

2017

ÅRSRAPPORT

SBR - kvalitetsregister
för bättre beroendevård



Svenskt
Beroenderegister

SBR

CENTRALT PERSONUPPGIFTSANSVARIG MYNDIGHET
Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO)

REGISTERHÅLLARE OCH KANSLI

JOHAN FRANCK

Registerhållare

Svenskt beroenderegister

Beroendecentrum Stockholm

JEANETTE WESTMAN

Biträdande registerhållare

Svenskt beroenderegister

MIKAEL EKLÖF

Koordinator

Svenskt beroenderegister

JONAS HÄLLGREN

Statistiker

Svenskt beroenderegister

STYRGRUPP 2017

Annika Andersson, verksamhetschef, Capio Maria, Stockholm

Håkan Blom, brukarrepresentant, Länkens Kamratförbund

Lars Blomström, medicinskt ansvarig, Capio Maria, Stockholm

Johan Franck, verksamhetschef, Beroendecentrum Stockholm

Inger Forsgren, brukarrepresentant, RFHL

Håkan Leifman, direktör, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)

Carl-Gustav Olofsson, verksamhetsrepresentant, Psykiatrin, Skellefteå

Spyridon Kilaidakis, chefsöverläkare, Beroendecentrum, Örebro

Karina Stein, områdeschef, Beroendecentrum, Malmö

Per Söderberg, divisionschef, Psykiatrin, Dalarna

Markus Takanen, överläkare Beroendecentrum Stockholm, representant för Svensk förening för beroendemedicin

Hugo Wallén, verksamhetsutvecklare, Psykiatrin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Adjungerade:

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

Irene Mårtensson, verksamhetsutvecklare, Beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Högsta noteringen sedan start!

Svenskt beroenderegister (SBR) är ett nationellt kvalitetsregister för en bättre beroendevård. SBR är utformat för att kunna mäta centrala kvalitetsindikatorer inom beroendevården. Majoriteten av indikatorerna följer rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. SBR medverkade under året i tre nationella rapporter från Socialstyrelsen. Dessa rapporter som utvärderar kvaliteten på beroendevården går att ladda ner från Socialstyrelsens hemsida under rubriken missbruk och beroende. SBR räknas redan som en av de viktigaste datakällorna för uppföljning av beroendevården i Sverige.

Antalet registreringar i Svenskt beroenderegister har ökat för varje år. Under 2017 gjordes totalt 11 878 registreringar. SBR:s senaste täckningsgrad, mätt av Socialstyrelsens Registerservice, var 27% vilket är den högsta noteringen sedan starten. En väg till ökad täckningsgrad är direktöverföring. Direktöverföring har haft en mycket positiv effekt på antalet registreringar. Journalintegrationen i Stockholms län har medfört en tiofaldig ökning av antalet registreringar i SBR. SBR arbetar därför aktivt med att möjliggöra direktöverföring från journal till registret från fler landsting och regioner. Region Skåne håller på att förbereda övergång till direktöverföring under 2018. Västra Götalandsregionen och Örebro län har påbörjat mappning av variabler vilket är ett viktigt förarbete inför direktöverföring. Införande av journalintegration i fler län och regioner förväntas spara tid och resurser i vården samt kunna öka täckningsgraden avsevärt.

Intresset för återkoppling av data har ökat markant under året. För att möta efterfrågan har SBR börjat skicka ut ett nyhetsbrev med utdata till anslutna kliniker. En statistiker har rekryterats till registret för att bättre kunna serva enheterna med återkoppling och utdata. En annan nyhet är att registersidorna nu är i drift. Via dem kan vårdpersonalen följa värden på centrala kvalitetsindikatorer för sina egna enheter samt göra jämförelser mot riket direkt på plattformen.

SBR kommer under året gå över från att visa indikatorer på psykiatrikompassen till vården i siffror. Vården i siffror presenterar och visualiserar statistik från svensk hälso- och sjukvård. En fördel med vården i siffror är att det ger bättre möjligheter till att följa tidstrender på centrala indikatorer inom beroendevården. Med en ökande täckningsgrad ökar registrets relevans för forskning. Registret ser positivt på en ökad efterfrågan av forskningsdata.

Denna årsrapport riktar sig till kliniskt verksamma inom beroendevården, verksamhetsledningar, patientorganisationer, och övriga intresserade.

3 HÖGSTA NOTERINGEN SEDAN START!

6 SBR – ETT KVALITETSREGISTER FÖR BÄTTRE BEROENDEVÅRD

- 6 Syfte med SBR
- 6 Stadig ökning
- 6 Inklusionskriterier
- 7 Anslutning och täckningsgrad nu över 90 procent
- 7 Mer överskådligt och ny möjlighet att återkoppla
- 8 Validering av data
- 8 Patientupplevda mått
- 9 REPORTAGE: Insatserna ska bygga på vetenskap!
- 12 Ny webbplats
- 12 Utveckling av kvalitetsindikatorer för beroendevården
- 13 Analys av datakvalitet, registergrad och ifyllnad
- 13 Sammanslagning
- 14 REPORTAGE: Framgångsfaktorer och återvändsgränder
- 16 Utvecklingsarbeten med fokus på registrering
- 16 Stort arbete koppla frågor till nationella kodverk
- 16 Nationella jämförelser, tidstrender och följa effekter
- 17 Välbesökt årskonferens
- 17 SBR – steg för steg över tid
- 17 SBR – steg för steg över tid
- 19 REPORTAGE: Hon är brukarnas ambassadör

22 ANSLUTNA ENHETER OCH REGISTRERINGAR

- 23 Enhetsöversikt
- 23 Anslutna enheter
- 24 Antal registreringar i SBR
- 25 Antal registreringar per län

26 SBR-DATA FRÅN ÖPPEN OCH SLUTEN VÅRD

- 27 Ålder och könsfördelning
- 28 Ålder och könsfördelning per drog och vårdform
- 29 Självskattad hälsa och antal dagar med substansbruk
- 30 Återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende inom öppenvård
- 32 Läkemedelsbehandling för opioidberoende
- 33 REPORTAGE: Gävleborg i framkant
- 36 REPORTAGE: Här är automatisk överföring av journaldata i mål



38 FOKUS – SLUTENVÅRD

- 39 Substansbruk i slutenvården
- 40 Substansbruk per åldersgrupp och kön
- 41 Substansfria månader
- 42 Alkoholriskbruk
- 42 Substansbruk bland personer med blandberoende
- 44 Primär inläggningsorsak och behandling i slutenvården
- 45 Abstinens behandling och delirium tremens
- 46 Läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens
- 47 Återfallsförebyggande läkemedel för alkoholberoende vid utskrivning från slutenvård
- 47 Opiodberoende inom slutenvård
- 48 Vårdtid inom slutenvård
- 50 Tvångsvård
- 50 Kontakt med öppenvård
- 51 Injicerat droger och provtagning för smitta
- 52 Somatisk samsjuklighet
- 52 Psykiatrisk samsjuklighet
- 53 Clinical Global Impression (CGI-S)
- 54 Global funktionsskattningsskala (GAF-skalan)
- 55 Berörda minderåriga barn till patienter i slutenvården

56 FOKUS – LARO

- 57 Läkemedelsassisterad rehabilitering
- 58 TRE SNABBA FRÅGOR till Mikael Sandell
- 59 Andel patienter med LARO-behandling per diagnos
- 59 Initiativtagare till vård
- 60 Berörda minderåriga barn till LARO-patienter
- 61 Vårdplan
- 62 Sysselsättning
- 63 AUDIT och DUDIT
- 64 Psykiatrisk funktion och självskattad hälsa

65 ÖVERSIKT

Registrerande enheter



SBR – SVENSKT BEROENDEREGISTER

ett kvalitetsregister för bättre beroendevård

6

Syfte med SBR:

- ▶ På gruppnivå följa patienters vård via olika insatser/ vårdkedjor och beskriva relationen mellan insatser och utfall.
- ▶ Möjliggöra jämförelser inom och mellan vårdenheter, organisationer och vårdkedjor.
- ▶ Studera effekterna av specifika och samordnade insatser för patientgrupper med komplexa vårdbehov

Stadig ökning

En hög täckningsgrad är av central betydelse för trovärdighet och användbarhet av registerdata. Antalet registreringar i Svenskt beroenderegister har ökat för varje år. Under 2017 gjordes totalt 11 878 registreringar. SBR:s senaste täckningsgrad, mätt av Socialstyrelsens Registerservice, var 27% vilket är den högsta noteringen sedan starten. Det innebär att av samtliga beroendepatienter inom specialiserad psykiatrisk vård i patientregistret återfanns drygt en fjärdedel i SBR.

