommer att användas som underlag för att beräkna anslutningsgrad, samt utgöra underlag för framtida täckningsgradsanalysen.

Täckningsgradsanalys

Bättre Beroendevård väntar på att erhålla täckningsgradsanalys för 2022 från Socialstyrelsen. På grund av hög belastning på myndigheten samt att det är svårt att identifiera de mottagningar som erbjuder specialiserad beroendevård, täckningsgradsanalysen förväntas vara framställd i slutet av 2023.

Senaste analysen visade en täckningsgrad på 28%. Sedan dess har antalet registreringar ökat markant.

Prioritera samverkansprojekt inom kunskapsstyrningen

Bättre Beroendevård har i samverkan med NPO psykisk hälsa utarbetat och optimerat 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.

Registret kommer 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.

Fortsätta arbeta för integrering av registret inom klinisk verksamhet

Med ökande täckningsgrad ökar också registrets relevans för forskning, vilket leder till fler datauttag i detta syfte. Flera forskningsprojekt som förväntas leda till datauttag under 2022 är under uppstart.

Dödsorsaken finns som variabel i Bättre Beroendevård

En spännande uppdatering i Bättre Beroendevård är att dödsorsaker nu finns som variabel i registerplattformen INCA.

Informationen från dödsorsaksregistret har kodats och integrerats som variabler i INCA. De sex olika grupperna som dödsorsakerna har kategoriserats i är:

- alkoholrelaterad död
- drogrelaterad död
- suicid
- okänd dödsorsak (suicid/olycka/miss-handel)
- olycka och övriga dödsorsaker.

Denna uppdatering ger användarna en mer omfattande och detaljerad insikt i sambandet mellan beroende och dödsorsaker som kan användas för att sätta in förebyggande åtgärder.

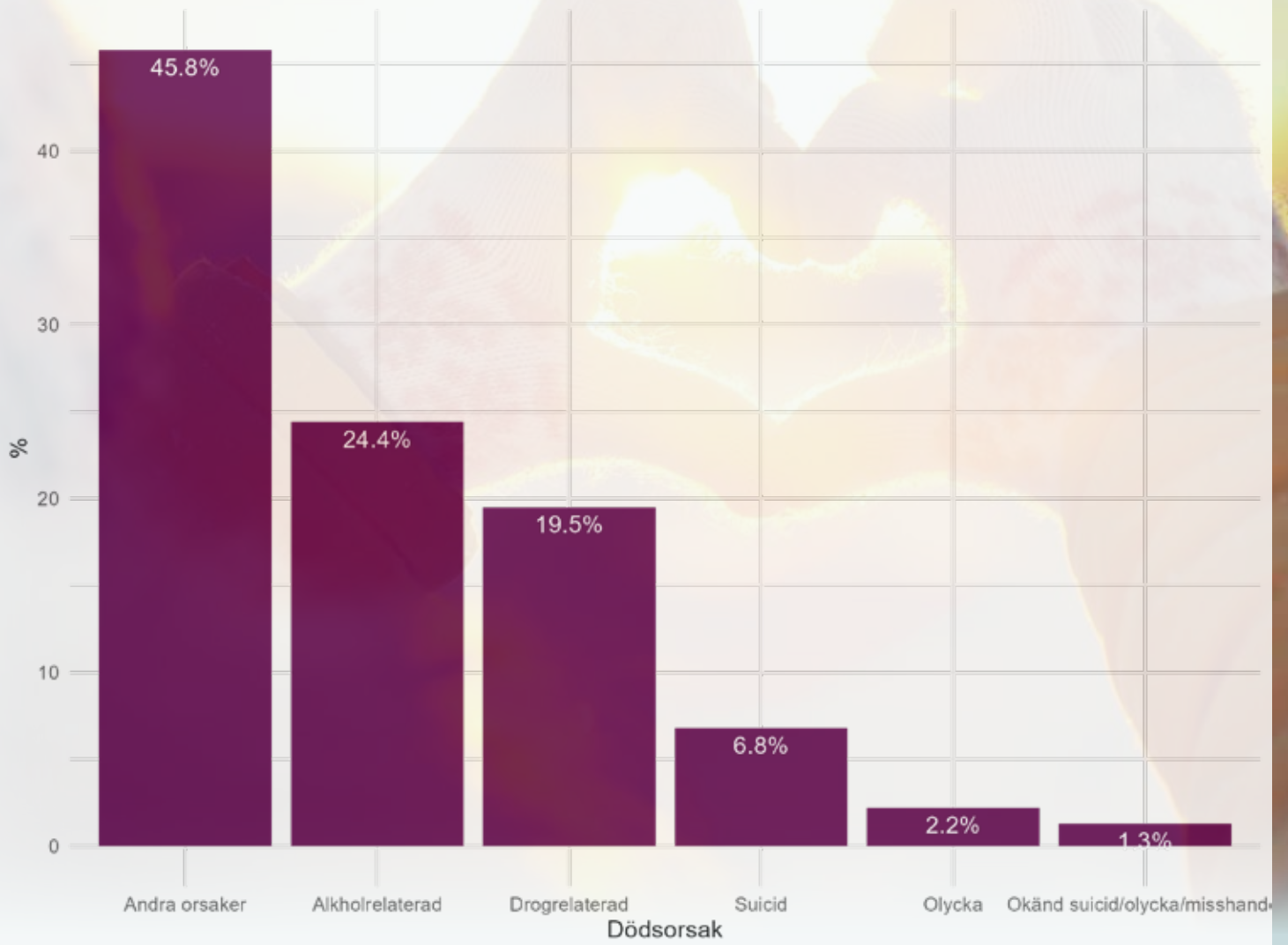




Foto: Helena Grundström

Stela siffror blev till figuren som visualiseras i realtid

INTERVJU MED HÄRJE
WIDING, STATISTIKER PÅ
BÄTTRE BEROENDEVÅRD

Vad gör arbetet med regiset 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 utan även ta del av utvecklingen.

På vilket sätt skiljer sig utdatamöjligheterna idag mot för ett år sedan och vad har vårdenheterna för nytta av dem?

Under året har vi samarbetat med vårdpersonalen och tagit fram automatiska pdf-rapporter som kan genereras direkt från registerplatt-

formen. Som i sin tur gör det enklare för vårdgivare att jämföra mellan sig själva och riket. Vårdgivare kan nu enkelt som ett knapptryck få fram pdf-genererade rapporter som de kan använda för att se allt ifrån andel som har en aktuell vårdplan till antal som ingår i ett LARO-program.

Vi har även gjort det möjligt att ta fram "egna" rapporter som gör det möjligt att ta fram mer enhetsspecifika rapporter. Med det primära syftet att få en mer skräddarsydd uppföljning av hur beroendevården ser ut i dagsläget, men även öppna upp för att statistik är intressant och behöver inte bara vara hårda siffror.

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

Data samlas in och skickas på olika sätt hos olika regioner, detta leder till att olika regioner har olika möjligheter till uppföljning av beroendevården via Bättre Beroendevård.

Vi ser en mycket kraftig förbättring när regioner använder sig av direktöverföring av journaldata i stället för manuella registreringar.

Förbättringarna är av både datakvalitet samt att det ger en mer "faktisk" bild av hur beroendevården ser ut i dagsläget. Vi pratar ofta om man kan symbolisera de olika direktöverföringsmeto-

derna med en resa till Danmark, där direktöverföring motsvarar Öresundsbron och manuella registreringar motsvarar en roddbåt.

Vi har nu tittat på alternativa lösningar på direktöverföring av journaldata till Bättre Beroendevård utan att ge en ökad belastning på vårdpersonal.

Den ”nya” metoden handlar om att regioner/vårdgivare ska kunna skicka in journaldata till en säker server som sedan översätter data för att passa in i Bättre Beroendevård. Denna metod kommer inte vara fullt lika bra som direktöverföring (Öresundsbron) utan skulle kunna jämföras med en färja som går med jämna mellanrum. Och vi planerar att testa denna metod under 2023.

En spännande uppdatering i Bättre Beroendevård är att dödsorsaker nu finns som variabel i registerplattformen INCA. Informationen från dödsorsaksregistret har kodats och integrerats som variabler i INCA. De sex olika grupperna som dödsorsakerna har kategoriserats i är: alkoholrelaterad död, drogrelaterad död, suicid, okänd dödsorsak (suicid/olycka/misshandel), olycka och övriga dödsorsaker.

Denna uppdatering ger användarna en mer omfattande och detaljerad insikt i sambandet mellan beroende



Direktöverföring



Manuell registrering



”Ny” metod

”Vi ser en mycket kraftig förbättring när regionen använder sig av direktöverföring.”

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.

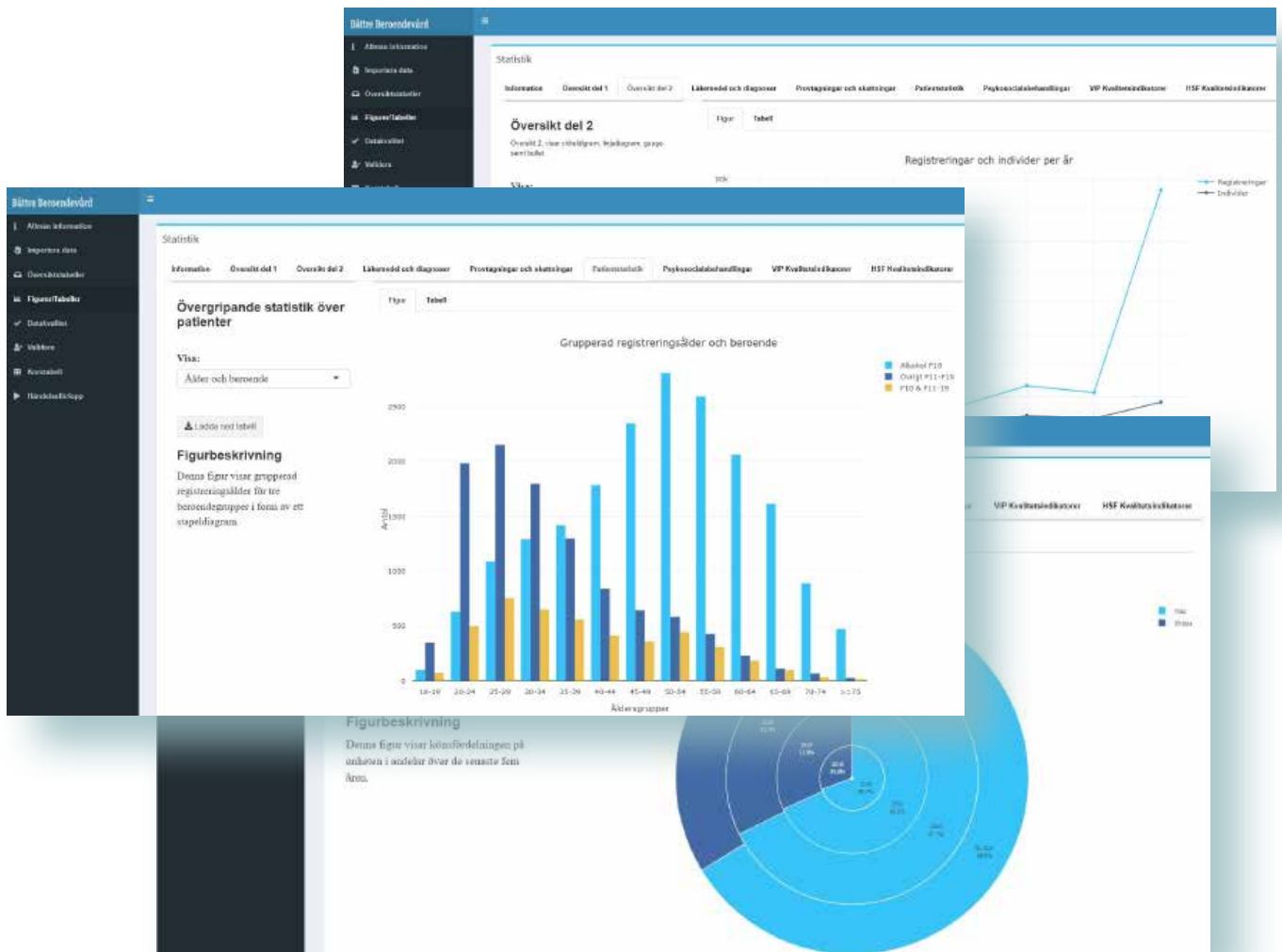
Nationella kodverk

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.



Datakvalitet och valide- ring

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.

Fokusområden framåt

Direktöverföring i Västra Götalandsregionen

Nu införs direktöverföring av journaldata till Bättre Beroendevård från Västra Götalandsregionen, detta är ett betydande framsteg för registret.

Nytt system för direktöverföring

Bättre Beroendevård utvecklar ett nytt system som kommer att underlätta anslutningen till direktöverföring i fler regioner. Systemet bygger på en metod som integrerar arbetet med att anpassa journaldata till Bättre Beroendevårds register direkt i registret.

Detta tillvägagångssätt är utformat för att vara kompatibelt med olika journalsystem och syftar till att underlätta överföringen av data från olika källor till Bättre Beroendevård. Genom att implementera denna metod kommer fler regioner att kunna dra nytta av fördelarna med direktöverföring och sömlöst integrera sina data i registret för att förbättra beroendevården och patientresultaten.

Öka antalet registreringar

För att få fler enheter runt om i landet att börja registrera uppgifter pågår en rad aktiviteter. Som att ta personlig kontakt med verksamhets- och enhetschefer, skicka ut inbjudningar till utbildningstillfällen och informationsmöten, hålla presentationer vid årsmöten och konferenser hos relevanta organisationer samt öka aktiviteten i kanaler som nyhetsbrev och hemsida.

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.

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 bra resultat. 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 hjälpa fler regioner att komma igång med direktöverföring kommer att ha stort fokus under kommande år.

Vidareutveckla de nya visningsytorna på INCA

De nya visningsytorna på registerplattformen INCA underlättar för enheterna att ta fram lättöverskådlig statistik, och innebär ett stort steg framåt när det gäller registret från ett användarperspektiv.

De nya visningsytorna är skapade på enhetsnivå och gör det möjligt att se siffror på antal registreringar eller antal individer, men kan även visualisera enhetens data i realtid.

Totalt går det ta fram över 100 olika figurer, som inkluderar kvalitetsindikatorerna som tagits fram av VIP, vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende. Men även möjligheter till genererande av pdf-rapporter.

Det finns även möjlighet att skapa egna i registret, vilket gör det enkelt att hämta och visualisera data om den egna enheten på ett sätt som inte tidigare varit möjligt.

Visningsytorna är idag fullt funktionella, men kommer att fortsätta utvecklas och förbättras under hela 2023. Genom möten med regionerna kommer feedback att samlas in, för att på bästa sätt möta de behov som finns när möjligheterna till datauttag vidareutvecklas.

Utveckla vidare nedladdningsbara rapporter för INCA-användare

Som ännu ett steg i att underlätta för enheterna att ta ut användbara data kommer det under året att bli möjligt att ladda ned en specifik rapport för olika typer av behandlingar som görs i dagens beroendevård. Med bara ett knapptryck kan nu INCA-användare ta fram en färdig rapport och jämföra sina siffror mot riket, Stockholm, Öppenvården, Slutenvården eller rikets LARO-mottagningar som rapporterar i Bättre Beroendevård. Utöver statistik innehåller rapporten utbildande och vägledande material, som kan vara särskilt användbart för de enheter som inte har så lång erfarenhet inom området. Ett underlag för rapporten har tagits fram i samarbete med verksamma läkare inom verksamheter som rapporterar till Bättre Beroendevård samt Svensk förening för beroendemedicin.

Rapporterna är designade på ett sätt att användarna kan snabbt välja vilka indikatorer som ska ingå i rapporten. Som har uppskattats och har lett till att rapporterna används i verksamheterna för kvalitetsuppföljning.

Nytt formulär för registrering av LARO

LARO fortsätter vara ett prioriterat område för Bättre Beroendevård, då det idag är svårt att få heltäckande data för LARO-vården 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. Bättre Beroendevård är därför en unik datakälla för uppföljning när det gäller LARO-vården.

Som ett led i Bättre Beroendevårds insatser för att särskilt stötta förbättringsarbeten och uppföljning inom LARO 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.

Följa upp anslutningsgrad och utveckla täckningsgradsanalysen

Registret har kontakt med samtliga regioner för att vara uppdaterade om vilka beroendeenheter som är aktuella för kvalitetsregistret Bättre Beroendevård. Uppgifterna kommer att användas som underlag för att beräkna anslutningsgrad, samt utgöra underlag för framtida täckningsgradsanalysen.

Fokusområden framåt forts.

Följa upp anslutningsgrad och utveckla täckningsgradsanalysen

Registret har kontakt med samtliga regioner för att vara uppdaterade om vilka beroendeenheter som är aktuella för kvalitetsregistret Bättre Beroendevård. Uppgifterna kommer att användas som underlag för att beräkna anslutningsgrad, samt utgöra underlag för framtida täckningsgradsanalys.

Täckningsgradsanalys

Bättre Beroendevård väntar på att erhålla täckningsgradsanalys för 2022 från Socialstyrelsen. På grund av hög belastning på myndigheten väntas täckningsgradsanalysen att vara klar i slutet av 2023. Senaste analysen visade en täckningsgrad på 28%. Sedan dess har antalet registreringar ökat markant.

Prioritera samverkansprojekt inom kunskapsstyrningen

Bättre Beroendevård har i samverkan med NPO psykisk hälsa utarbetat och optimerat 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.

Registret kommer 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.

Fortsätta arbeta för integrering av registret inom klinisk verksamhet

Med ökande täckningsgrad ökar också registrets relevans för forskning, vilket leder till fler datauttag i detta syfte. Flera forskningsprojekt som förväntas leda till datauttag under 2022 är under uppstart.

Utökad uppdrag som en följd av Socialdepartementets

samsjuklighetsutredning

Om Samsjuklighetsutredningens förslag om att ansvaret för vård och behandling hamnar hos regionernas hälso- och sjukvård 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 utökad uppdrag där vi på sikt kan bidra till att visa på effekterna av reformen.

Fortsatt fokus på LARO

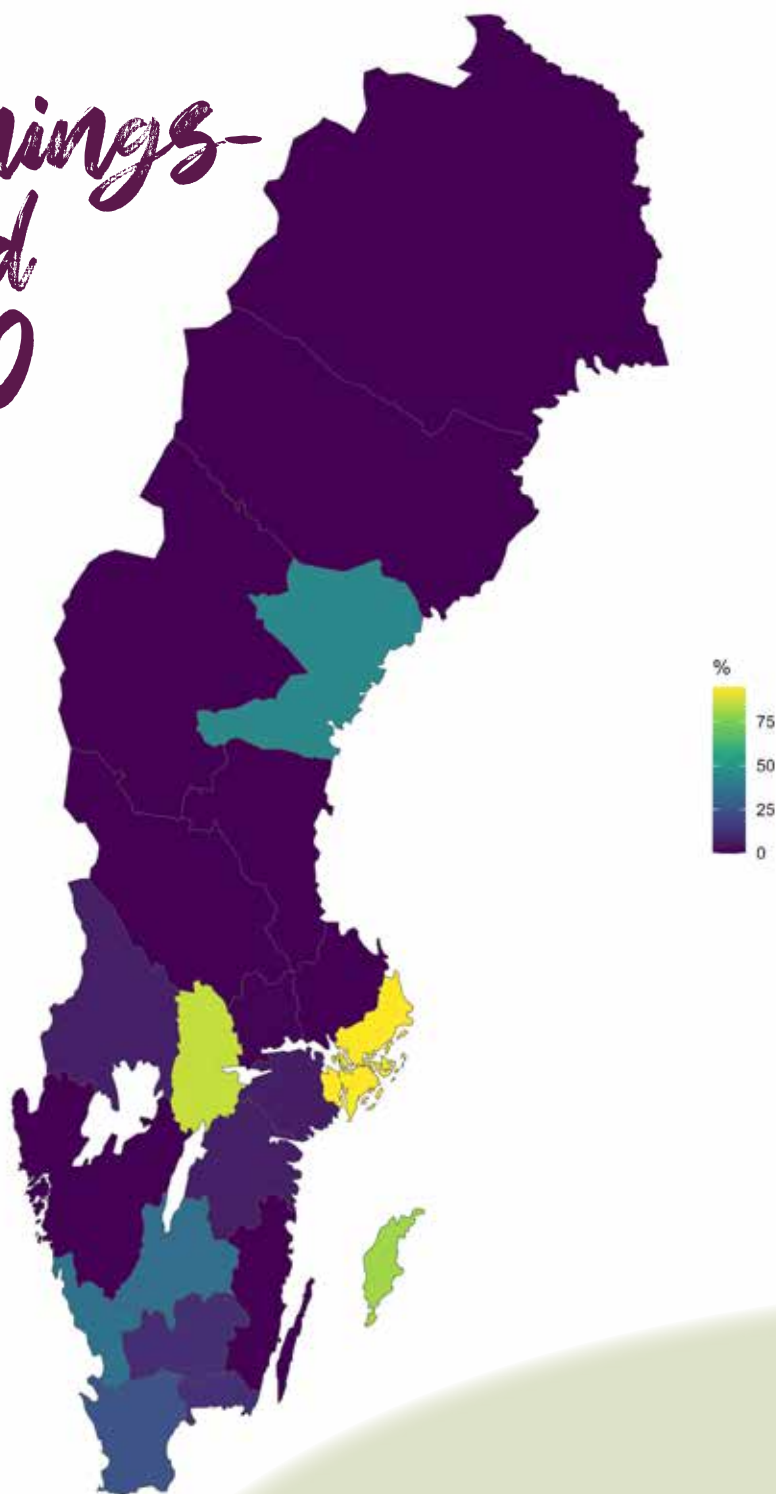
Nytt formulär för registrering av LARO

LARO fortsätter vara ett prioriterat område för Bättre Beroendevård, då det idag är svårt att få heltäckande data för LARO-vården 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. Bättre Beroendevård är därför en unik datakälla för uppföljning när det gäller LARO-vården. Som ett led i Bättre Beroendevårds insatser för att särskilt stötta förbättringsarbeten och uppföljning inom LARO 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.

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.

Täcnings- grad 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.

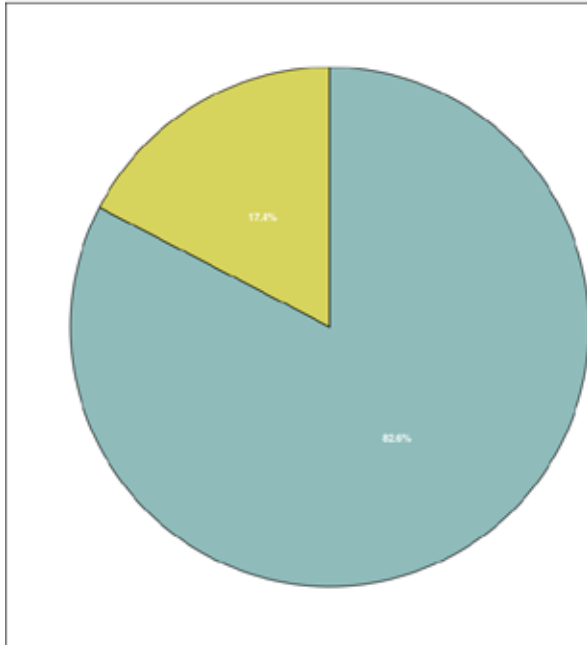
Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när, och följas upp så länge det finns behov av samordning.

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.

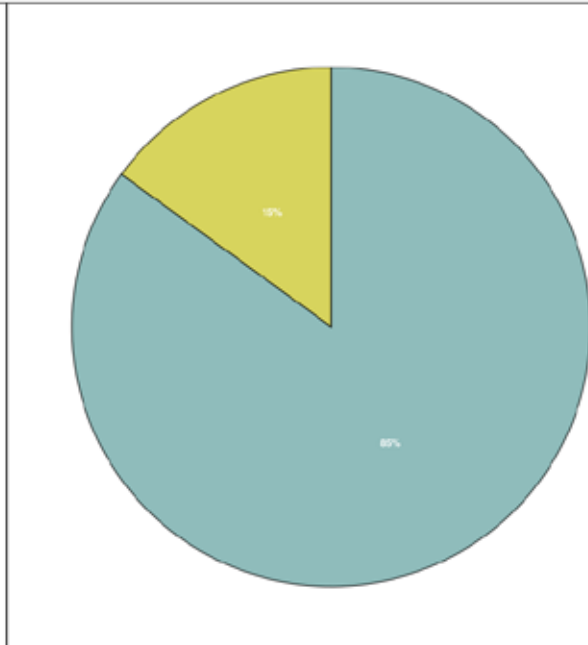
FIGUR 1

ANDEL INDIVIDER I LARO MED SAMORDNAD INDIVIDUELL PLAN

Kvinnor



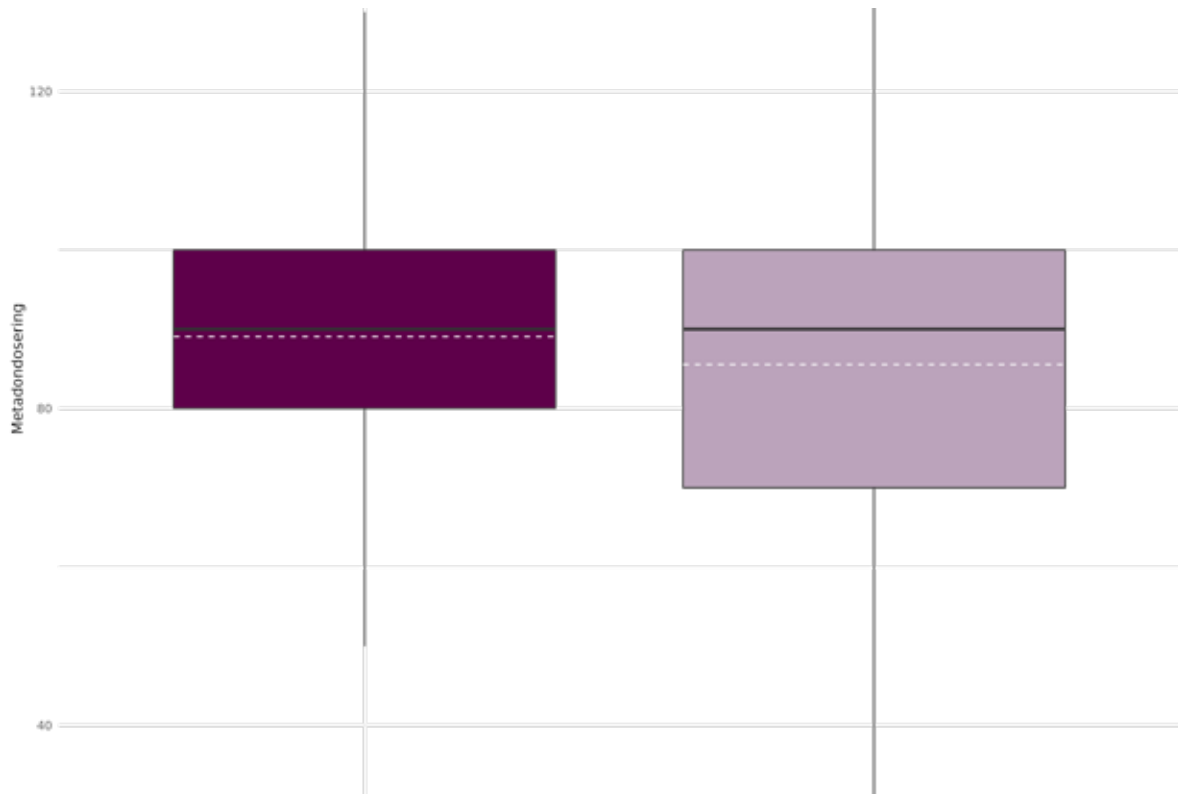
Män



Ja Nej

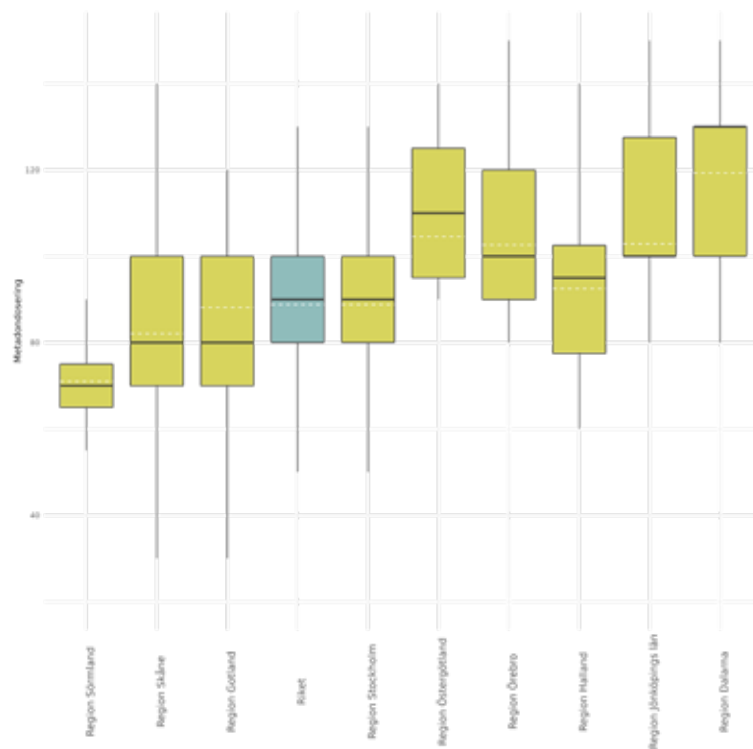
FIGUR 2

METADONDOSERING FÖRDELAT PÅ KVINNOR OCH MÄN



FIGUR 3

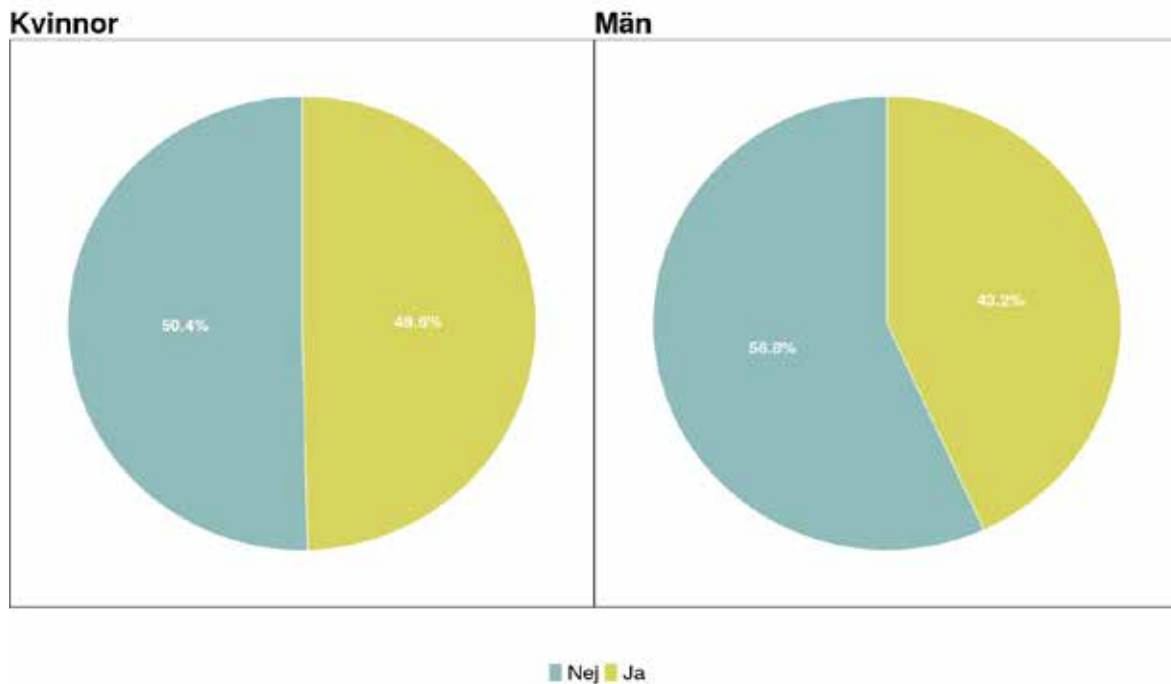
METADONDOSERING FÖRDELAT PER REGION



Psykiatrisk samsjuklighet

FIGUR 4

PSYKIATRISK SAMSJUKLIGHET KÖN

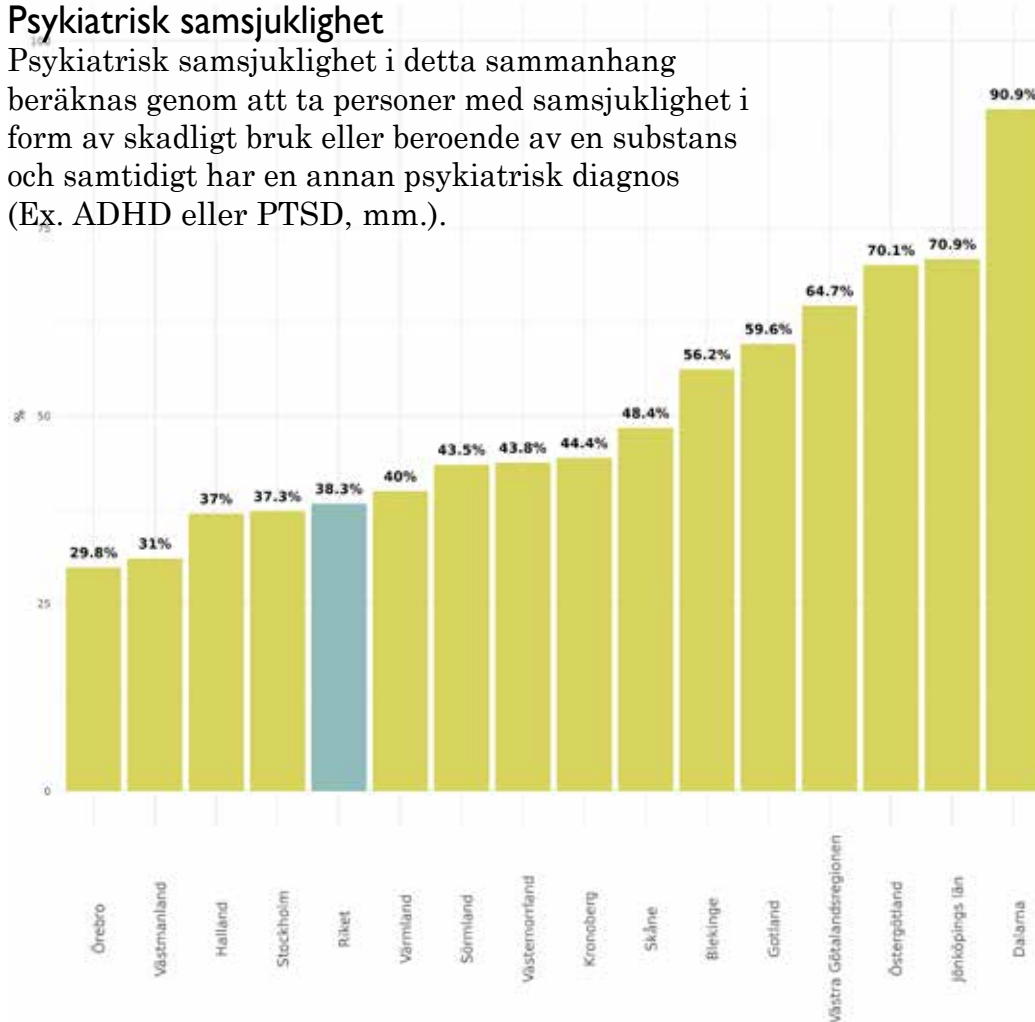


FIGUR 5

PSYKIATRISK SAMSJUKLIGHET REGIONER

Psykiatrisk samsjuklighet

Psykiatrisk samsjuklighet i detta sammanhang beräknas genom att ta personer med samsjuklighet i form av skadligt bruk eller beroende av en substans och samtidigt har en annan psykiatrisk diagnos (Ex. ADHD eller PTSD, mm.).