Matchningen mellan vårdenheter anslutna till SBR och vårdenheter i patientregistret är ganska låg. Det beror på att det i patientregistret är svårt att urskilja på beroendeenheter från annan psykiatriskvård. Sannolikt kan urvalet av kliniker i jämförelsen förfinas ytterligare för att bättre motsvara de beroendeenheter som kvalitetsregistret avser täcka.

Inklusionskriterier

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



Anslutning och täckning av enheter nu över 90%

SBR har under senare år växt stadigt med nya användare och registreringar. Idag är 191 beroendeenheter anslutna till registret. Samtliga län/regioner är representerade i SBR.

Det finns en stor variation i registreringsgrad mellan enheter och landsting. Exempelvis registrerar Gävleborg över 80 % av alla patienter medan andra regioner har en betydligt lägre registreringsgrad. Det finns endast ett fåtal av oss kända beroendeenheter som inte är anslutna till registret. Anslutningsgraden uppskattas till över 90 %.

Nya enheter kontaktar framförallt SBR själva och registret är inte uppsökande på det sätt man var tidigare. SBR prioriterar för nuvarande arbetet med ökad registreringsgrad på redan registrerade enheter och en fungerande återkoppling till dessa enheter. Det pågår intensivt arbete för att öka täckningsgraden (andelen patienter på enheterna som registreras).

IDAG ÄR
191 BEROENDE-
ENHETER
ANSLUTNA
TILL REGISTRET



Mer överskådligt och ny möjlighet att återkoppla

Registrets målsättning är att stödja pågående förbättringsprojekt med data som speglar respektive enhets arbete. Under 2017 har förbättringsarbeten drivits av flera enheter. Det finns en stor nyfikenhet och intresse för hur man som chef eller behandlare kan använda registret för kvalitetsuppföljning. För att SBR ska kunna användas i förbättringsarbete behöver utdata vara lätt tillgängliga för enheterna.

Ett viktigt framsteg under 2017 var att registersidorna kom i bruk. Sedan januari 2017 kan alla enheter få återkoppling via registersidor vid inloggning i plattformen INCA. Användarna får på registersidorna översiktligt och lättmanövrerat data presenterat genom flera olika vyer. På startsidan presenteras ett fåtal indikatorer som "i fokus just nu" samt statistik över enhetens registreringar. I nu skedet presenteras data för den egna enheten, regionen och nationellt men målet är att utveckla möjligheten till jämförelser.

Validering av data

I samarbete med beroendevården i Stockholms läns landsting har ett urval variabler granskats med IVR-verktyget och jämförts mot journal-data bland annat validiteten på beroendediagnoser och sekundära psykiatriska diagnoser. Analysen visar att diagnoser som skickas till registret överensstämmer med informationen i journalsystemet. Data har även validerats av Socialstyrelsen gällande överensstämmelse med information i Patientregistret (för diagnoser) och Läkemedelsregistret (medicinering) i samband med rapportarbetet.



Patientupplevda mått

PROM står för patientrapporterade utfallsmått (Patient Reported Outcome Measures). SBR samlar idag in PROM gällande livskvalitet och självskattad hälsa.

SBR samlar idag inte in några mått på patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården, så kallade PREM (Patient Reported Experience Measures). SBR har arbetat aktivt med att koppla variabler i frågeformuläret till nationella koder och har deltagit i samverkansmöten gällande det initiala införandet av nationella itembanker i Sverige, i form av det internationella itembanksystemet PROMIS. SBR har sedan tidigare ett samarbete med de andra psykiatriregistren gällande frågor till patienterna om deras upplevelse av den vård de fått (PREM, patient reported experience measures). De psykiatriska kvalitetsregistren bevakar frågan om vilka PREM och PROM som är aktuella och hur insamlingen av dessa kan ske. Brukarrepresentanter kopplande till registret kommer att utvärdera ett eventuellt förslag.

Insatser ska byggas på vetskap!

SBR startades 2009 ur ett starkt engagemang hos kliniskt verksamma läkare. De stod mitt i en beroendevård som inte gick att mäta och som föreföll skilja sig kraftigt över landet. Det har gått knappt tio år och i dag är SBR ett register som växer starkt i omfattning. Det säger Johan Franck registerhållare på SBR och verksamhetschef för Beroendecentrum Stockholm.





Att se till att SBR-data kommer tillbaka till användaren, är vår absolut viktigaste uppgift nu!

Det viktigaste är att vi börjat mäta och jämföra olika aspekter på beroendevården, exempelvis vilka symtom och problem som patienterna har, vilka undersökningar som görs (t ex hepatitprover) och vilka behandlingsinsatser som ges (om de överensstämmer med nationella riktlinjer). Det säger Johan Franck registerhållare på SBR och verksamhetschef för Beroendecentrum Stockholm.

Det blir ofta fel när man försöker uppskatta vilken vård man ger sina patienter. Det visar gapen mellan ”antagen vård” och ”vård mätt strukturerat”. Svart på vitt avtecknas information som kan spara liv och onödigt lidande.

Som exempel lyfter Johan Franck vaccination mot hepatit B. Vaccinationstätheten har varit exceptionellt låg inom beroendevården i hela landet. Trots att kontrollen är enkel.

– Se över hur många av patienterna som injicerar narkotika och jämför med hur många av dessa som fått vaccin mot hepatit B. Vaccinet är gratis för patienten. Det är en i stort sätt riskfri behandling, som skyddar till 100

procent mot en sjukdom som leder till levercancer.

– Tidigare har man inte klarat av att identifiera och åtgärda problemet strukturerat. Med hjälp av SBR går det att följa och då är det rent oacceptabelt att låta bli.

Spegla god beroendevård

Ytterligare områden Johan Franck vill ha en överblick över är hur många patienter som utvecklar delirium tremens.

– Den siffran ska i princip vara noll.

Behandling av alkoholabstinens på sjukhus syftar till att förebygga delirium tremens. Om patienterna trots allt drabbas är de sannolikt underbehandlade. Då kan det vara dålig vård, helt enkelt.

Rökning är ett område som lätt förbises inom beroendevården. Johan Franck poängterar att det inte är desto mindre viktigt.

– Det våra patienter dör av är inte alltid drogerna utan sjukdomar som KOL och cancer. Naturligtvis måste vi ha koll på vem som röker och erbjuda rökavvänjningsinsatser, säger Johan Franck och fortsätter:

– Frågar du en verksamhetschef i beroendevården i Sverige hur stor andel av patienterna som röker så kommer den verksamhetschefen inte att veta utan tvingas gissa, trots att det egentligen går att mäta.

På Beroendecentrum Stockholm tillfrågade man 200 patienter om rökvanor. Omkring 75 % av patienterna rökte dagligen.

– I Sverige i dag röker omkring 9 % av alla vuxna. De flesta har slutat röka. Kvar är vissa grupper, exempelvis patienter inom psykiatri och beroendevård. Och vad gör vi? Mycket litet. Det är skandal egentligen, fortsätter Johan Franck.