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 journal-systemet 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.

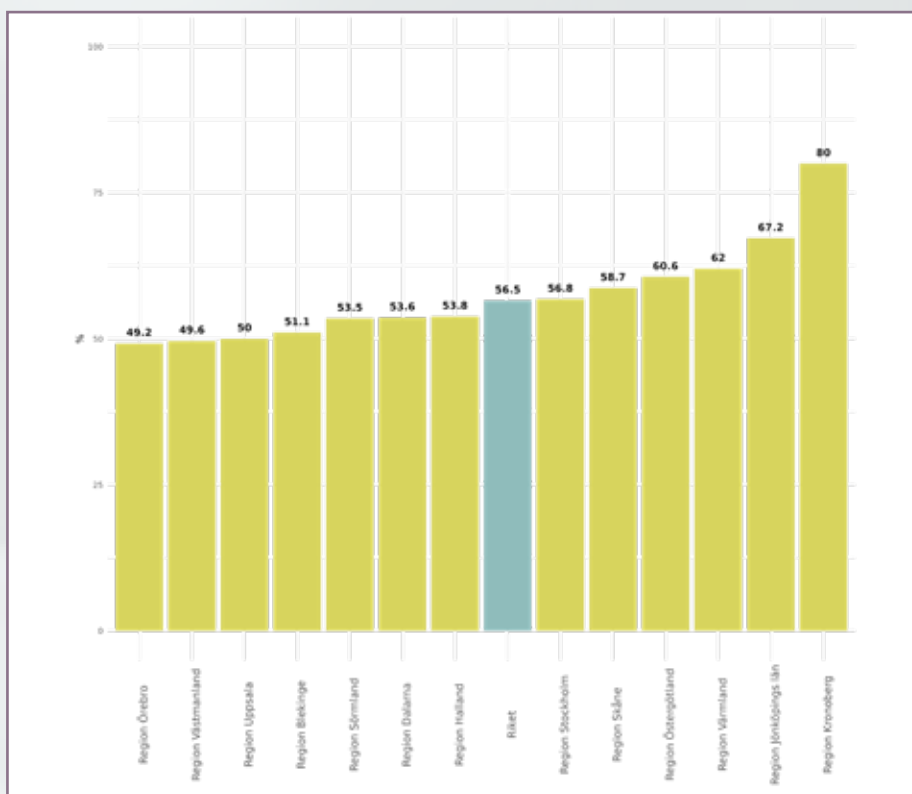
Självskattad hälsa

EQ-5D innehåller bland annat en skattningsskala 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.

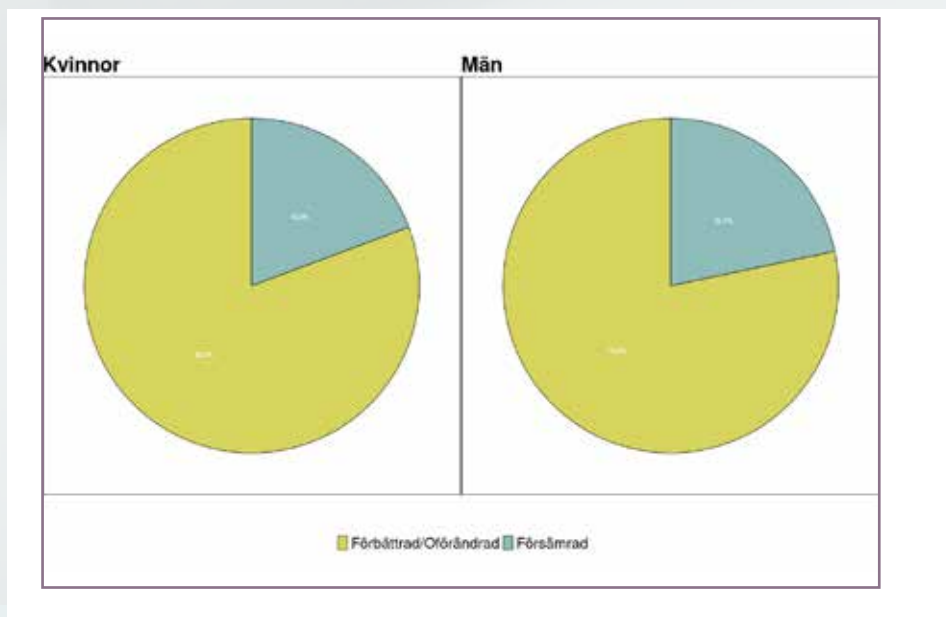
FIGUR 6

ANDEL MED FÖRBÄTTRAD ELLER KVARSTÄENDE SJÄLVSKATTAD HÄLSA PER REGION



FIGUR 7

ANDEL MED FÖRBÄTTRAD ELLER SAMMA SJÄLVSKATTAD HÄLSA HOS KVINNOR RESPEKTIVE MÄN



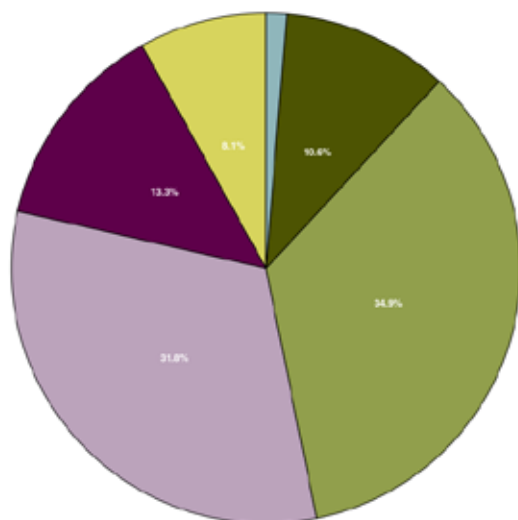
Clinical Global Impression, CGI-S

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.

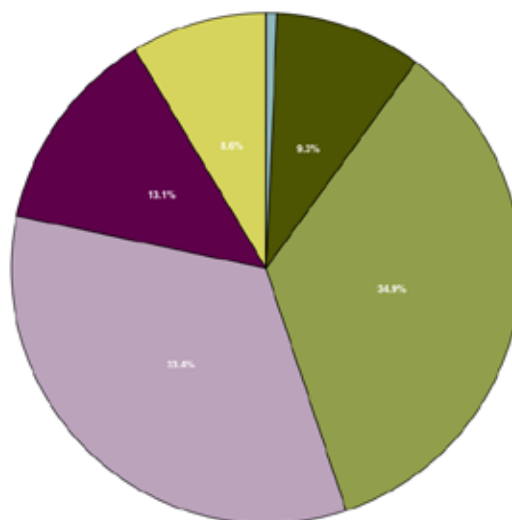
FIGUR 8

CGI-S FÖR KVINNOR OCH MÄN REGISTRERADE I BÄTTRE BEROENDEVÅRD

Kvinnor

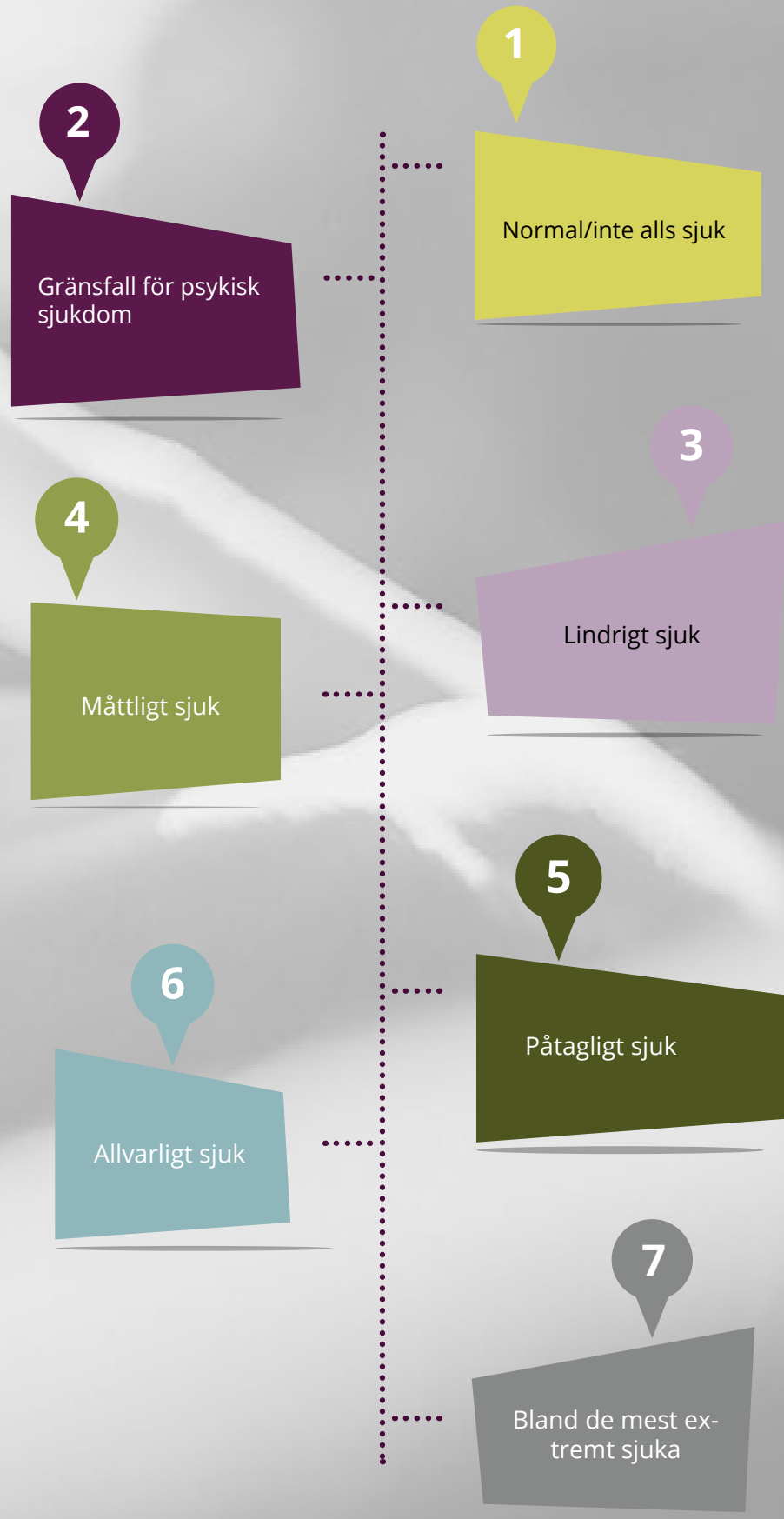


Män



Normal, inte alls sjuk Lindrigt sjuk Påtagligt sjuk Bland de mest extremt sjuka patienterna
Gränsfall för psykisk sjukdom Måttligt sjuk Allvarligt sjuk

FIGUR 9

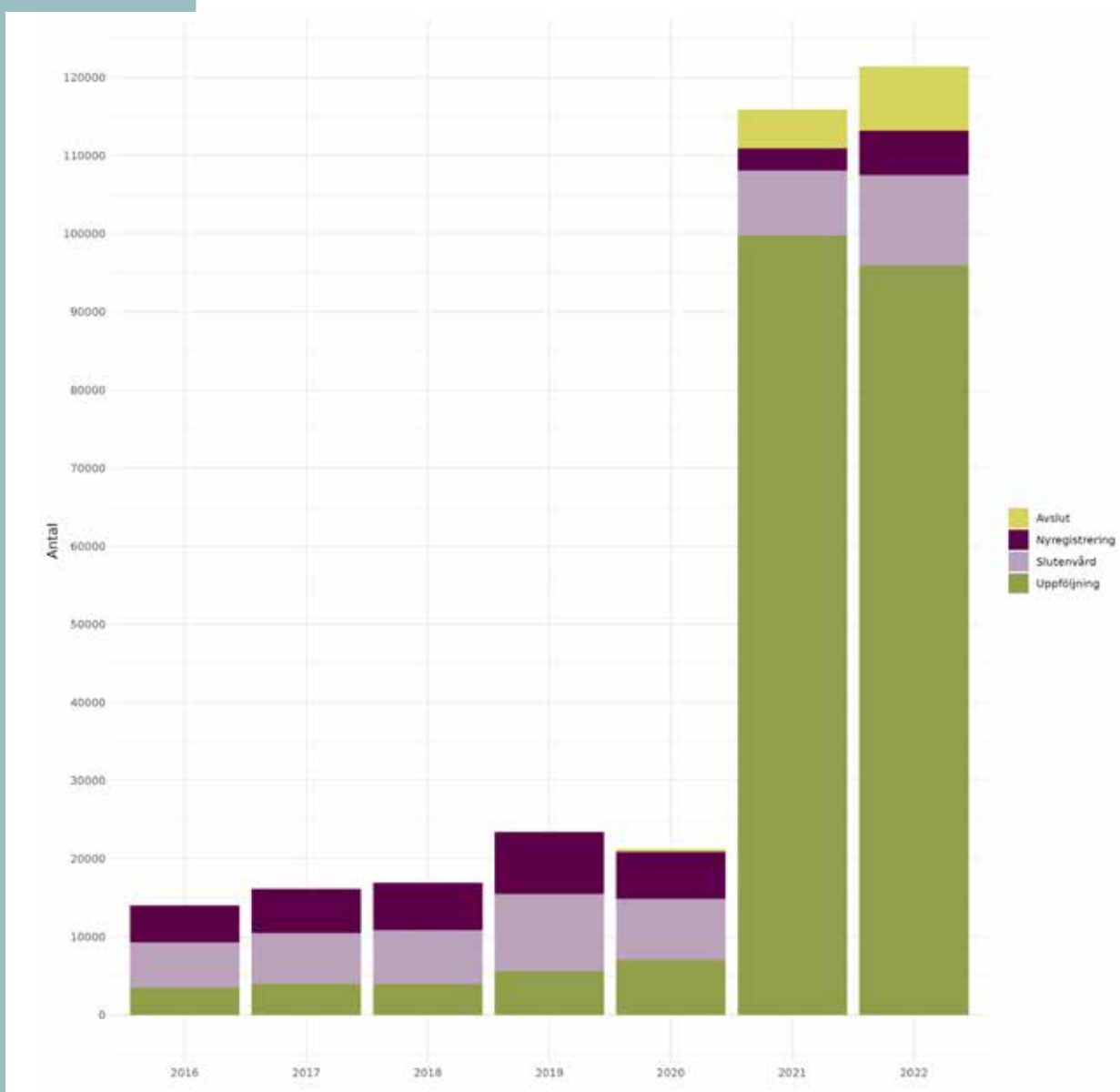


ANTAL REGISTRERINGAR

Registreringarna i Bättre Beroendevård har ökat varje år sedan registrets start. Under 2021 gjordes ca 122 500 registreringar, vilket är en ökning från 2020 då antalet registreringar för hela året låg på 116 000. En bidragande faktor är övergången till direktöverföring. Figur 10 visar det totala antalet registreringar de senaste sju åren, samt fördelningen av registreringstyp.