Av de 200 patienter som tillfrågades inom Beroendecentrum Stockholm angav 90 % att de ville sluta helt eller dra ner på tobaksrökningen.

– Det är ju fantastiskt. Men vi tar inte tillvara den kraften. ”Äsch det är hopplöst, vi tar alkoholen först”, fortsätter Johan Franck.

Han kallar det ett totalt icke-tillgodosett vårdbehov och menar att detta är ett konkret exempel på hur man kan använda SBR.

– Nästa steg är att låta landsting och regioner jämföra sig med varandra för att sedan sätta målnivåer för att hjälpa patienterna.

För att ta vara på patientens önskemål som framkom under pilotundersökningen kring rökvanor har alla enheter Johan Franck är knuten till i dag ett program för strukturerad rökavvänjning. Rökrummen på slutenvårdsavdelningarna har stängts eller i vissa fall gjorts om till ventilerade ”rökboxar” och personal har utbildats till certifierade rökavvänjare.

Sparar det levnadsår att satsa på strukturerad rökavvänjning för beroendepatienter?

– Det vet vi inte än men SBR gör det möjligt att kartlägga, vi vet från pilotdata att patienterna vill ha hjälp, då är det vår skyldighet att hjälpa dem, säger Johan Franck.

Motstånd i början

När registrets etablerades fanns ett motstånd hos framförallt läkare att tillfråga sina patienter att delta i registret. Erfarenheten visar dock att många patienter tackar ja till

medverkan när de fått saklig information om vad det innebär att vara med.

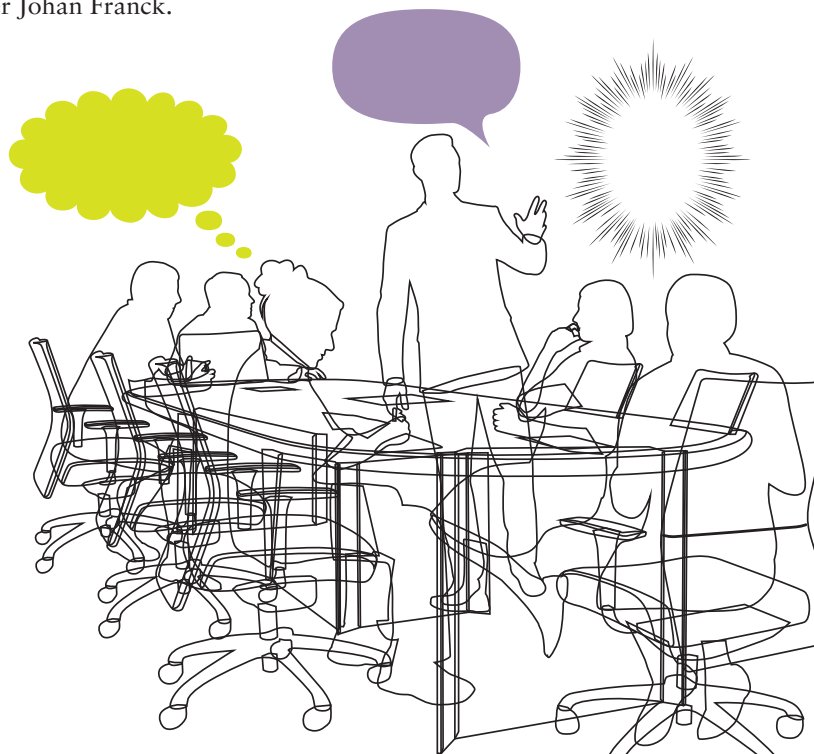
– Vi lever med ett stigma inom psykiatri som vi medarbetare själva måste vara otroligt försiktiga med att inte bära vidare, säger Johan Franck.

Vända blicken mot resultaten

Inom kort kommer journaldata över fler än hälften av landets beroendepatienter tankas in i SBR via direktöverföring. För verksamheter i dessa landsting handlar det nu om att vända blicken mot resultaten, genomföra uppföljningsregistreringar och därefter börja använda registret så som det en gång var tänkt: Att få koll på vården av beroendepatienter och låta insatserna bygga på kunskap om vilken vård som ger effekt.

– Att se till att SBR-data kommer tillbaka till användaren på verksamhetsnivå, är vår absolut viktigaste uppgift nu. Med ett enkelt knapptryck måste den registrerande sjuksköterskan på enheten enkelt kunna plocka fram utdata för sin lokala arbetsplats och alla borde ha punkten ”Hur går det för våra patienter” på enhetens arbetsplatsmöten, säger Johan Franck.

Det blir ofta fel när man försöker uppskatta vilken vård man ger sina patienter. Det visar gapen mellan ”antagen vård” och ”vård mätt strukturerat”.



NY WEBBPLATS

Under året fick SBR en ny webbplats:

www.sbr.registercentrum.se

Den nya sidan ska bidra till ökad öppenhet och bättre resultatredovisning. Sidan har bland annat fått ny form och visarna både i siffror och grafer hur resultat har förändrats över tid.

Utveckling av kvalitetsindikatorer för beroendevården

Frågorna i SBR är utformade för att kunna mäta kvalitetsindikatorer utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. SBR är en av de viktigaste datakällorna för att mäta och jämföra kvaliteten på beroendevården i Sverige. SBR har under 2017 medverkat i tre nationella rapporter om missbruk och beroende från Socialstyrelsen. De tre rapporterna går att ladda ner från Socialstyrelsens hemsida se nedan:

NATIONELLA RIKTLINJER FÖR VÅRD OCH STÖD VID MISSBRUK OCH BEROENDE

Bilaga, indikatorer med lägesbild 2017.

Rapporten kan hämtas på Socialstyrelsens hemsida <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2015-4-2-Bilaga-indikatorer-2017.pdf>

VÅRD OCH OMSORG TILL PERSONER MED EN RISKFYLLD KONSUMTION ELLER BEROENDE AV OLIKA SUBSTANSER

Öppna jämförelser av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser. Rapporten kan hämtas på Socialstyrelsens hemsida <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer/2017/2017-12-36>

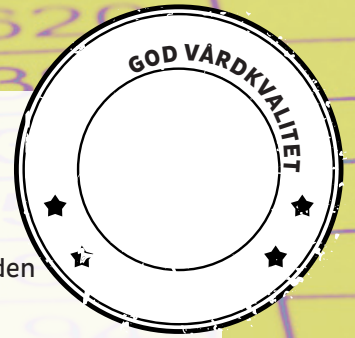
KVALITETSREGISTER I KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Rapporten kan hämtas på Socialstyrelsens hemsida <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20873/2018-2-17.pdf>

Analys av datakvalitet, registreringsgrad och ifyllnadsgrad

SBR har analyserat ifyllnadsgraden gällande samtliga variabler. Ifyllnadsgraden beskriver hur många av registrets frågor som har besvarats i formulären. Ifyllnadsgraden är i stort sett komplett (< 10 %) för alla enheter i riket som registrerar via elektroniska formulär.

Däremot är ifyllnadsgraden sämre i de fall där data samlas in direkt via journalsystemen. Stockholms läns landsting var först i landet med att införa direktöverföring från journal. Detta har medfört en tiofaldig ökning av registreringar men initialt haft en negativ effekt på ifyllnadsgraden. Direktöverföring har således haft en positiv effekt på registreringsgrad men samtidigt resulterat i lägre ifyllnadsgrad. Det har tagit tid att få termer (frågor) godkända för integrering i journalsystemet i Stockholms läns landsting, vilket har inneburit att bortfallet på enstaka variabler har varit upp till 100 % då sökorden saknats i journalen. Registret har under året arbetat intensivt med vårdenheter i Stockholms län för att öka ifyllnadsgraden via förbättrade rutiner för journaldokumentation. Många av problemen med journalintegration har varit av teknisk natur och har åtgärdats av programmerare under året. Alla centrala variabler är nu integrerade i TakeCare som är det journalsystem som i huvudsak används inom Stockholms läns landsting, läs mer på sid 36.