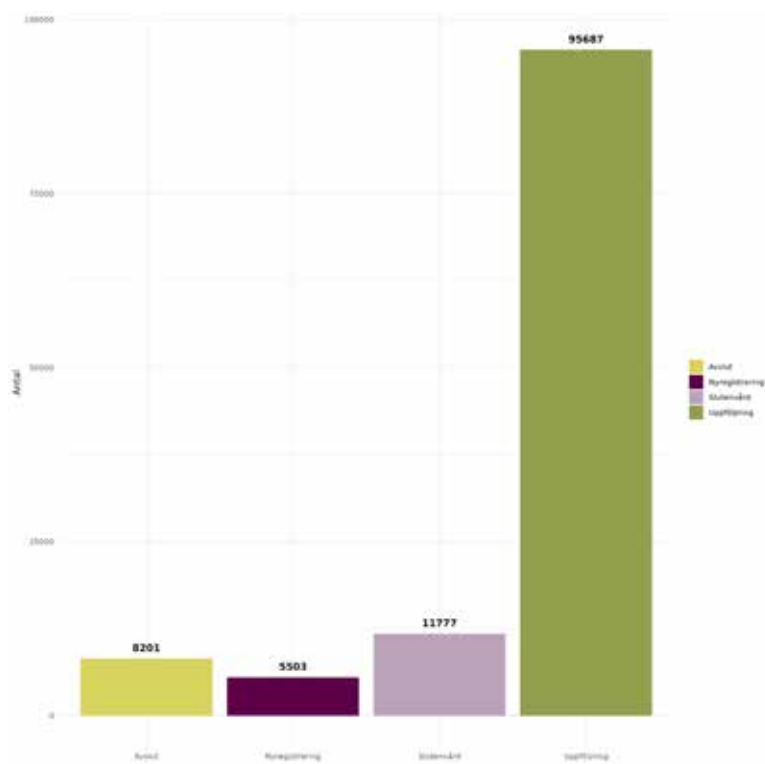
Figur 11 visar antal registreringar per registreringstyp för 2022, och figur 12 antal registreringar per region under året.

ANTAL REGISTRERINGAR PER ÅR



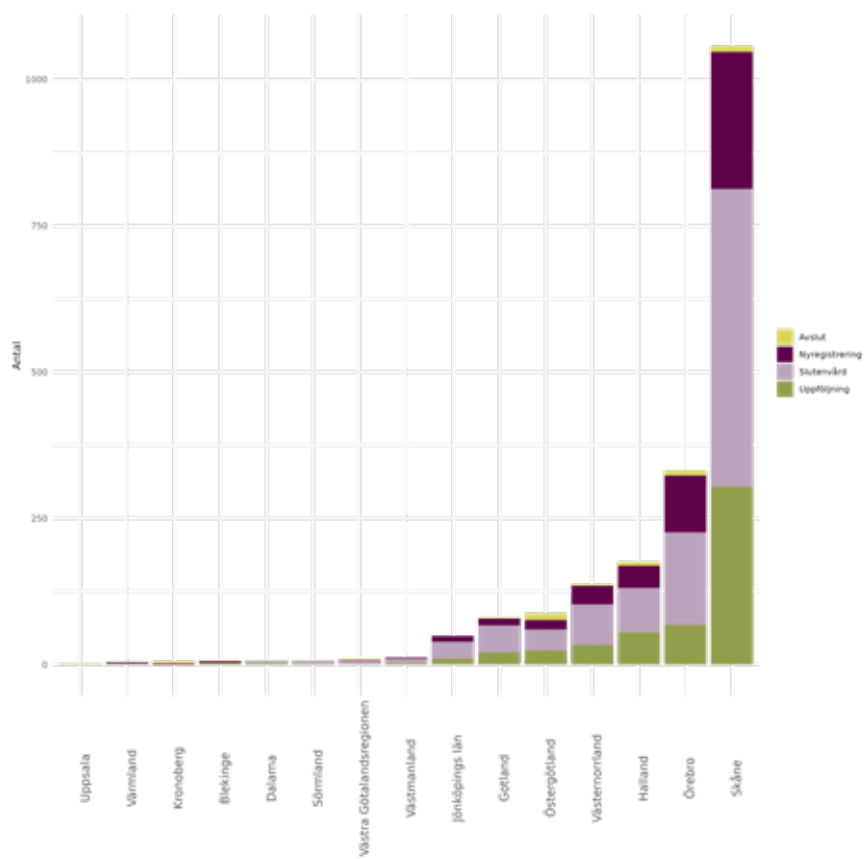
ANTAL REGISTRERINGAR TOTALT 2022

FIGUR 11



ANTAL REGISTRERINGAR PER REGION (EXKL. STOCKHOLM)

FIGUR 12



FÖRDELNING PÅ ÅLDER, KÖN OCH DIAGNOS

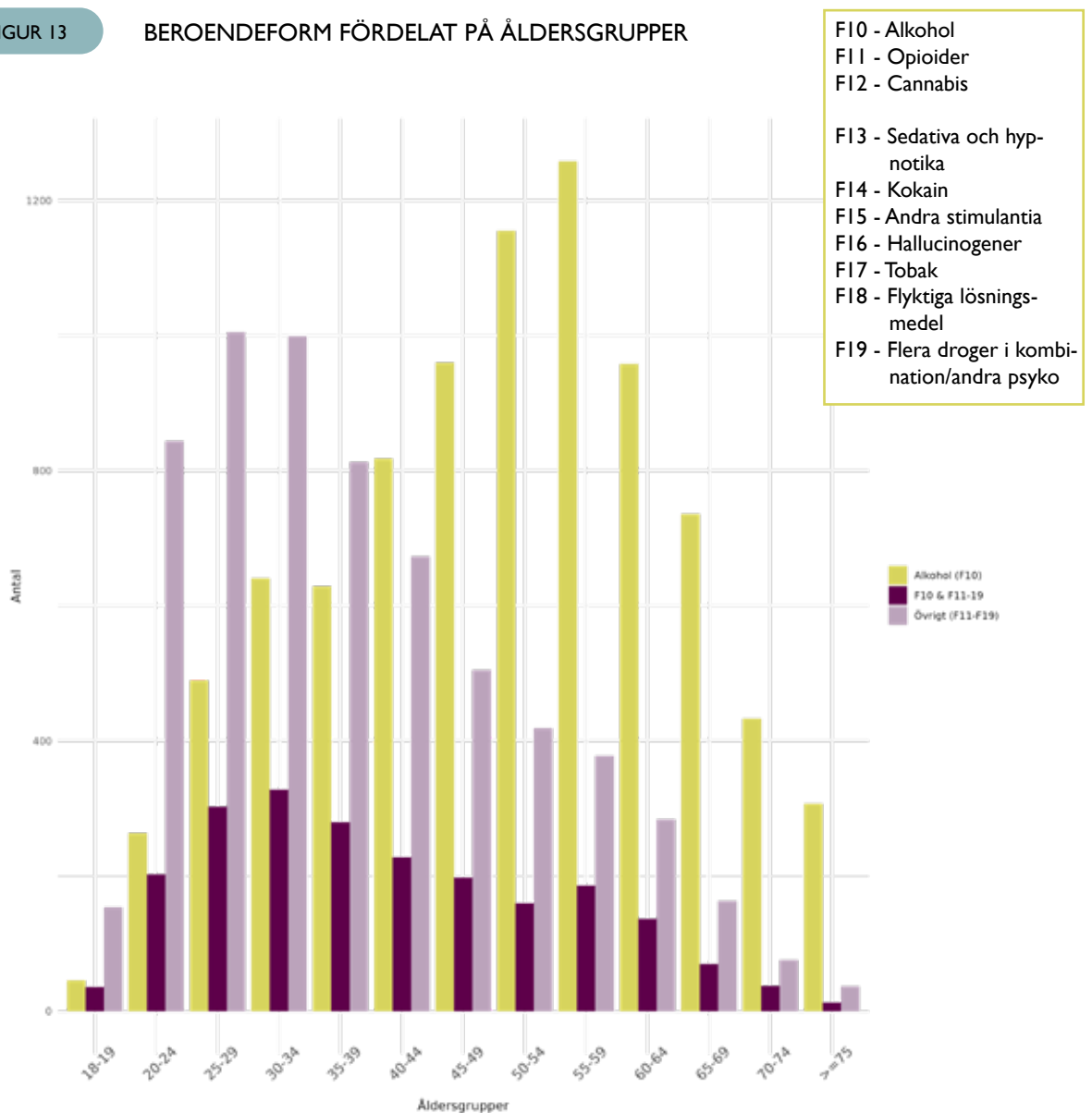
Figur 13-15 visar ålderfördelning på patienter registrerade i Bättre Beroendevård. Ålder är beräknat efter registreringsålder, det vill säga åldern vid det första registrerade mötet för varje individ.

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 ålderfördelningen är jämnare.

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

FIGUR 13

BEROENDEFORM FÖRDELAT PÅ ÅLDESRUPPER

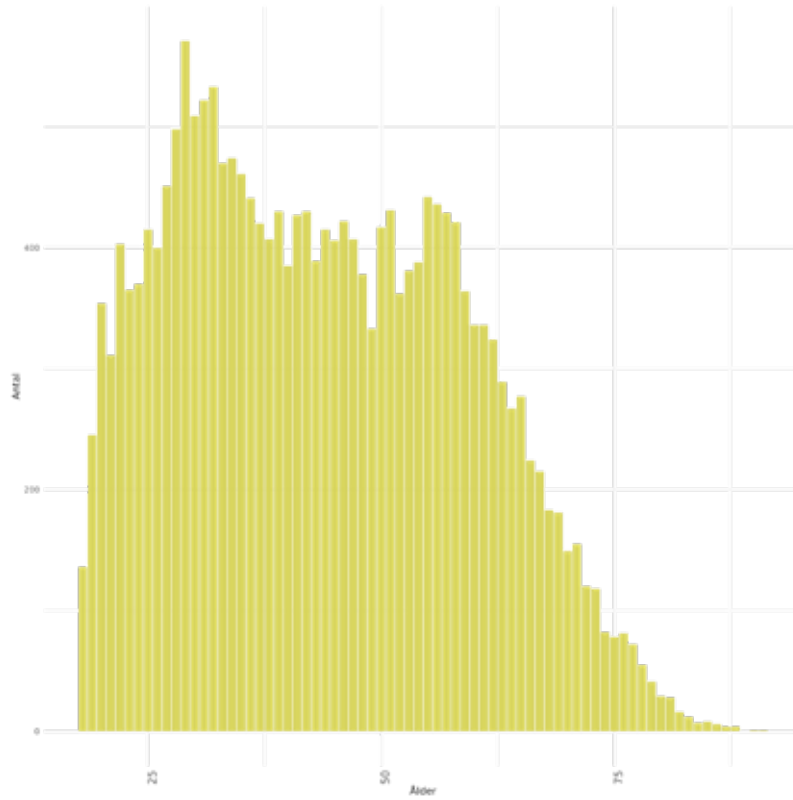


- F10 - Alkohol
- F11 - Opioider
- F12 - Cannabis
- F13 - Sedativa och hypnotika
- F14 - Kokain
- F15 - Andra stimulantia
- F16 - Hallucinogener
- F17 - Tobak
- F18 - Flyktiga lösningsmedel
- F19 - Flera droger i kombination/andra psyko

- Alkohol (F10)
- F10 & F11-19
- Övrigt (F11-F19)

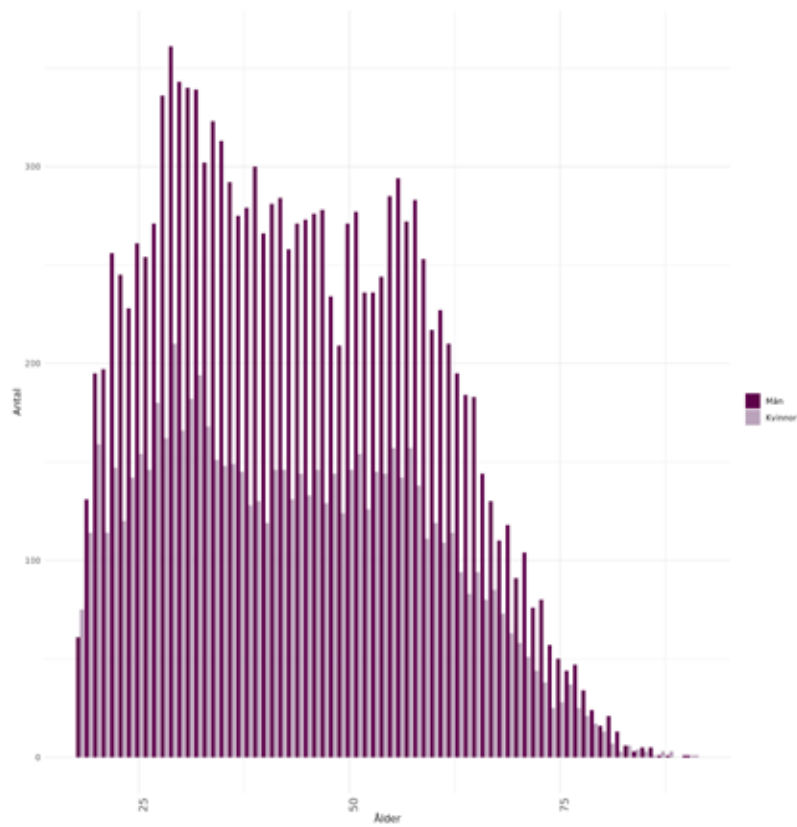
FIGUR 14

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 74 procent män och 26 procent kvinnor. I öppenvården var ca

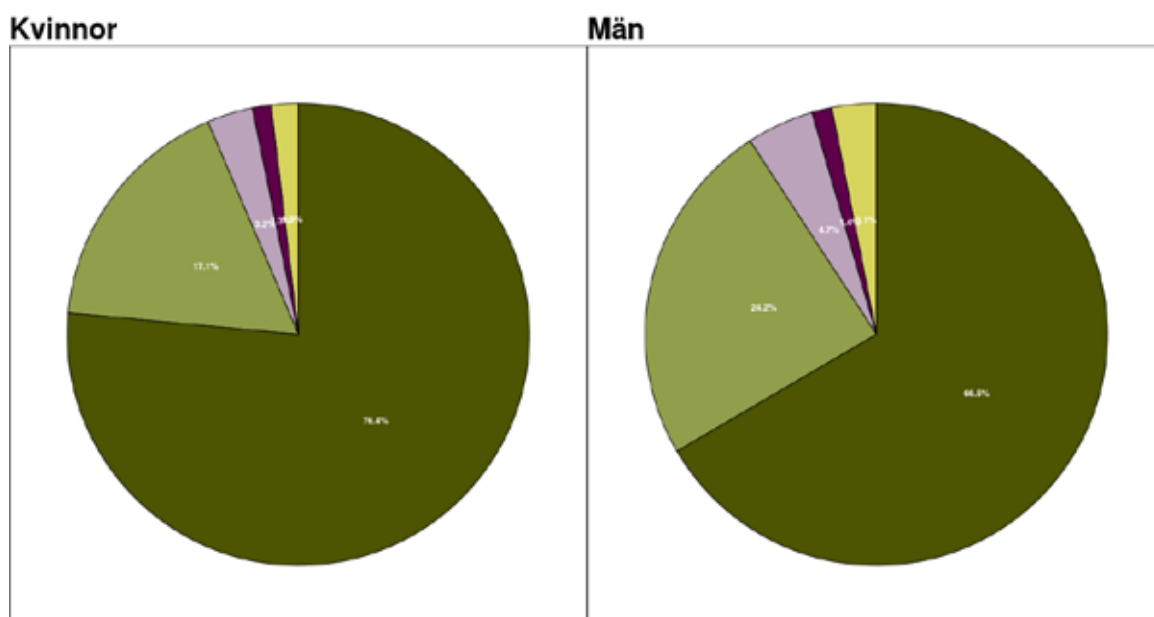
FIGUR 16

KÖNSFÖRDELNING ÖPPEN- OCH SLUTENVÅRD



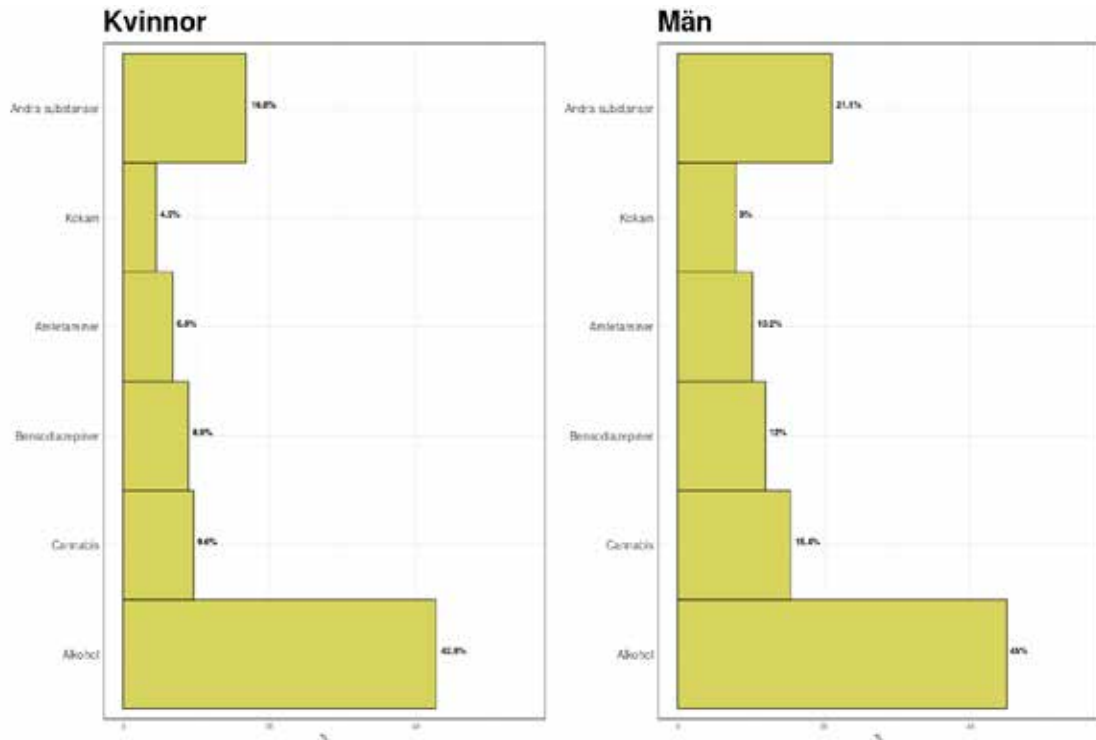
FIGUR 17

INJEKTIONSMISSBRUK HOS KVINNOR OCH MÄN

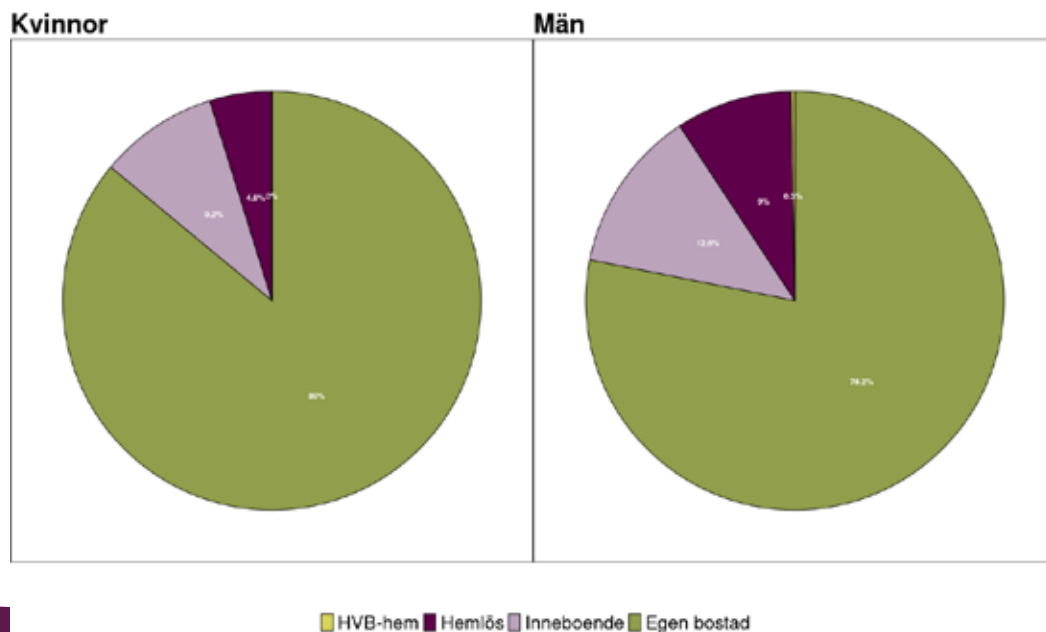


Figur 18 visar hur stor andel av kvinnor respektive män som brukar respektive substans, och figur 19 de olika beroendegrupperna fördelat på kvinnor och män.

FIGUR 18 SUBSTANSER PER KÖN

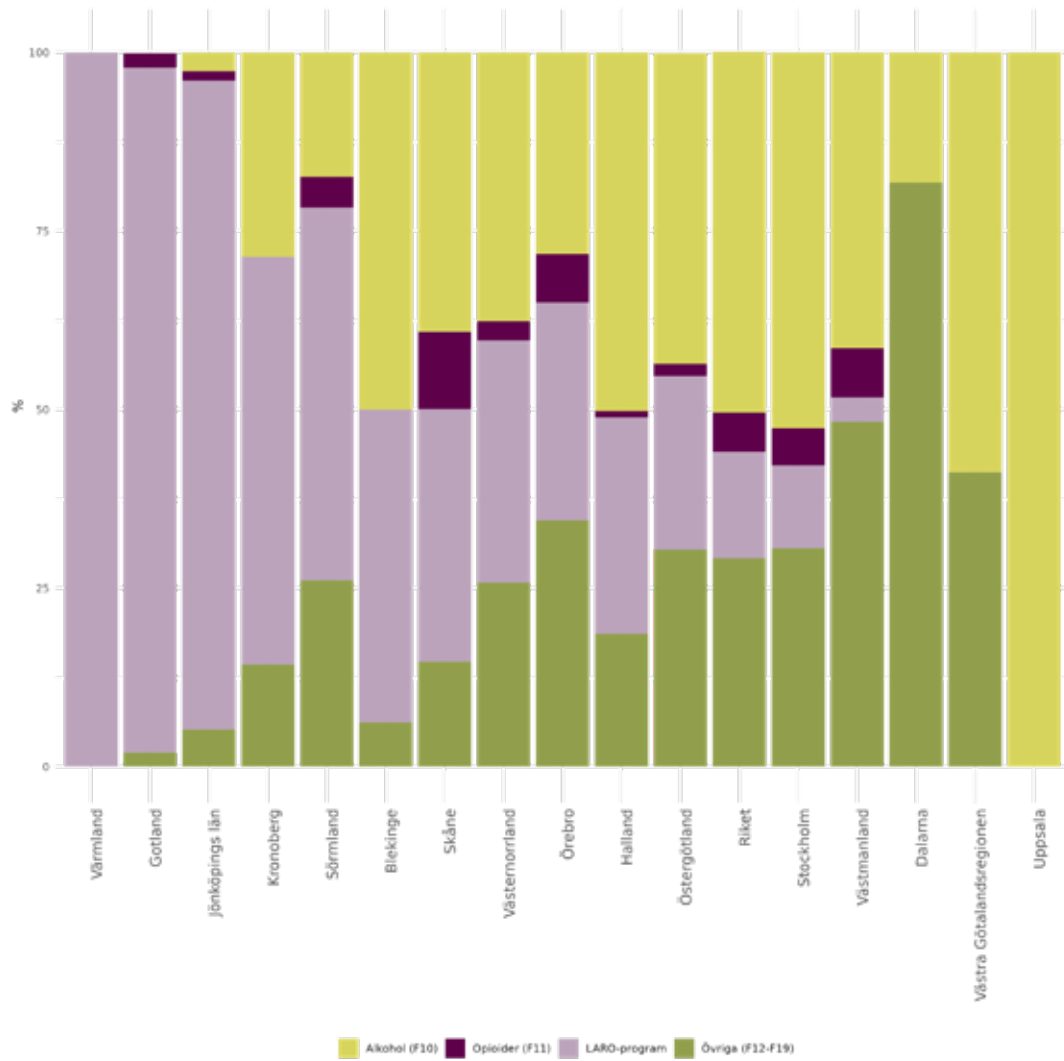


FIGUR 19 BEROENDEGRUPPER FÖRDELAT PÅ KVINNOR OCH MÄN



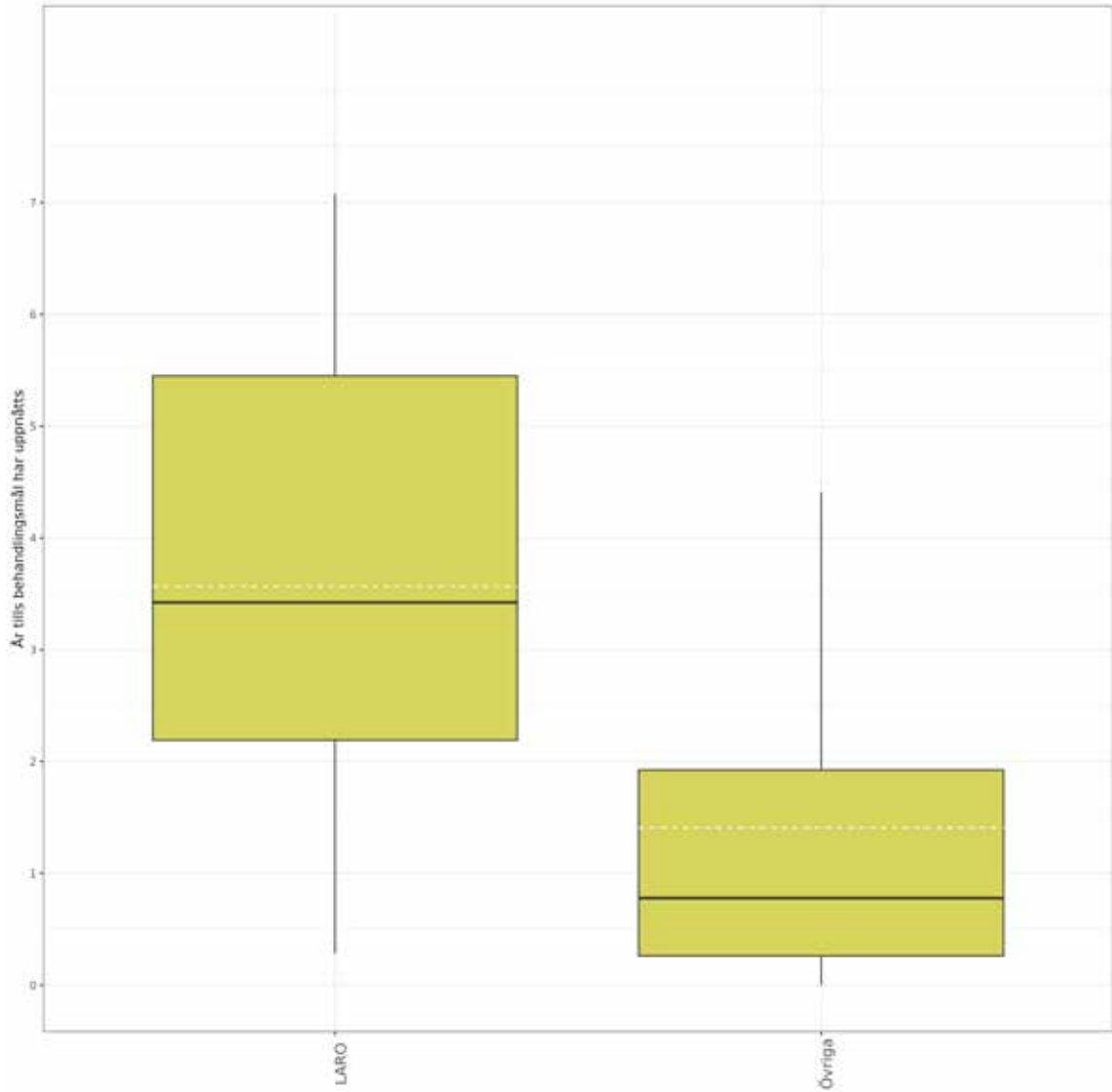
FIGUR 20

BEROENDEGRUPPER FÖRDELAT PÅ REGION



FIGUR 21

ÅR TILL BEHANDLINGSMÅL HAR UPPNÅTTS



Kvalitetsindikatorer

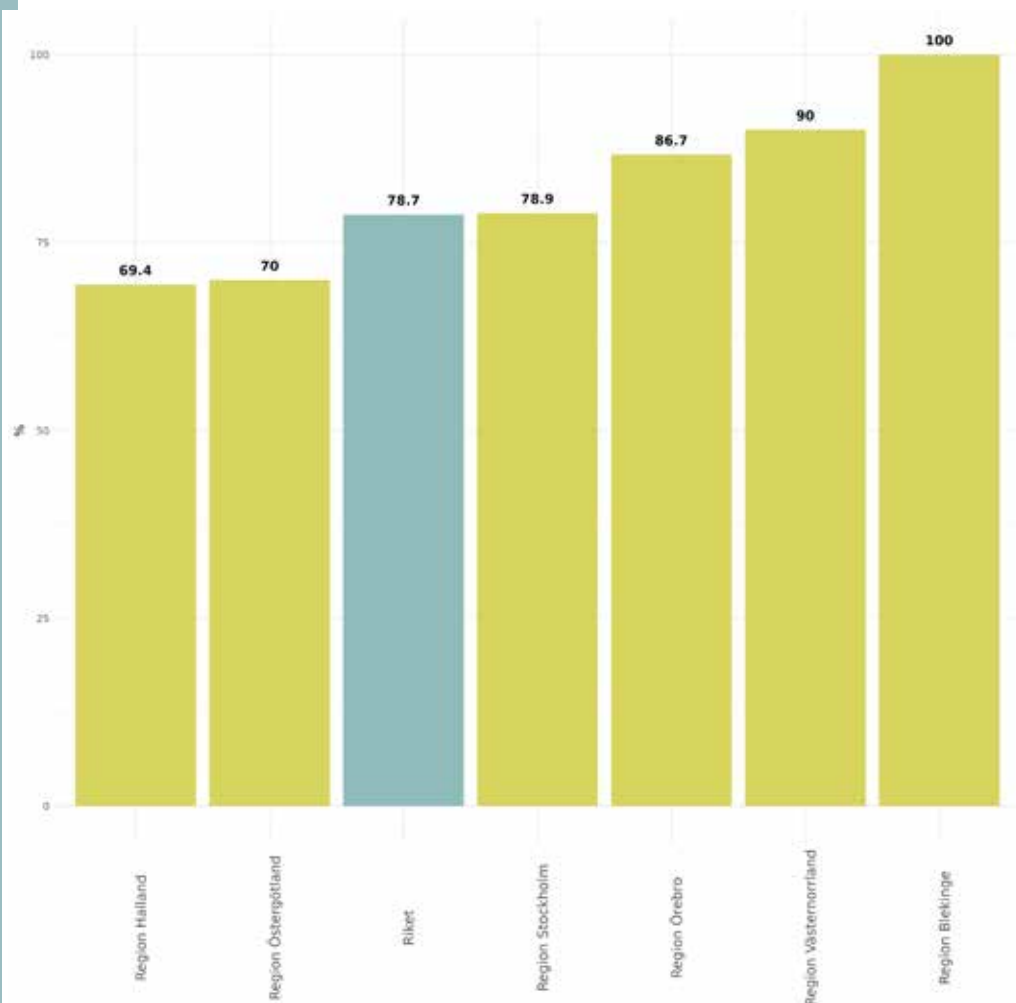
På följande sidor presenteras statistik för 9 centrala kvalitetsindikatorer som tagits fram i samarbete med NPO psykisk hälsa och implementerats i VIP, vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende.

ANDEL INDIVIDER MED MINSKAT ALKOHOLINTAG FRÅN NYBESÖK TILL UPPFÖLJNING

Figur 22 visar andel individer med minskat alkoholintag från nybesök till uppföljning. Nämnaren består av alla med F10 diagnos vid nybesök som genomför uppföljning.

FIGUR 22

ANDEL INDIVIDER MED MINSKAT ALKOHOLINTAG

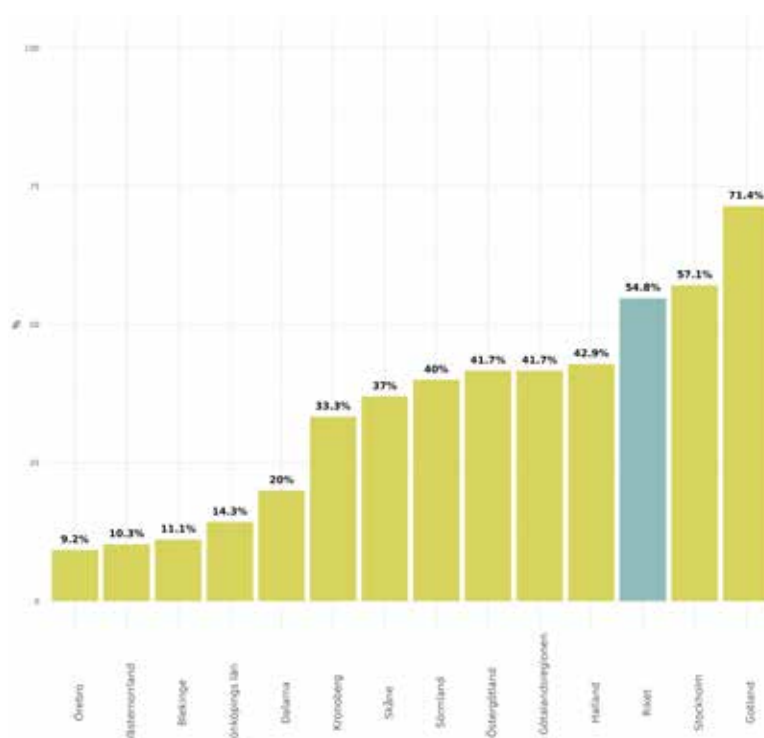


ANDEL INDIVIDER MED ALKOHOLBEROENDE SOM BEHANDLATS MED ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL

Figur 24 visar andel individer med alkoholberoende som behandlats med återfallsförebyggande läkemedel uppdelat per region. Figur 25 visar utvecklingen i Region Stockholm under 2022, fördelat på kön.