SAMMANSLAGNING

I juni 2015 lanserades SBR ett nytt frågebatteri som arbetades fram i och med sammanläggningen med det tidigare registret för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, LAROS. Sammanläggningen mellan SBR och LAROS är nu helt genomförd. De enheter som tidigare registrerade i LAROS står för en stor andel av registreringarna i SBR.

Det nya frågebatteriet i SBR skapades med målet att spegla en god beroendevård och omfatta frågor som bidrar med information som kan stimulera och väcka nya frågor hos både patienter, behandlare och verksamhetsansvariga. SBR omfattar fler fördjupningsfrågor kring olika tillstånd och behandlingsmetoder, relevanta utfallsvariabler och ett mindre antal bakgrundsvariabler. Målet är att registret ska vara väl förankrat bland brukare, i professionen, och beroendevårdens ledningsansvariga genom en styrgrupp med representanter för dessa olika perspektiv, inklusive ett vetenskapligt förhållningssätt. De variabler som registreras kring utredning och behandling är anpassade till de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. SBR anges också i riktlinjerna som primär datakälla för många av de indikatorer som tagits fram för att utvärdera riktlinjerna via öppna jämförelser.

Nationella kvalitetsregister bidrar till kunskap, förbättrar vårdkvalitet, forskning och återkoppling om patienters hälsa. Men bara under vissa premisser. Det menar Jonas Lekander, senior rådgivare på Registercentrum Västra Götaland.

Framgångsfaktorer & återvändsgränder

14

Jonas Lekander vet vad han talar om. I över 20 år har han arbetat med kvalitetsregister och bland annat utvecklat Nationella Diabetesregistret. Det har gett goda insikter om både framgångsfaktorer och återvändsgränder. Just nu är Jonas senior rådgivare på Registercentrum Västra Götaland som ansvarar för att samordna, förvalta, driftsäkra och utveckla flera av landets stora kvalitetsregister, däribland SBR.

– Registren varierar beroende på syfte och hur och när de kommit till. Men gemensamt för alla är att de startats av den medicinska professionen och byggts upp som stöd för kvalitetsutveckling på den egna verksamheten, säger Jonas Lekander.

Viktigt avgränsa och definiera

I Sverige finns i dag ett hundratal nationella kvalitetsregister. De innehåller individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. Enligt Jonas Lekander är registren ett av de förnämsta verktygen vi har för att kunna följa, utvärdera och förbättra den vård och behandling som ges.

– Kvalitetsregister ger vårdens verksamheter möjligheten att välja rätt behandling för varje patient. Uppgifterna kan dessutom ge viktiga underlag för forskningen, säger han.

Huvuduppgifterna för ett register är att skapa förankring och konsensus om variabler kvalitetsindikatorer och frågeställningar som krävs för att kunna uppfylla målen, vårdprocessen samt analysera insamlade data och återkoppla till verksamheterna.

Ett viktigt första steg är att avgränsa och definiera. I det arbetet kan Registercentrum ge stöd på flera nivåer, bland annat som bollplank i utvecklingen av olika indikatorer.

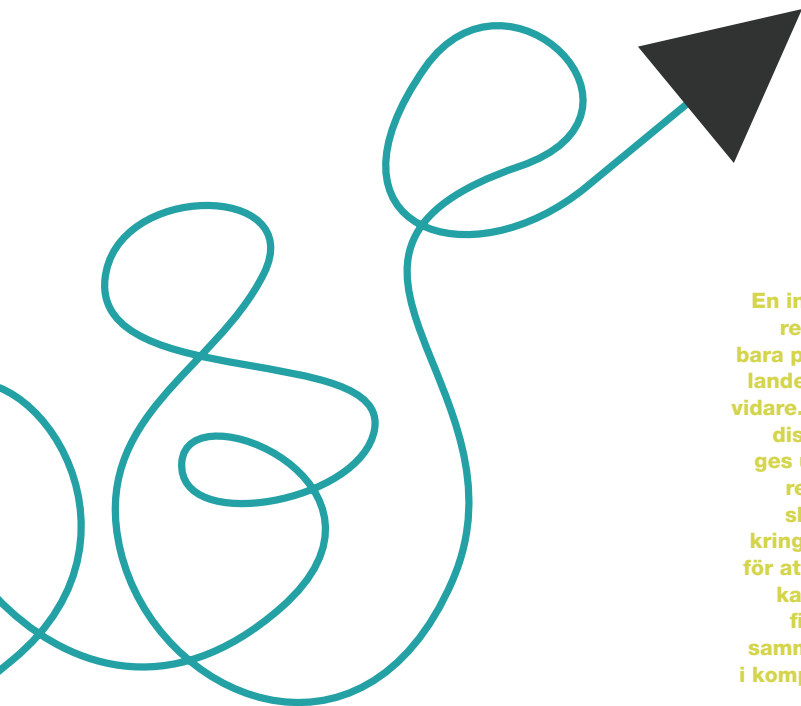
– Det är viktigt att tänka efter före för att undvika panikändringar i variabler. Det stjäl bara dyrbar klinisk tid, säger Jonas Lekander och tillägger:

– Måtten och målen ska spegla en så stor del av verksamheten som möjligt, vara tydliga, avgränsade, mätbara, accepterade samt möjliga att registrera kontinuerligt.

Alla måste vara överens om kärnan

Kan registren verkligen ge svar på vad som är god kvalitet?

– Ja, ett bra uppbyggt register ger en rätt bra återgivning av var vården står – under förutsättning att alla är överens om vad som är kärnan i en god vård. Om det exempelvis finns en behandlingsform som ger större sannolikhet till förbättring, så är målet att använda denna som första-



En indikator i ett register pekar bara på ett förhållande att studera vidare. Det behövs diskuteras och ges utrymme för reflektion, ett slags samling kring lägerelden, för att förstå hela kartbilden och finna gemensamma lösningar i komplexa frågor, säger Jonas Lekander.

handsval. Kvalitet kan vara i vilken omfattning målet uppnås, säger Jonas.

Nytan med registren bygger bland annat på att utdata är representativa och att täckningen är hög.

– Data och teknik fungerar visserligen inte alltid som vi vill. Men om vi inte fyller i alla data, svarat på alla frågor, så vet inte heller vad som fungerar och inte fungerar. Det är också viktigt att data presenteras enkelt och överskådligt och är anpassade till respektive verksamhet, menar Jonas.

Nytta ska vara större än bördan

Samtidigt är det viktigt att nytan är större än bördan. En stor del av kritiken pekar just på den tid registreringen tar och att det saknas samordning mellan exempelvis journalsystemen och kvalitetsregistren vilket kräver dubbelarbete i en redan pressad arbetssituation. Jonas är övertygad om att den integrationsprocess mellan datajournal och kvalitetsregister som pågår med gott resultat på olika håll i landet, bland annat i Stockholmsregionen (se sid 36) kommer att underlätta.

Men registren är ”i mål” bara om de används och diskuteras av dem som jobbar i vården.

– Ibland finns en övertro på att data automatiskt ska leda till förbättringar, vilket riskerar att

mätningarna stannar vid just siffror. På verksamheter där man jobbar aktivt med att identifiera förbättringsområden i relation till sin patientgrupp kan verkligen registren bidra, säger han.

Han pekar på viktiga grundförutsättningar för att lyckas med kvalitetsförbättringar på den egna arbetsplatsen. Dels att det kräver kunskap och att se över arbeteätt. Och arbetsklimat och mötesplatser är av största vikt.

– En indikator i ett register pekar bara på ett förhållande att studera vidare, värdera och eventuellt förändra. Det behövs diskuteras och ges utrymme för reflektion, ett slags samling kring lägerelden, för att förstå hela kartbilden och finna gemensamma lösningar i komplexa frågor som det ofta handlar om inom exempelvis beroendevården, avslutar Jonas Lekander.