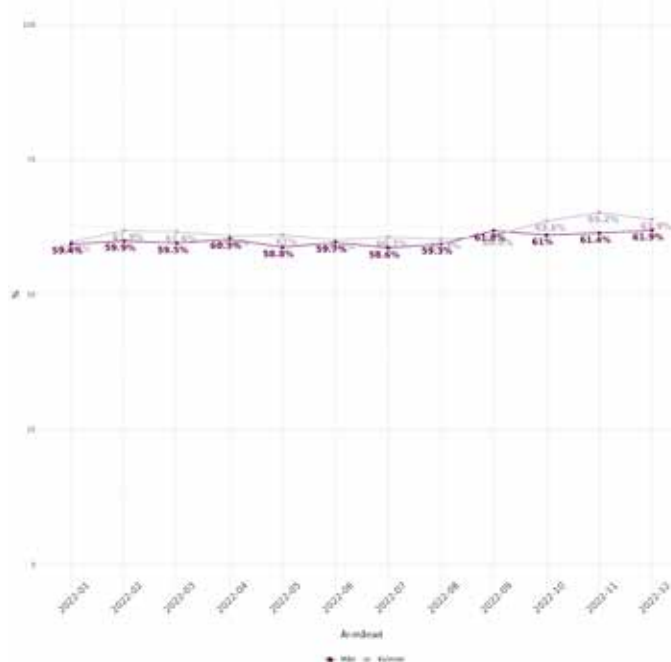
FIGUR 23

ANDEL SOM BEHANDLATS MED ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL PER REGION



ANDEL SOM BEHANDLATS MED ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL I REGION STOCKHOLM UNDER 2022

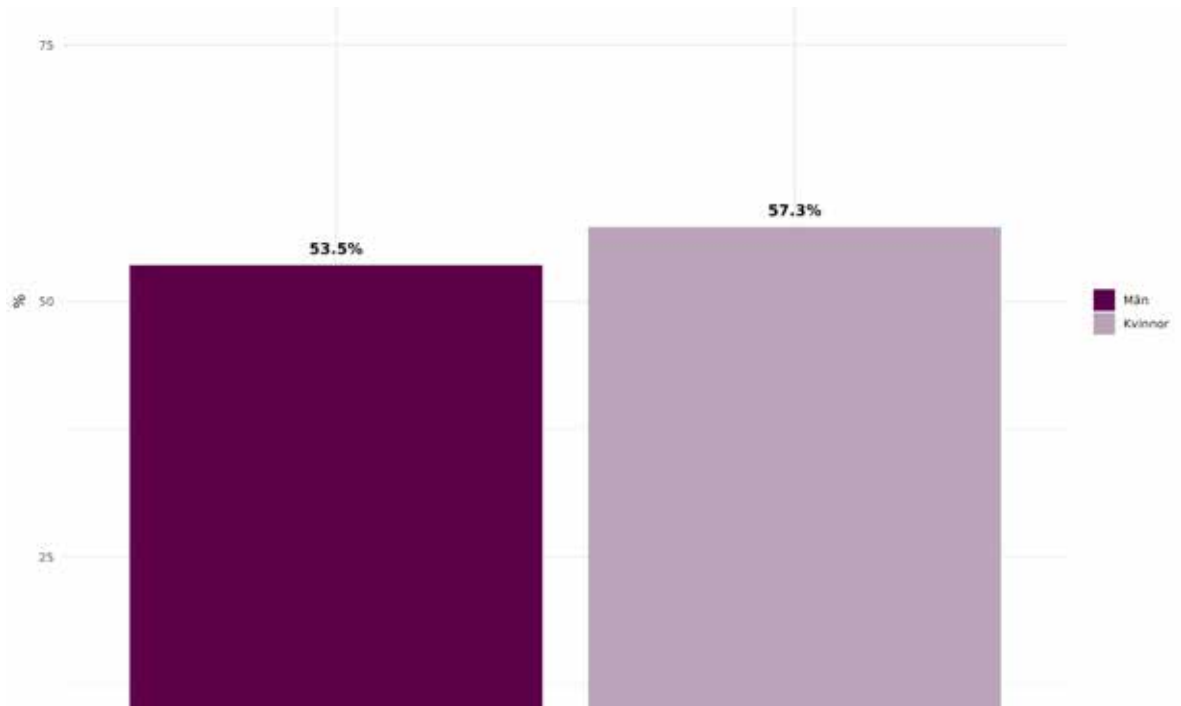
FIGUR 24



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

FIGUR 25

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.

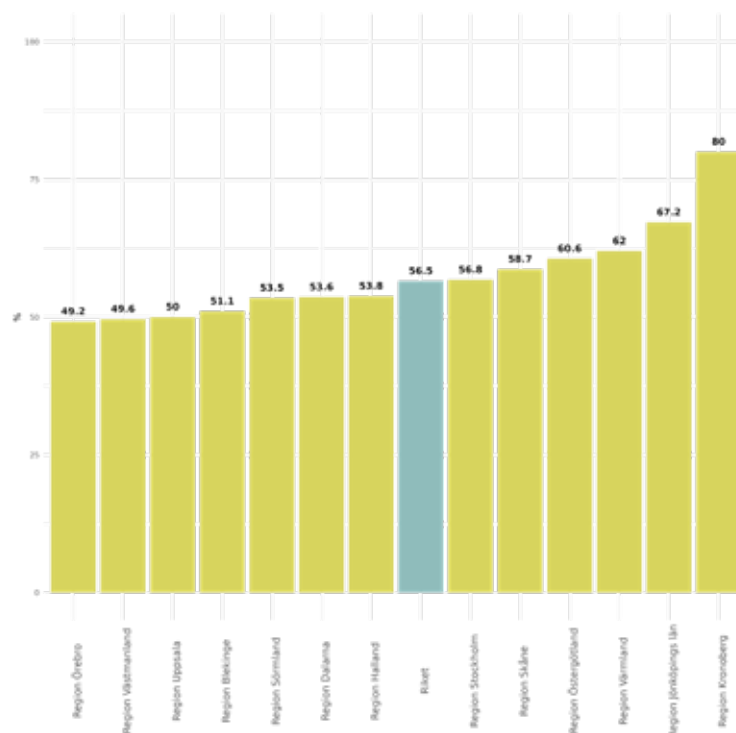
Figur 26 visar andel patienter som har blivit diagnostiserad med ett alkoholberoende (F10), och fått utskrivet återfallsförebyggande läkemedel som Disulfiram, Akamprosot, Naltrexon och/eller Nalmefen, fördelat på kvinnor och män.

ANDEL INDIVIDER MED ÖKAD HÄLSA FRÅN NYBESÖK TILL UPPFÖLJNING

Figur 26 visar andelen patienter med förbättrad eller samma självskattad hälsa per region. Figur 27 jämför självskattad hälsa hos kvinnor och män (figurerna är desamma som på s. 37, där de visas i samband med patientupplevda mått).

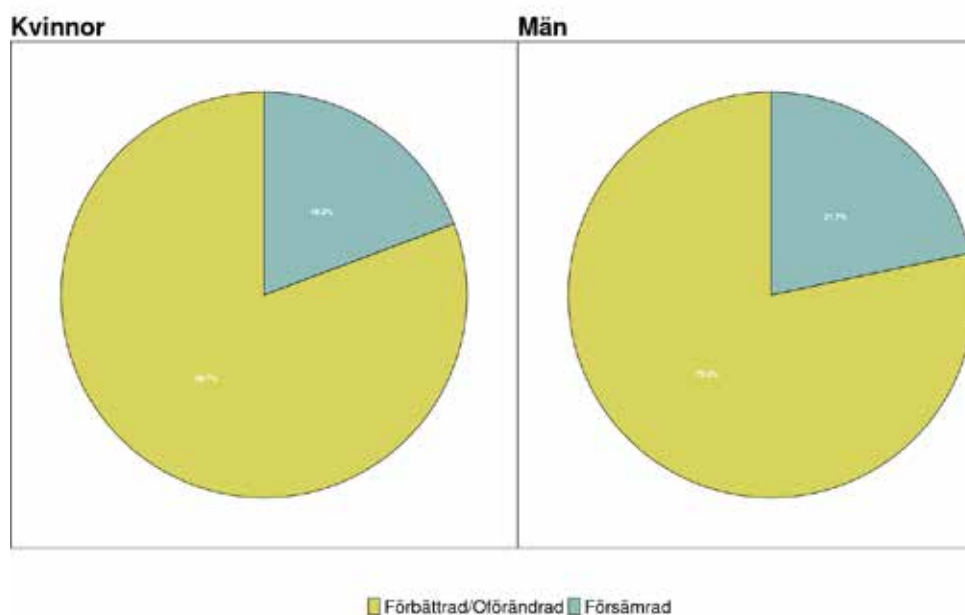
FIGUR 26

ANDEL MED FÖRBÄTTRAD ELLER SAMMA SJÄLVSKATTAD HÄLSA



FIGUR 27

ANDEL MED FÖRBÄTTRAD ELLER SAMMA SJÄLVSKATTAD HÄLSA HOS KVINNOR RESPEKTIVE MÄN

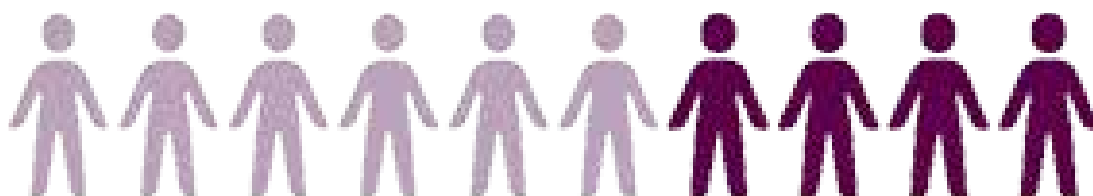
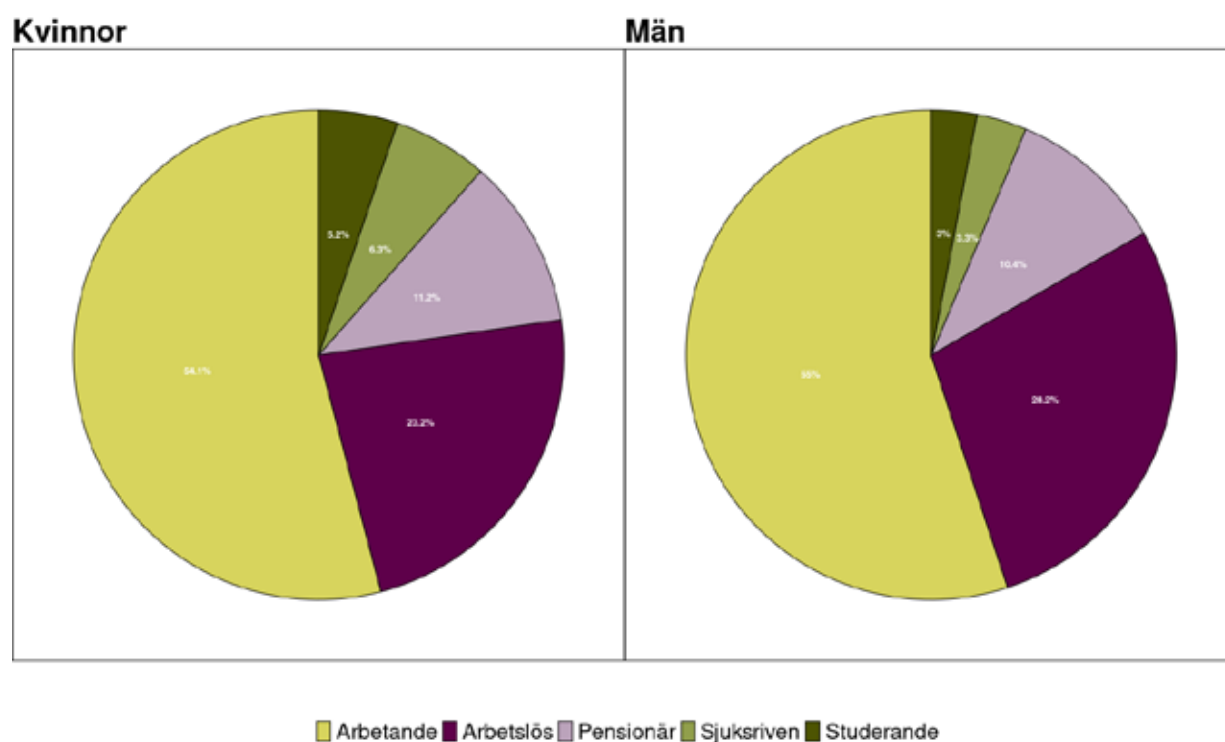


ANDEL INDIVIDER MED SYSSELSÄTTNING

Figur 28 visar huvudsaklig sysselsättning under 2022 för individer registrerade i Bättre Beroendevård.

FIGUR 28

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



ANDEL MED BOENDE

Figur 29 visar andel per boendeform för patienter registrerade i Bättre Beroendevård, fördelat på kvinnor och män.

FIGUR 29

ANDEL PATIENTER PER BOENDEFORM



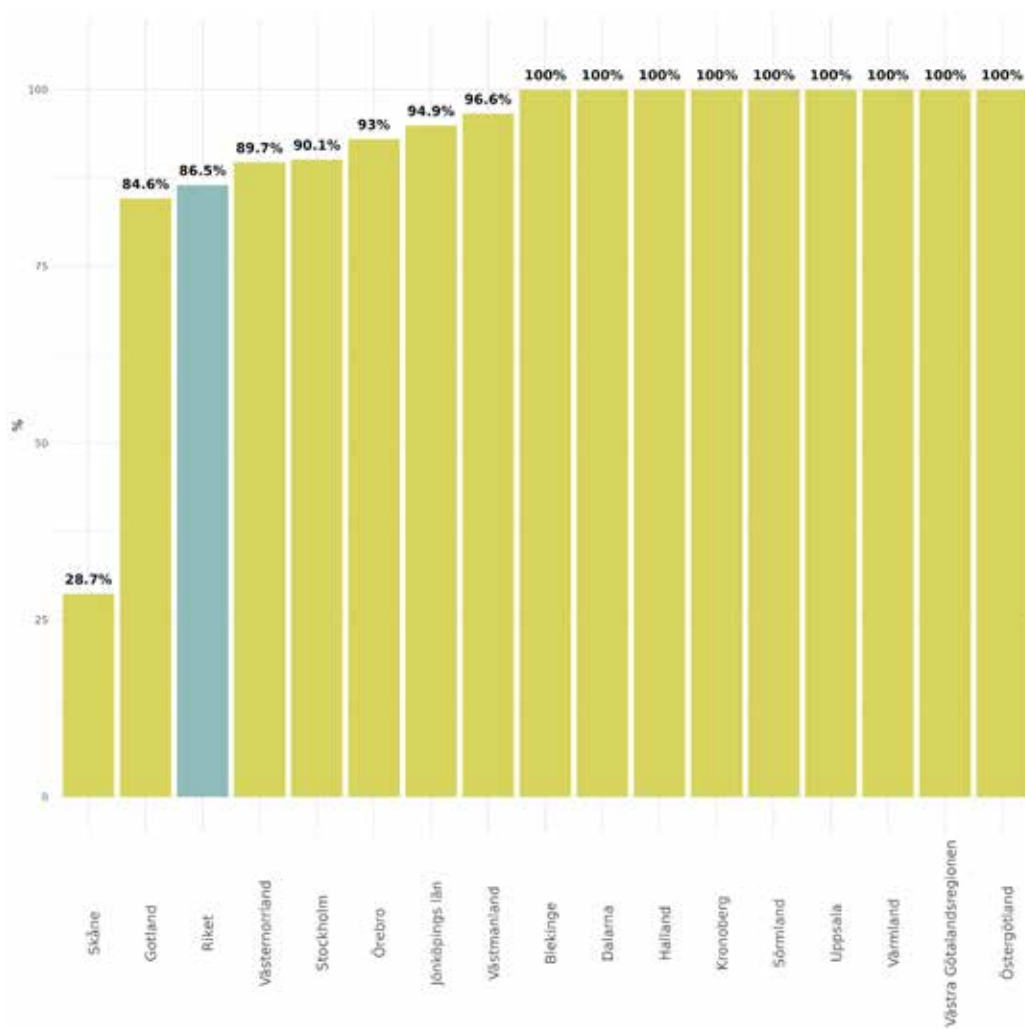
ANDEL INDIVIDER SOM BESVARAT FRÅGAN OM MINDERÅRIGA BARN I NÄRA RELATION

Figur 30 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.

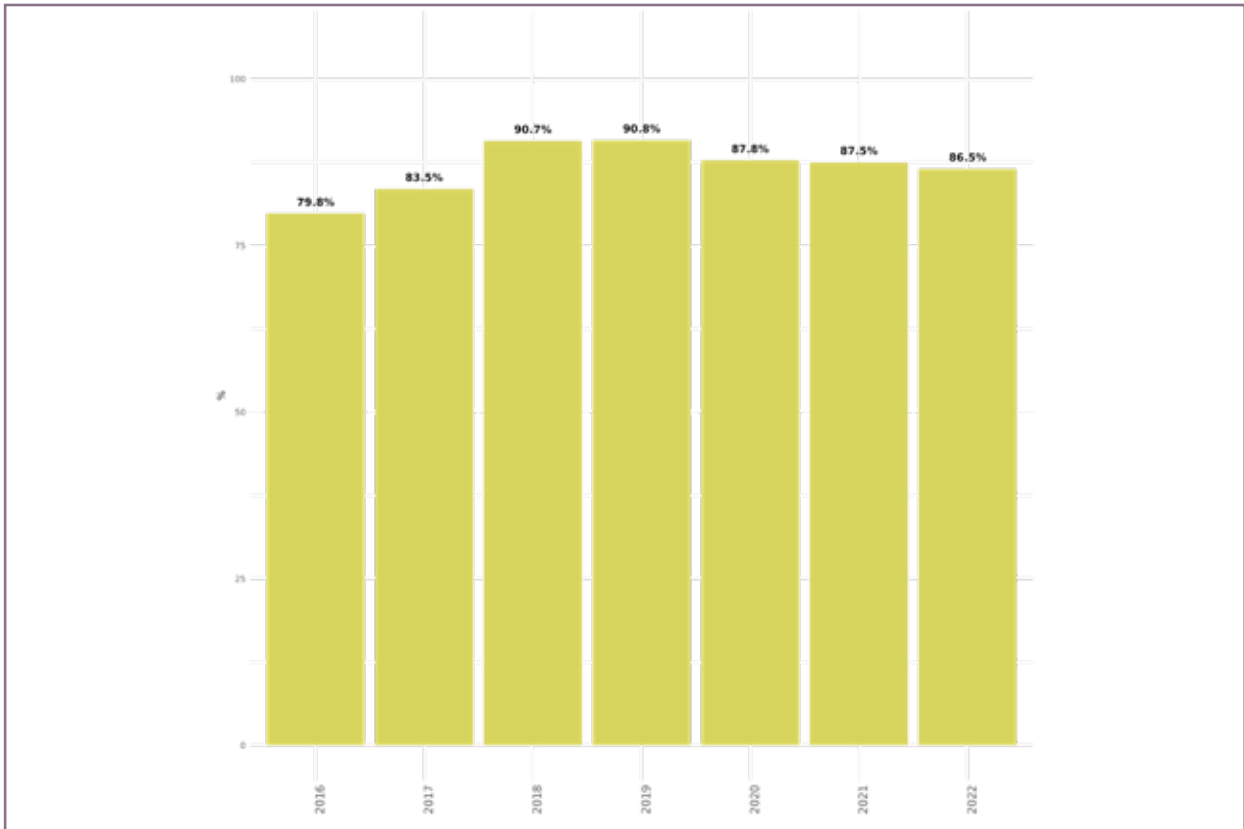
FIGUR 30

ANDEL PER REGION SOM BESVARAT FRÅGAN OM MINDERÅRIGA BARN



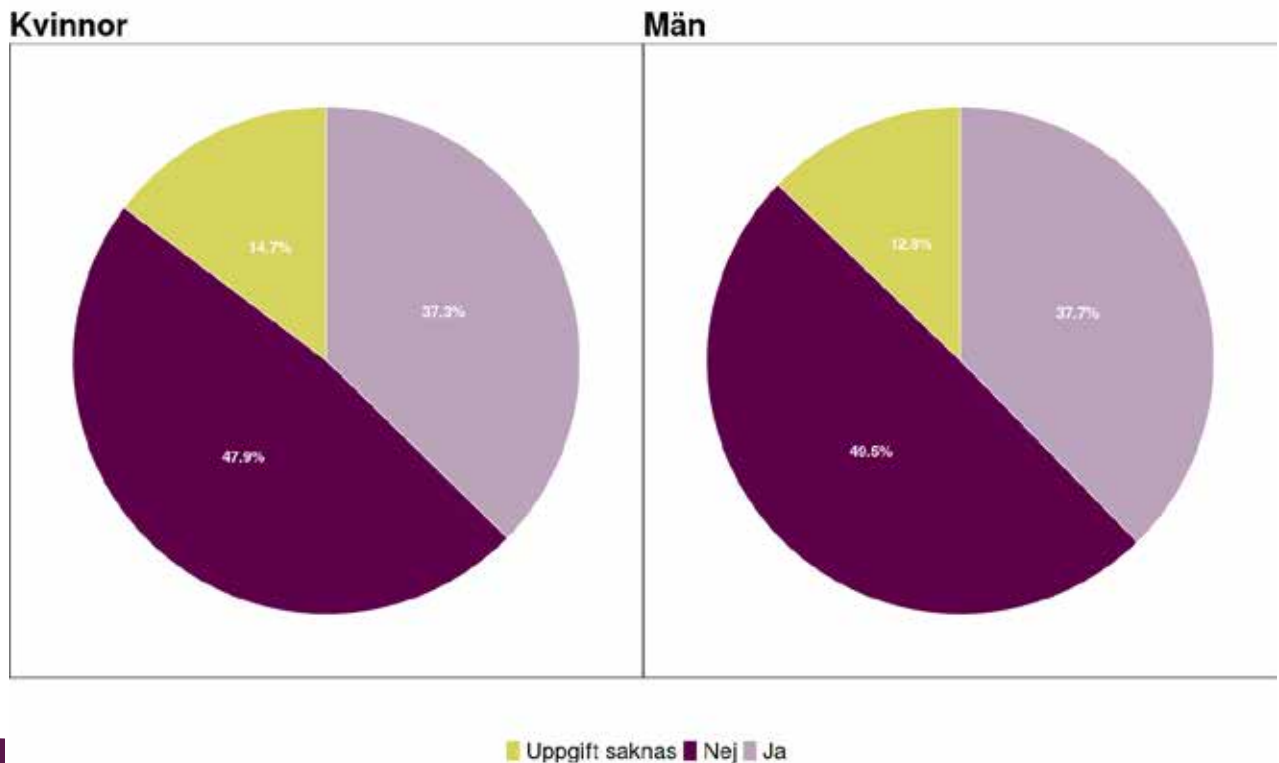
FIGUR 31

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



FIGUR 32

ANDEL MED BERÖRDA MINDERÅRIGA BARN FÖRDELAT PÅ
KVINNOR OCH MÄN



INDIVIDER MED AKTUELL VÅRDPLAN

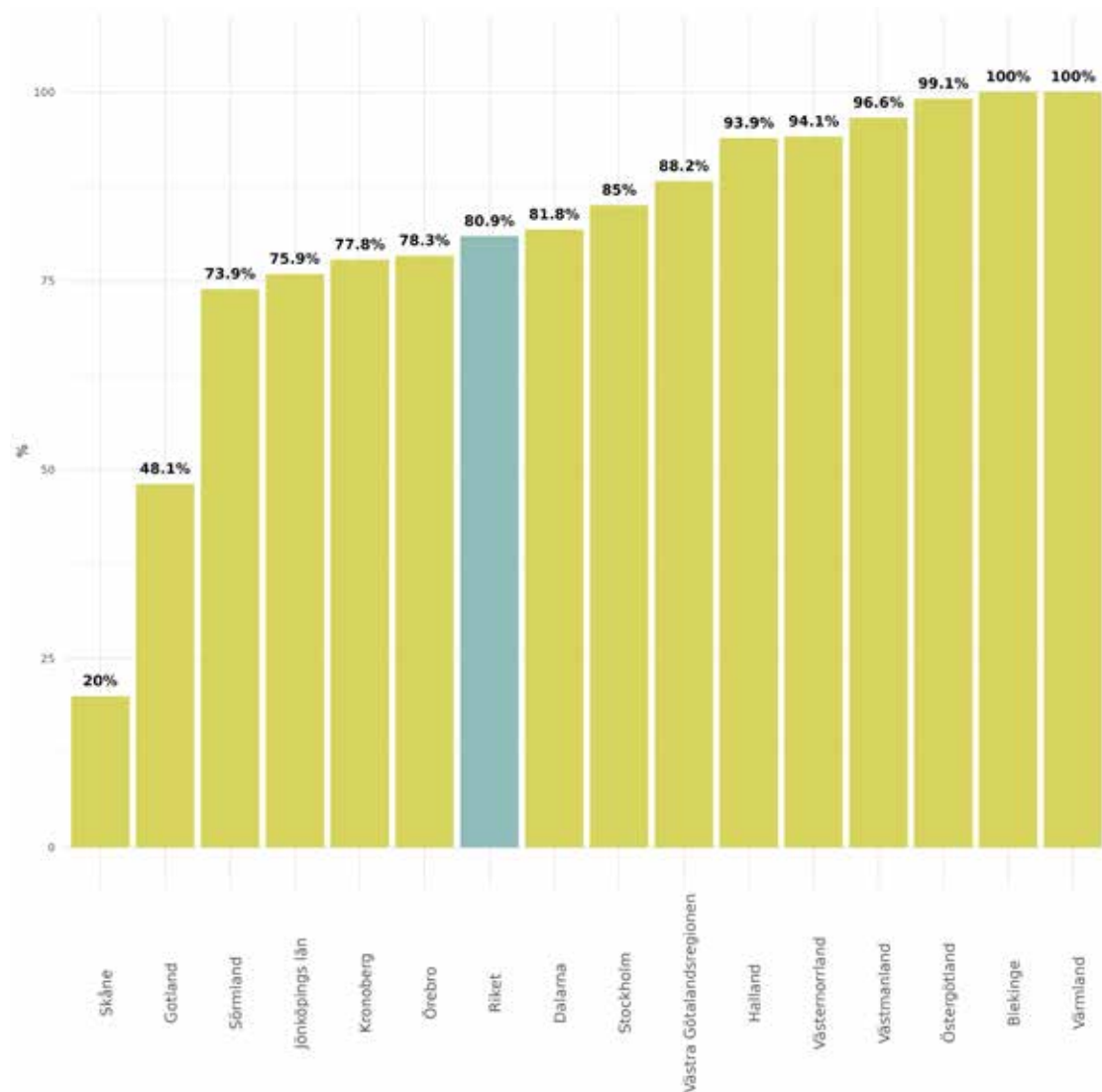
Figur 34 visar andel individer med vårdplan fördelat på region.

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 33 har majoriteten av patienterna som registrerats i Bättre Beroendevård under 2022 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 33

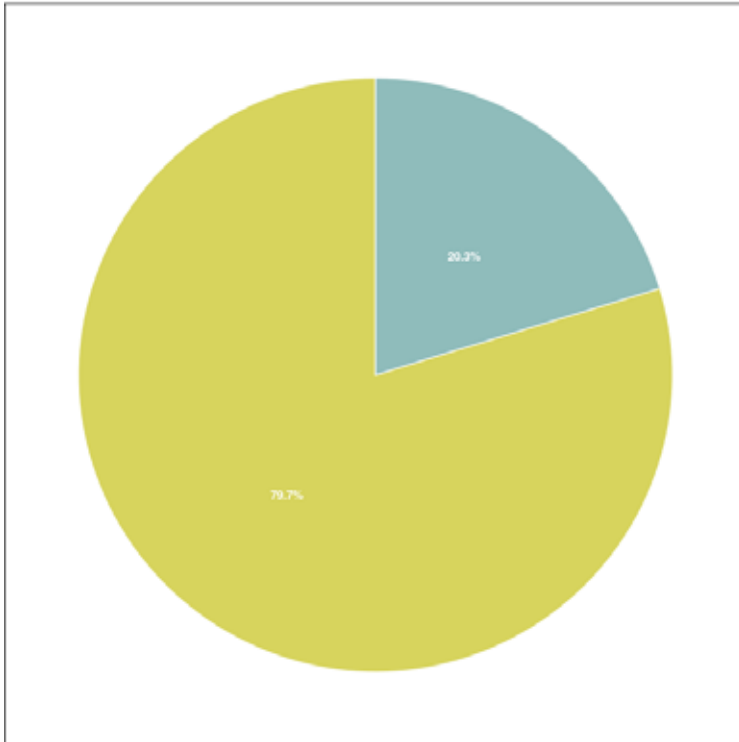
ANDEL INDIVIDER MED AKTUELL VÅRDPLAN



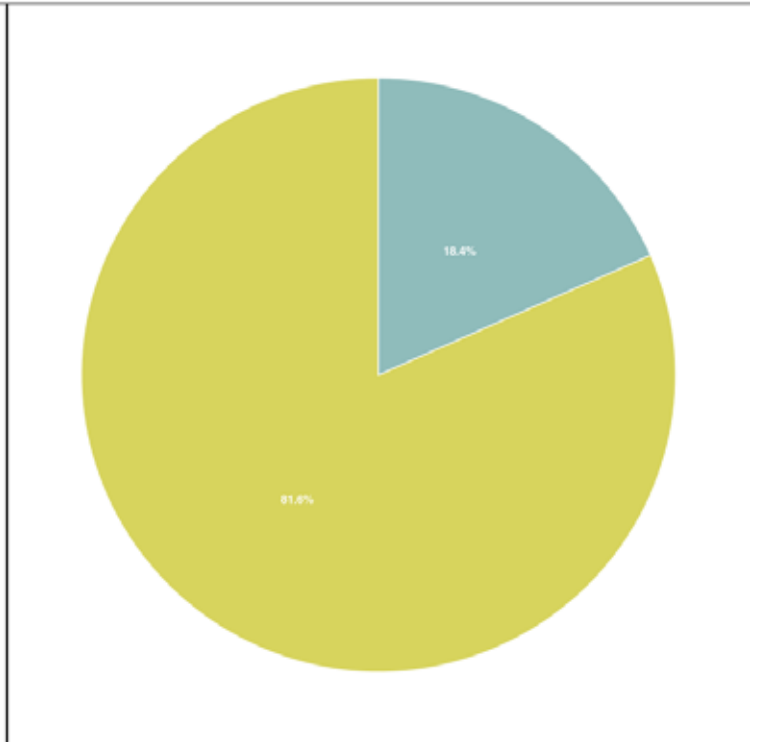
FIGUR 34

ANDEL MED AKTUELL VÅRDPLAN FÖR KVINNOR RESPEKTIVE MÄN

Kvinnor



Män



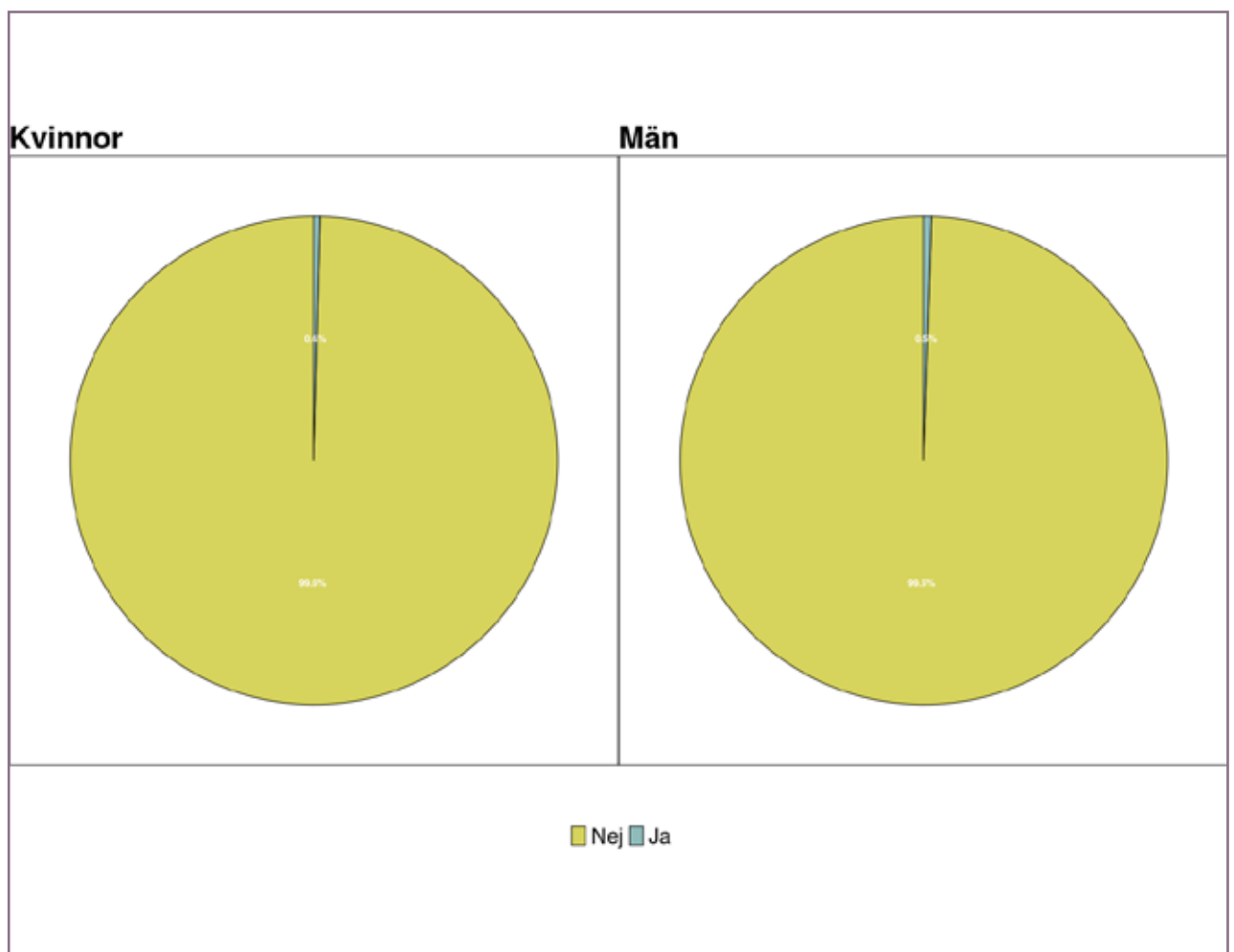
■ Ja ■ Nej

ÖVERLEVNAD FÖR INDIVIDER I LARO-BEHANDLING

Figur 35 visar antal individer i LARO-behandling som är vid liv 1 år efter registrering.