Utvecklings- arbeten med fokus på registrering

Flera enheter anslutna till registret har arbetat med olika förbättringsområden. En gemensam ambition var att öka förståelsen för mervärdet av att registrera i SBR och använda utdata för förbättringsarbete.

Exempelvis har en handbok för hur man registrerar SBR-data i journalsystemet utvecklat inom Stockholms läns landsting.

Ett arbete har genomförts för att öka registreringsgraden med avseende på diagnos, andel som utvecklar delirium tremens, samt berörda minderåriga barn.

Ett viktigt utvecklingsområde som bedrivs i flera landsting/regioner är journalintegration av SBR. Det förväntas kraftigt öka antalet registreringar samt spara tid för personalen.

Förberedelser för journalintegration av SBR pågår i Region Skåne och Region Örebro och beräknas komma i drift nästa år. Förberedelser pågår även i Kalmar och Västra Götaland.

Stort arbete koppla frågor till nationella kodverk

För att underlätta direktöverföring arbetar SBR för en ökad användning av gemensamma termer (sökord) för dokumentation inom beroendevården. Under året har SBR genomfört ett stort arbete med NPDi-projektet i att koppla frågorna i SBR till nationella kodverk så som ICD-10 (diagnoskoder), KVÅ (åtgärds-koder), ATC (läkemedelskoder) och SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine). På detta sätt förbereder man registret för att kunna fånga upp information ur journalsystem som använder samma kodverk.

Nationella jämförelser, tidstrender och följa effekter

På psykiatrikompassen.se presenterar SBR kvalitetsindikatorer med målvärden på enhets- och regionnivå. Det ger anslutna enheter och regioner ökad möjlighet att följa sina resultat samt jämföra sig mot andra.

Nationella Psykiatrikompassen som främst riktar sig till beslutsfattare och hälso- och sjukvårdsledning men som också finns tillgänglig för allmänheten på internet. Psykiatrikompassen skapades på uppdrag av Nätverket för ledning och styrning i psykiatri (ett nationellt nätverk med chefer för psykiatri som samordnas av SKL). SBR har nyligen anslutits till vården i siffror. På vården i siffror kommer tidstrender att presenteras för centrala kvalitetsindikatorer.

Välbesökt ÅRSKONFERENS

I april 2017 anordnades SBR:s årliga konferens där berörda verksamheter, behandlare och patientrepresentanter från hela landet deltog. Temat på konferensen var från registrering till förbättringsarbete på kliniken. Verksamheter som använt registret som stöd vid förbättringsprojekt presenterade sitt arbete och deltagarna fick höra mer om hur man kan använda kvalitetsregister vid förbättringsarbete. Vid sidan om detta presenterades data för varje enhet, information om nyheter kring registersidor samt en presentation av arbetet med kunskapsstyrning av vården. Konferensen var välbesökt och ett viktigt tillfälle för ömsesidig återkoppling till både användare och SBR-kansliet.

SBR – steg för steg över tid

Målet är att SBR ska vara ett kliniskt relevant register som kan användas till att utveckla beroendevården. Utvecklingsarbetet i SBR 2015 och framåt illustreras i bild 1. SBR gjorde en nystart 2015 och lanserade en ny frågeuppsättning för att bättre kunna mäta kvalitet och resultat i beroendevården. Målet med detta var att utdata från SBR ska kunna användas som underlag i nationella öppna jämförelser samt i Socialstyrelsens lägesrapporter. Det är därför inte möjligt att presentera tidstrender före 2016 på grund av olika frågeuppsättningar.

SBR har nu gått in i en ny fas där fokus ligger på att leverera utdata och stödja förbättringsarbete. Fokus ligger även på att öka täckningsgraden och stödja övergång till direktöverföring. Registret ser därför över möjligheterna till att byta registerplattform och revidera frågeuppsättningen så den blir bättre anpassad för direktöverföring och ännu mer kliniskt relevant.

Nya SBR introducerades

2015

- ▶ Nya SBR utvecklas och lanseras
- ▶ Nytt frågebatteri för att mäta kvalitet och resultat i beroende vården

2016–2017

- ▶ SBR:s registersidor för elektroniska utdata
- ▶ Nya kvalitetsindikatorer i beroendevården
- ▶ Psykiatrikompassen för nationella öppna jämförelser
- ▶ Årskonferens och nätverk

Utveckling och implementering

2018 och framåt

- ▶ Ökat antal registreringar
- ▶ Regelbunden åiterrapportering till enheterna
- ▶ Journalintegration och direktöverföring i fler regioner
- ▶ Vården i Siffor (VIS) för nationella öppna jämförelser
- ▶ Socialstyrelsens lägesrapporter med SBR-data
- ▶ Registerutveckling och IT





– Jag tror att patienter ibland avstår från att delta i SBR på grund av att de inte riktigt känner till hur aidentifierade uppgifterna är. Och därför att man inte kan se, på vilket sätt man själv har nytta av det. Om man dels kunde visa hur och vad som registreras, samt ge exempel på hur det ska användas så skulle kanske deltagandet öka. Därför är patientinformationen väldigt viktig, säger Christina Paulsrud, brukarinflytandesamordnare (BISAM) inom Beroendecentrum Stockholm.

19

Hon ger röst åt patient- perspektivet



Christina Paulsrud jobbar, sedan ett år tillbaka, som brukarinflytandesamordnare (BISAM) inom Beroendecentrum Stockholm. Det är första gången som Beroendecentrum

Stockholm anställt en brukarinflytandesamordnare. Christina kommer närmast från Brukarföreningen Stockholm* där hon varit ordförande under de senaste 10 åren. Dessförinnan har hon arbetat inom psykiatrin, på dåvarande Långbro sjukhus och Huddinge sjukhus.

Jobbet som brukarinflytandesamordnare

Christina bevakar allmänna frågor som rör både patienter och deras närstående. Det är delaktighet och inflytande i beroendevården som hon främst fokuserar på. Däremot har hon inte i uppdrag att handlägga enskilda patientärenden.

Inom Beroendecentrum Stockholm finns även forum för inflytande och delaktighet. Patientforum hålls som ett möte varje vecka inom heldygnsvården. Brukarrådet hålls några gånger under året. Därutöver finns möjligheter att skicka frågor och förslag via e-post till en funktionsbrevlåda. Det är Christina som håller i dessa forum och besvarar inkommande e-post meddelanden.

Christina, hur har dina kunskaper och egna erfarenheter kommit till nytta inom Beroendecentrum Stockholm?

– Jag har, under året som gått, lagt mycket fokus på att samla in synpunkter från patienter som besöker öppenvården inom Beroendecentrum Stockholm. Att jag själv har erfarenheter av att vara patient inom beroendevården är

självklart en stor tillgång i jobbet och framförallt i mötet med patienterna. Jag tror att många som har en beroendesjukdom känner en viss oro för att inte bli respekterad av de man möter, och detta faller ju bort i kontakten med mig eftersom vi båda delar samma historia, säger Christina Paulsrud.

Tillgäng-
ligheten är
ett viktigt
utveck-
lings-
område.



Vad är viktigast för dig att förändra och förbättra inom beroendevården?

– Det är svårt att ge ett entydigt svar på vad som är viktigast eftersom patientgruppen är så heterogen. Men då det rör den majoritet som trots allt har en social förankring och ett i stort fungerande liv tänker jag att vården ska ”störa” så lite som möjligt. Att beroendevården är än mer lättillgänglig och på patienternas villkor. Detta styrks även av vad patienterna har svarat mig, för många synpunkter handlar om tillgänglighet. Men det finns ju nya positiva lösningar, exempelvis möjligheter att ha videomöten och boka

tider elektroniskt via 1177, som kan användas än mer framöver. För patienter som har en svår social situation är det absolut viktigaste att man får systemet med SIP att fungera, det vill säga samordning av insatser från de vårdgivare som är aktuella. I dessa fall behövs då mer hjälp än vad hälso- och sjukvården kan erbjuda. En SIP är, när den fungerar optimalt, ett suveränt verktyg för delaktighet och empowerment. Den ”ägs” av patienten, som bestämmer vilka som ska inkluderas och vilka insatser som blir aktuella, berättar Christina.

Högt ställda mål

Svenskt Beroenderegister (SBR) är ett verktyg i arbetet för en god och jämlik vård för patienter med skadligt bruk och beroende i hela Sverige. En viktig aspekt av SBR är därför att öka för-



Brukarinflytandesamordnare (BISAM) är en klinisk gemensam resurs. Uppdraget innebär att samla in, bevaka och ge röst åt patientperspektivet inom olika delar av det verksamhetsövergripande arbetet.

utsättningarna för jämlik vård så att alla som söker hjälp för beroende får evidensbaserad behandling, och av samma kvalitet

Vad är ”god och jämlik vård” för dig?

– God och jämlik vård för mig är att man, oavsett vem man är eller var man bor, har samma möjligheter att få en vård som utgår ifrån ens egna behov, poängterar Christina Paulsrud.

Ett mål med SBR är att öka täckningsgraden, både att fler enheter börjar registrera och att de som redan registrerar fortsätter. Ett annat mål är att SBR är tillgängligt och påverkbart. Och ett annat är att SBR återrapporterar effektivt resultat till berörda. Ytterligare ett mål rör omvärldsbevakning. Men möjligheterna att nå dessa uppsatta mål är beroende av engagemanget från alla berörda, verksamhetsledning, behandlare och patienter/brukarföreningar.

Varför tror du att patienter ibland avstår från att delta i SBR? Har du några förslag på hur täckningsgraden kan ökas, så att fler patienter vill delta i SBR?

– Jag tror att patienter ibland avstår från att delta i SBR på grund av att de inte riktigt känner till hur avidentifierade uppgifterna i SBR faktiskt är. Och därför att man inte kan se, på vilket sätt man själv har nytta av det. Jag tror, att om man dels kunde visa hur och vad som registreras, samt ge exempel på hur det ska användas så skulle möjligtvis deltagandet öka. Men att mina beroendeproblem ska laddas ner i ett register, det låter nog inte så tilltalande. Jag tror därför att patientinformationen är väldigt viktig, säger Christina Paulsrud.

Förbättringsområden

Det finns, enligt registerhållare Johan Franck, förbättringsområden inom beroendevård. Några exempel är tillgänglighet, bemötande och jämlik vård, framförallt när det gäller behandlingsutbud över landet och hur vi upprätthåller kvalitet i specifika behandlingsinsatser, till exempel läkemedelsbehandling och

återfallsprevention. Även Inger Forsgren, brukarrepresentant i SBR:s styrgrupp, anser att bemötandet kan förbättras.

Är dessa förbättringsområden något som du också känner igen?

– Tillgängligheten tror jag är ett viktigt utvecklingsområde. Likaså jämlik vård eftersom tillgången ser väldigt olika ut, beroende var man bor någonstans. Likaså skiljer det sig åt, vad man har för lokala ”regelverk” speciellt då det gäller läkemedelsbehandlingar, exempelvis besöksrutiner och hämtningsrutiner för läkemedel. När det gäller bemötande så är vi inom Beroendecentrum Stockholm bra på detta. I resultatet från patientenkäterna får vi ofta ett högt betyg för bemötande. De ca 175 öppenvårdspatienter som jag frågat ut under våren har så gott som alla berättat att de blir bra bemötta. Jätteroligt! Men det finns självklart saker som kan förbättras. Mitt intryck är nog snarare att det är vanligare att det blir problem med bemötandet då man som beroendevårdspatient söker annan sjukvård, med tanke på den stigmatisering som fortfarande finns kring beroendesjukdomar, säger Christina Paulsrud.

Hon ska fortsätta att utveckla beroendevården. Närmast ska hon ge återkoppling till verksamheterna utifrån de synpunkter som kommit in från patienterna inom öppenvården.



21

BRUKARFÖRENINGEN
STOCKHOLM GRUNDADES
2004. DET ÄR EN ORGA-
NISATION SOM VÄNDER
SIG TILL PERSONER SOM
ANVÄNDER NARKOTIKA.
VERKSAMHETEN
ÄR KOMMUNÖVERSKRI-
DANDE OCH OMFATTAR
HELA STOCKHOLMS LÄN.
ORGANISATIONEN MED-
VERKAR OCKSÅ I RELE-
VANTA SAMARBETSFORUM
OCH BRUKARRÅD.

ANSLUTNA ENHETER

& REGISTRERINGAR

22

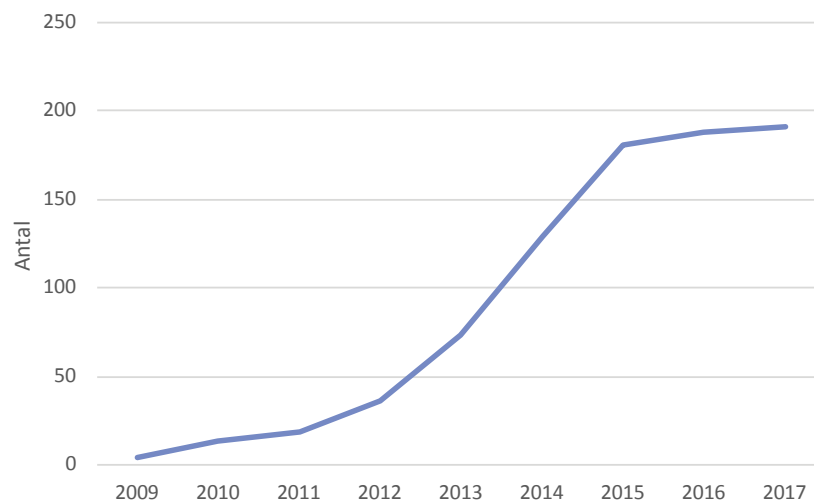
Enhetsöversikt

En översikt över enheter anslutna till SBR visar att vissa enheter registrerar mycket aktivt medan andra inte registrerar alls. De registrerande enheterna skiljer sig åt när det gäller patientmålgrupper och behandlingsutbud vilket påverkar tolkningen när jämförelser av resultat görs. Data redovisas inte för enheter med mindre än 10 patienter registrerade i SBR. Hela översikten fördelat på exempelvis län, enheter, vårdform, registreringar, uppföljning, ålder och diagnoser kan du ta del av i slutet av rapporten.

Anslutna enheter

Figur 1-5 visar anslutna enheter, antal individer och registreringar i SBR. Under 2017 var 191 enheter anslutna till SBR. Enheterna som bedriver specialiserad beroendevård omfattar både öppenvård och slutenvård. Antalet anslutna enheter har ökat för varje år sedan registret startade 2009 (figur 1). I dag är nästan alla enheter som bedriver specialiserad beroendevård anslutna till SBR.

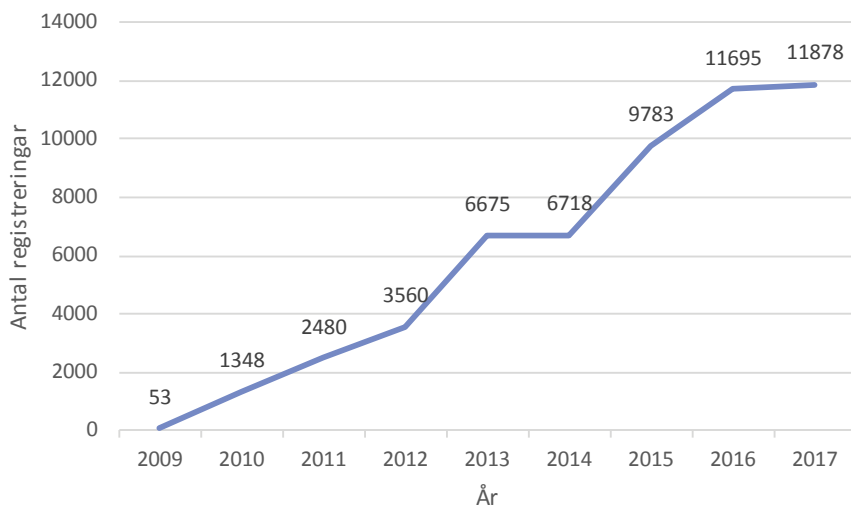
FIGUR 1 ANTAL ANSLUTNA ENHETER.