FIGUR 35

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



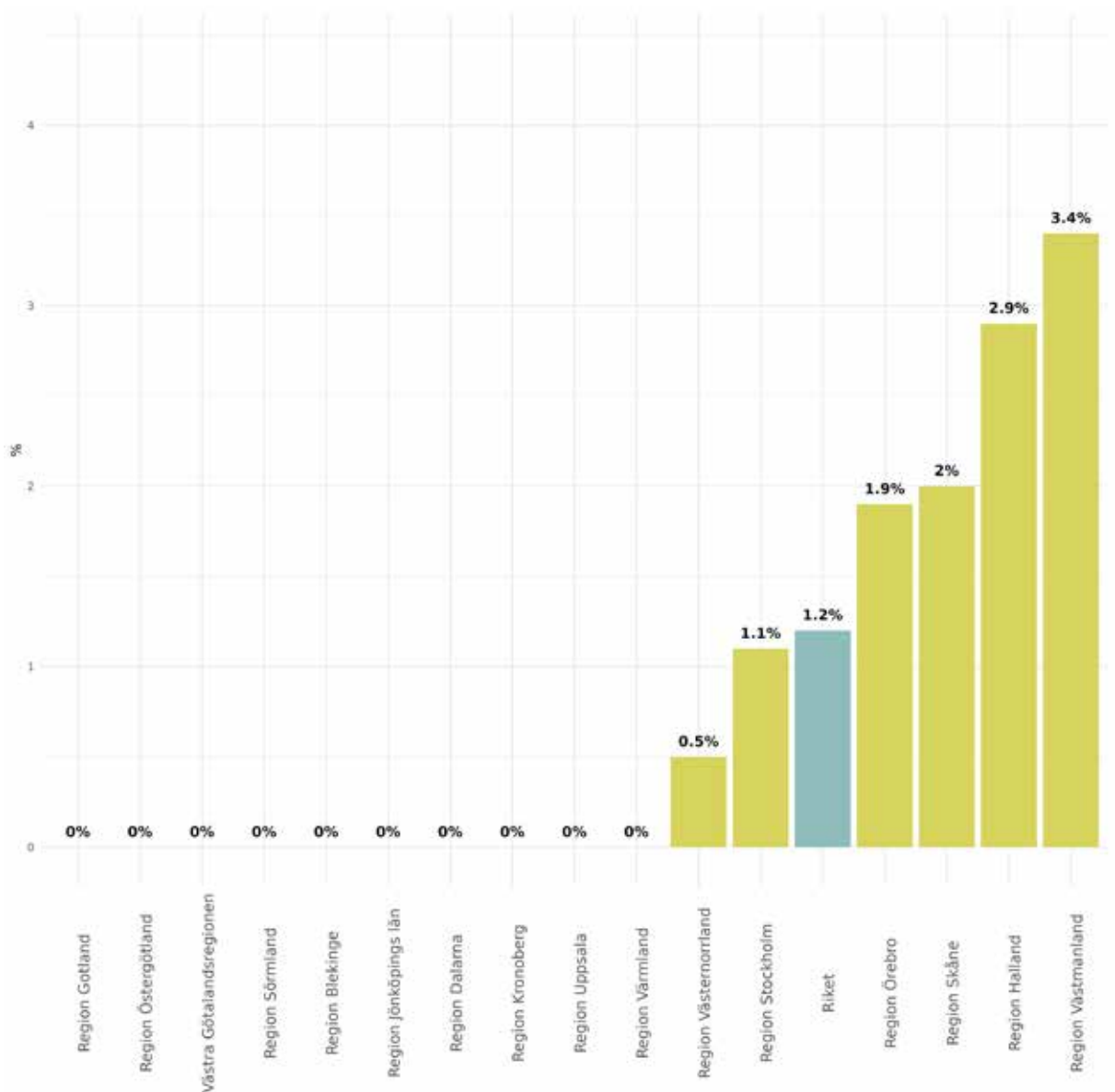
ANDEL PATIENTER SOM UTVECKLAT DELIRIUM TREMENS I HELDYGNSVÅRD

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

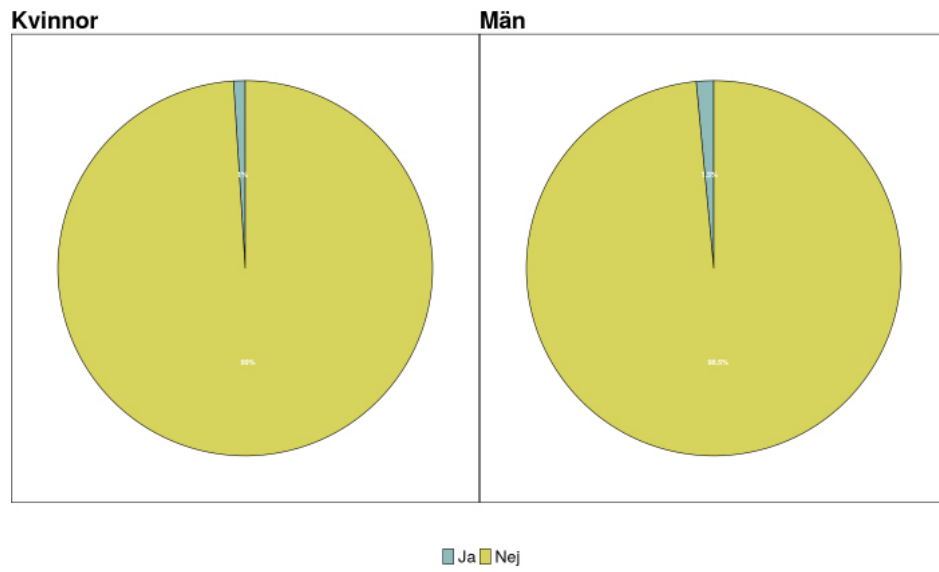
FIGUR 36

ANDEL PATIENTER SOM UTVECKLAT DELIRIUM TREMENS I HELDYGNSVÅRD PER REGION



FIGUR 37

ANDEL PATIENTER SOM UTVECKLAT DELIRIUM TREMENS



FIGUR 38

ANDEL PATIENTER SOM UTVECKLAT DELIRIUM TREMENS I HELDYGNSVÅRD 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	Totalt registrerade	Nyreg.	Uppföljning	Ålder (median)	Andel män (%)	Vanligaste diagnosen (%)	Annan psykiatrisk diagnos
Region Blekinge	Beroendeenhetens mottagning Karlskrona	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Beroendeenhetens vårdavdelning Karlskrona	Slutenvård	11	10	<10	51.5	70	F10 (90)	50
Region Dalarna	Psykiatrimottagning Malung	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Rättvik	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
Region Gotland	Beroendemottagning Visby	Öppenvård	183	53	130	42	62.3	F11 (91)	66
Region Halland	Avdelning 24 Psykiatri Varberg	Slutenvård	235	174	61	51	79.4	F10 (71)	36
	LARO Varberg	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Substitutionsmottagningen Halmstad	Öppenvård	56	11	44	44	68.9	F11 (100)	33
Region Jönköpings län	Vuxenpsykiatrimottagningen Falkenberg	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatrimottagningen Halmstad Beroendeteamet	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Beroendemottagningen Jönköping	Öppenvård	42	28	14	41	78.6	F11 (100)	76
	Psykiatrisk avdelning E Länsjukhuset Ryhov	Slutenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Psykiatriska mottagningen Nässjö	Öppenvård	14	<10	<10	40	64.3	F11 (71)	57
Region Kronoberg	Psykiatriska mottagningen Tranås	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Psykiatriska mottagningen Vetlanda	Öppenvård	11	<10	<10	45	54.5	F11 (100)	64
Region Skåne	Beroendemottagningen Växjö	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Akutmottagning vuxenpsykiatri beroende Malmö		36	21	15	52.5	76.5	F10 (12)	15
	Avdelningen för opioidberoende Malmö		133	97	36	44	76.1	F11 (96)	57
	Avdelningen för opioidberoende Malmö	Slutenvård	22	18	<10	44	61.9	F11 (95)	33
	Beroendecentrum avd 2 Malmö		452	307	145	44	67.2	F10 (52)	56
	Beroendecentrum avd 2 Malmö	Slutenvård	59	45	14	54	69.1	F10 (56)	45
	Humana Laro RSU Helsingborg	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
	LARO BeFem Malmö	Öppenvård	34	<10	34	50.5	82.4	F11 (100)	24
	LARO Lejon Helsingborg	Öppenvård	22	21	<10	40.5	81.8	F11 (59)	27
	LARO Sund Landskrona	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
	LARO Sund Malmö	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
	LARO Sund Ramlösa Helsingborg	Öppenvård	15	14	<10	32	60	F11 (100)	67
	LARO Sund Söder Helsingborg	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
	LARO-mottagning Kristianstad		54	48	<10	46	65.3	F11 (31)	59
	LARO-mottagning Matris Drottninggatan Malmö		<10	<10	<10	.	.	.	.
	LARO-mottagning Trelleborg		<10	<10	<10	.	.	.	.
	Laro Kärnan	Öppenvård	35	33	<10	37	62.9	F11 (100)	31
	Solstenen i Helsingborg	Öppenvård	43	<10	42	40	64.3	F11 (100)	62
	Solstenen i Höör	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Solstenen i Lund	Öppenvård	34	<10	34	41	73.5	F11 (94)	59
Solstenen i Ängelholm	Öppenvård	25	10	15	38	72	F11 (96)	52	
Vuxenpsykiatriavdelning 1 beroende Malmö		621	363	258	46	73.9	F10 (59)	55	
Vuxenpsykiatriavdelning 1 beroende Malmö	Slutenvård	26	18	<10	42	62.5	F10 (46)	50	
Vuxenpsykiatrimottagning Beroende Kristianstad		31	31	<10	40	67.7	F10 (16)	48	
Vuxenpsykiatrimottagning beroende Malmö		33	30	<10	45	45.5	F10 (21)	42	
Vuxenpsykiatrimottagning beroende Triangeln Malmö		100	95	<10	53	66.7	F10 (92)	34	
Region Skåne	Vuxenpsykiatrimottagning läkemedelsberoende Malmö		21	17	<10	30	66.7	F11 (62)	62

Region	Enhet	Formulärtyper	Totalt registreringar	Nyreg.	Uppföljning	Ålder (median)	Andel män	Vänligaste diagnosen (%)	Annan psykiatrik diagnos		
Region Skåne	Vuxenpsykiatrimottagning läkemedelsberoende Malmö			21	17	<10		30	66.7	F11 (62)	62
Region Stockholm	Alkohol och Hälsa, Riddargatan 1 Stockholm	Öppenvård	7665	1472	6193	51	62.9	F10 (87)			18
	Alvik-Ekerö beroendemottagning	Öppenvård	3259	437	2822	42	64.2	F10 (63)			65
Region Stockholm	BSC Slutenvård St Görän	Slutenvård	9373	3065	6308	43	70.2	F10 (64)			41
	BSC Slutenvård St Görän	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.	.	.
	Capio Hemlösa Öppenvård Pelarbacken	Öppenvård	58	<10	50	56	87.5	F15 (38)			88
	Elitidrott och hälsa	Öppenvård	594	97	497	23	35.1	F10 (11)			93
	Ewa-mottagningen Stockholm	Öppenvård	2819	292	2527	47.5	0	F10 (86)			76
	Fridhemsmottagningen Stockholm	Öppenvård	537	117	420	38	91.2	F10 (34)			15
	Haninge beroendemottagning	Öppenvård	2391	398	1993	42	68.3	F10 (54)			47
	Huddinge-Botkyrka beroendemottagning	Öppenvård	5145	668	4477	43	68.4	F10 (59)			57
	Hässelbymottagningen	Öppenvård	2324	333	1991	43	68.2	F10 (60)			50
	Järva Beroendemottagning	Öppenvård	3220	440	2780	40	75	F10 (44)			39
	Konsultmottagning I66 Stockholm	Öppenvård	1093	138	955	57	61.8	F10 (79)			48
	Lidingö beroendemottagning	Öppenvård	1791	229	1562	47	68.2	F10 (71)			50
	Liljeholmens Livsstils-mottagning	Öppenvård	1150	231	919	22	65.1	F12 (38)			54
	Liljeholmsbergets beroendemottagning	Öppenvård	6726	939	5787	43	71.8	F10 (59)			50
	Livsstils-mottagningen	Öppenvård	2750	472	2278	22	62.5	F12 (36)			61
	Läkemedel och Hälsa	Öppenvård	3081	521	2560	53	39.3	F11 (58)			55
	Magnus Huss-mottagningen	Öppenvård	5557	705	4852	47	70.9	F10 (69)			53
	Mottagning 44 Stockholm	Öppenvård	1518	101	1417	44	79.4	F11 (99)			60
	Nynäshamn beroendemottagning	Öppenvård	992	153	839	46	70.4	F10 (62)			31
	PRIMA Maria Fri	Öppenvård	947	178	769	41	43.4	F10 (32)			32
	PRIMA Maria LARO HR	Öppenvård	1686	113	1573	48	75.4	F11 (100)			52
	PRIMA Maria LARO Rehab	Öppenvård	3985	337	3648	46	71.9	F11 (99)			45
	PRIMA Maria Nacka beroende	Öppenvård	1846	273	1573	47	70.4	F10 (62)			24
	PRIMA Maria Södermalm beroende	Öppenvård	1264	111	1153	53	70.3	F10 (66)			38
	PRIMA Maria Ung	Öppenvård	387	52	335	22	50.8	F12 (23)			48
	PRIMA Maria Värmdö beroende	Öppenvård	1261	205	1056	41	68.2	F10 (53)			29
	PRIMA Maria Öppenvård	Öppenvård	8569	1070	7499	42	64.6	F10 (53)			43
	PRIMA Slutenvård	Slutenvård	2238	570	1668	46	70.3	F10 (62)			22
	Psykiatri och beroende Posthusgatan Norrtälje	Öppenvård	3666	733	2933	43	31.7	F10 (4)			99
	Psykiatri och beroende ROS	Öppenvård	4395	761	3634	36	56.8	F10 (25)			84
	Psykiateriteamet Stockholm	Öppenvård	636	28	608	43.5	43.8	F10 (55)			94
	Resursteamet Stockholm	Öppenvård	956	39	917	58	71.7	F11 (100)			70
	Rosenlunds mödravårdsteam Stockholm	Öppenvård	630	87	543	31	8	F19 (34)			64
	Rosenlunds-mottagningen Stockholm	Öppenvård	2315	94	2221	46	72.3	F11 (99)			44
	S:t Eriks teamet Stockholm	Öppenvård	2145	92	2053	46	67.9	F11 (100)			78
	Salem- Nykvarns beroendemottagning	Öppenvård	586	86	500	47.5	65.3	F10 (70)			41
	Sigtuna beroendemottagning Märsta	Öppenvård	1622	223	1399	43	71.4	F10 (48)			46
	Sollentuna beroendemottagning	Öppenvård	2506	387	2119	43	71.4	F10 (53)			56
	Solna-Sundbybergs beroendemottagning	Öppenvård	3579	525	3054	41	70	F10 (61)			54
	Södertälje beroendemottagning	Öppenvård	2691	372	2319	46	69.1	F10 (59)			53
	Team A3-Funkis Stockholm	Öppenvård	1505	62	1443	58	62.7	F11 (100)			37
	Tyresö beroendemottagning	Öppenvård	1915	292	1623	41	66.9	F10 (64)			47
	Täby-Danderyd-Vaxholm beroendemottagning	Öppenvård	1870	334	1536	48	70.3	F10 (61)			35
	Upplands Väsby beroendemottagning	Öppenvård	2204	280	1924	40	65.3	F10 (58)			56
Region Stockholm	Vallentuna beroendemottagning Stockholm	Öppenvård	877	116	761	48	66.9	F10 (51)			49
Region Stockholm	Åkersberga beroendemottagning Stockholm	Öppenvård	771	140	631	49	68.6	F10 (59)			36
Region Sörmland	Beroendecentrum Mälarsjukhuset Eskilstuna	Öppenvård	15	<10	12	42	73.3	F11 (67)			53
	Psykiatriska intensivvårds- och beroendeavdelning Mälarsjukhuset	Slutenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.	.	.
Region Uppsala	Psykiatriavdelning 4 Uppsala	Slutenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.	.	.
Region Värmland	LARO mottagningen Karlstad	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.	.	.
Region Västernorrland	Psykiatrisk avdelning 7 Sundsvall	Slutenvård	234	186	48	40	75.5	F19 (47)			44
Region Västmanland	Avd 91 Västerås	Slutenvård	29	28	<10	35	69	F19 (48)			31
Region Örebro	Beroendecentrum avdelning Universitetssjukhuset Örebro	Slutenvård	314	249	65	41	72.6	F10 (38)			30
	Beroendecentrum avdelning Universitetssjukhuset Örebro	Öppenvård	99	<10	99	40	65.7	F11 (100)			12
	Beroendecentrum psykiatriska mottagning Örebro	Öppenvård	105	105	<10	35.5	75	F19 (33)			81
	Beroendecentrum öppenvårdsmottagning Örebro	Öppenvård	27	27	<10	46	70.4	F10 (41)			59
	Ungdomsmottagning Beroendecentrum Örebro	Öppenvård	29	29	<10	23	48.3	F19 (31)			90
Region Östergötland	Psykiatriska kliniken Motala/Mjölby, tidigare Psykiatri och habiliter	Öppenvård	144	62	74	44	68.4	F10 (51)			72
Västra Götalandsregioner	Avdelning 363 Göteborg	Slutenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.	.	.
	Beroendemottagning Hisingen Göteborg	Öppenvård	<10	<10	<10	.	.	.	.	.	.
	Psykiatriavdelning 10 Kungälv	Slutenvård	14	14	<10	41.5	78.6	F10 (79)			71

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 – Verktøy 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, funk-
tion 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 götalandregionen
VIP – Vård- och insatsprogram (för missbruk och beroende)
ViS – Vården i siffror

Informationsägare: Johan Franck och Jeanette Westman
Statistik: Härje Widing
Layout: Jonna Engwall
Foto: Unsplash, Pixabay, Adobe Stock där inget annat anges

Kontakt: battre.beroendevard.sls@regionstockholm.se

BÄTTRE 
BEROENDEVÅRD

battreberoendevard.se