Antal registreringar i SBR

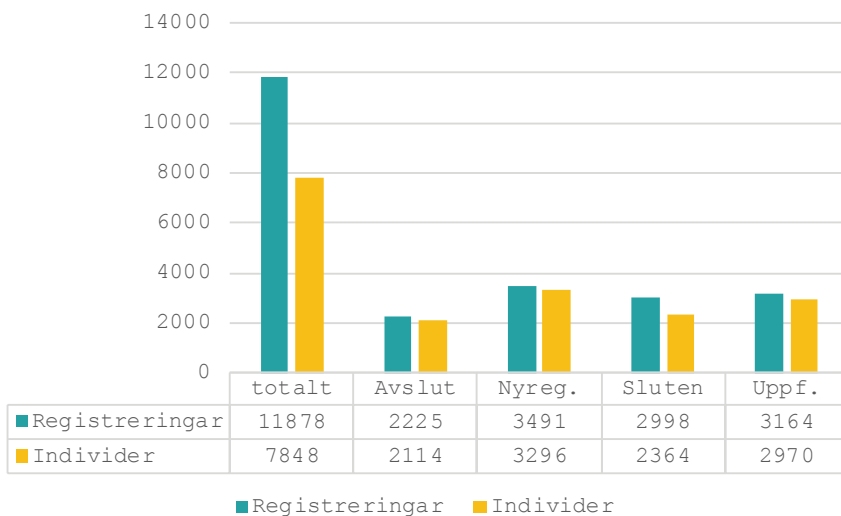
Under 2017 gjordes 11 878 registreringar och 7 848 individer inkluderades i registret (figur 3). I öppenvården gjordes 3491 nyregistreringar, 3 164 uppföljningar samt 2 225 avslutsregistreringar. Inom slutenvården gjordes 2 998 registreringar. Registreringarna i SBR har ökat för varje år sedan registret startade 2009.

FIGUR 2 ANTAL REGISTRERINGAR PER ÅR.



24

FIGUR 3 ANTAL INDIVIDER OCH REGISTRERINGAR PER FORMULÄR 2017.



Antal registreringar per län

Störst antal registreringar gjordes i Stockholms län, Västra Götalandsregionen, Gävleborg, Örebro, Östergötland och Skåne (figur 5). Gävleborg uppnådde under året en täckningsgrad på över 80 % vilket är den högsta nivån som uppmätts hittills för ett län i SBR.

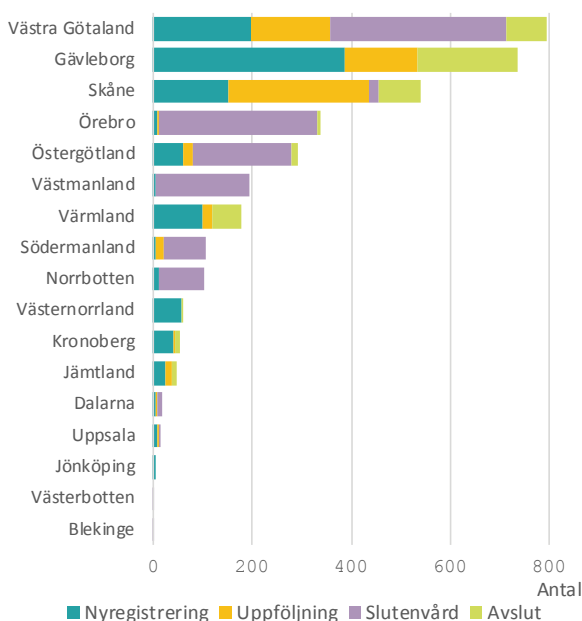
Det höga antalet registreringar i Stockholms län (figur 4) är ett resultat av att SBR integrerats i journalsystemet. Direktöverföring har lett till en tiofaldig ökning av antalet registreringar vilket innebär att majoriteten av registreringarna i SBR nu kommer från Stockholm. Det är därför angeläget att införa journalintegration i fler regioner och län. ett resultat av att SBR integrerats i journalsystemet.



GÄVLEBORG UPPNÅNDE UNDER ÅRET EN TÄCKNINGSGRAD PÅ ÖVER 80 % VILKET ÄR DEN HÖGSTA NIVÅN SOM UPPMÄTTS HITTILLS FÖR ETT LÄN I SBR.

FIGUR 4.

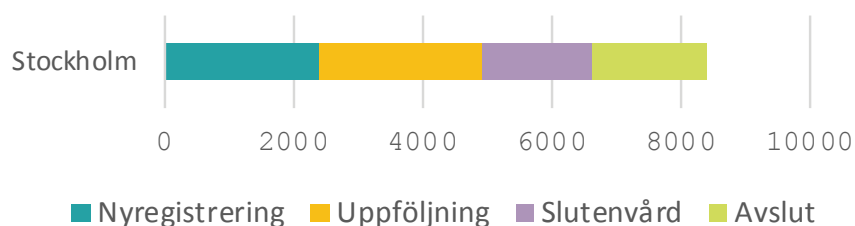
ANTAL INDIVIDER OCH REGISTRERINGAR PER FORMULÄR.



25



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



SLUTTEN VÅRD

SBR - DATA

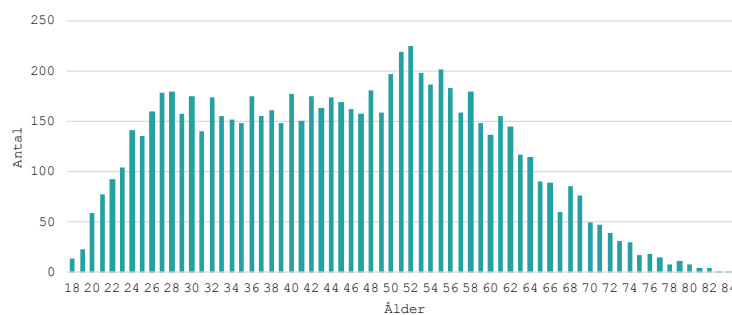
ÖPPEN VÅRD



Ålder och könsfördelning

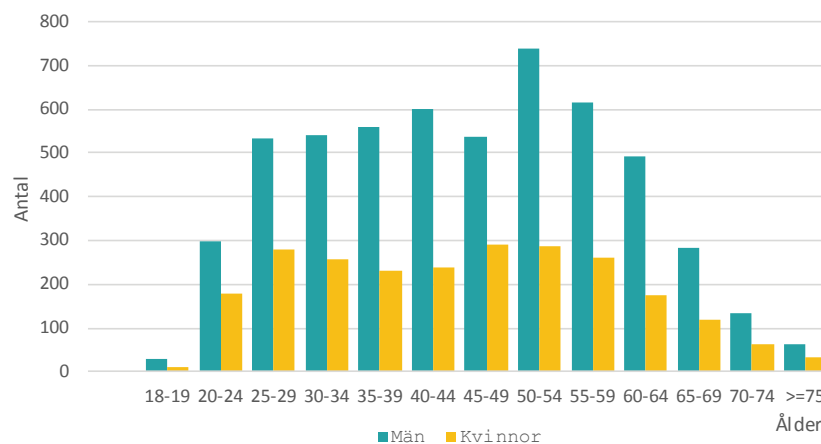
Figur 6-7 visar åldersfördelning och könsfördelning i SBR. Åldersfördelningen spänner mellan 18 och 84 år (outliers visas ej i figuren) år. Andelen män var 69 procent, och andelen kvinnor 31 procent. SBR inkluderar ännu inte personer yngre än 18 år.

FIGUR 6 ÅLDERSFÖRDELNING PÅ BEROENDEPATIENTER I SBR.



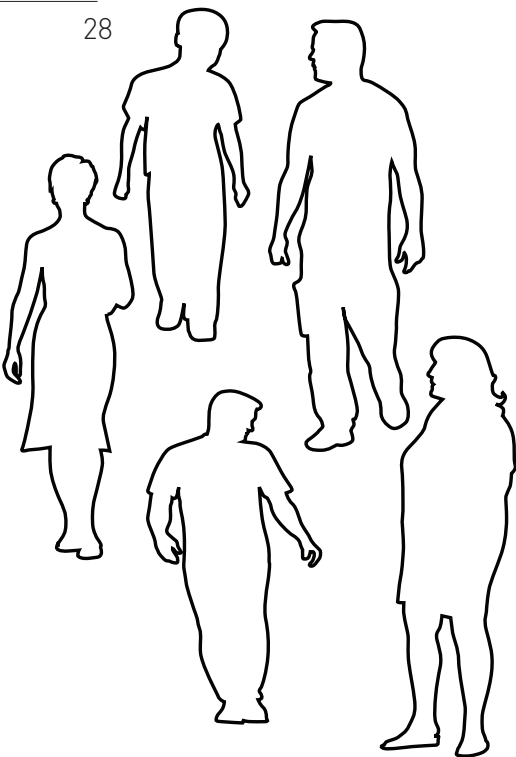
27

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



TRE GÅNGER SÅ
MÅNGA MÄN
ÄN KVINNOR
VÅRDAS INOM
SLUTENVÅRDEN.

28

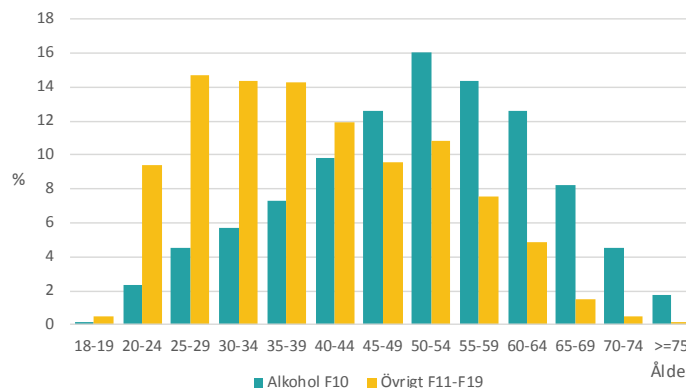


Ålder och könsfördelning per drog och vårdform

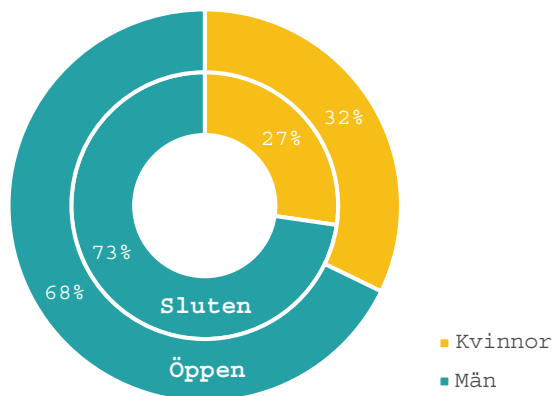
Figur 8 visar åldersfördelning för alkohol- och narkotikadiagnoser. Narkotikadiagnoser är mer vanligt förekommande bland yngre personer medan alkoholdiagnoser är vanligare bland äldre personer.

Figur 9 visar andelen män och kvinnor i öppen respektive slutenvård. Andelen män som behandlas inom slutenvård och öppenvård för beroende är nästan tre gånger större än andelen kvinnor. I öppenvården utgör andelen män 68 % och i slutenvården 73 %.

FIGUR 8 ÅLDERSFÖRDELNING FÖR ALKOHOL OCH NARKOTIKA.



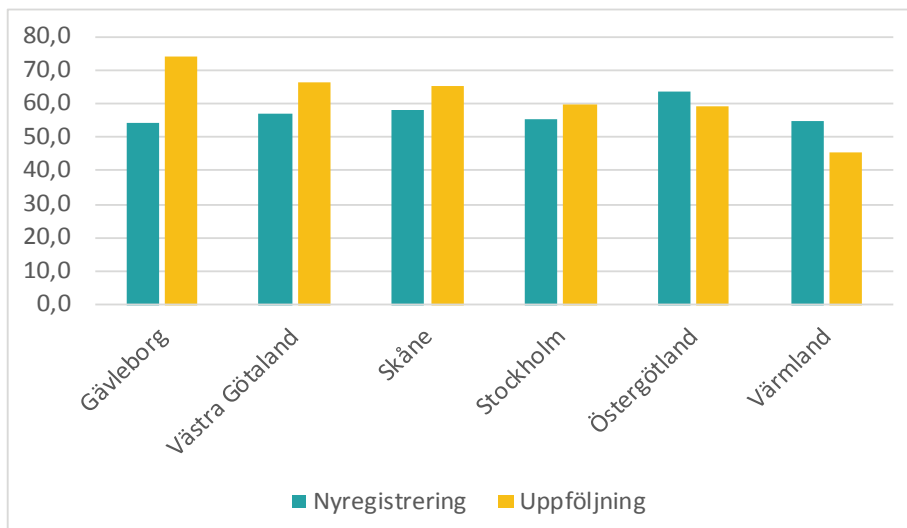
FIGUR 9 ANDELEN MÄN OCH KVINNOR PER VÅRDFORM (ÖPPEN OCH SLUTENVÅRD).



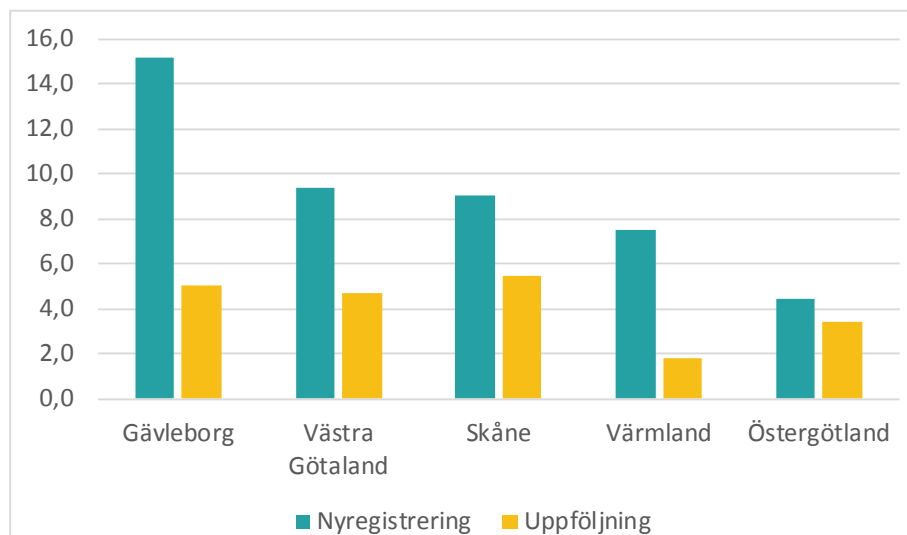
Självskattad hälsa och antal dagar med substansbruk

Centrala mål för beroendevården är att minska substansbruk och öka livskvaliteten. Figur 10a visar självskattad hälsa hos personer med beroende. I de flesta län och regioner noteras en högre självskattad hälsa vid uppföljning än vid nyregistrering. Figur 10 b visar att personer som stannar i behandling minskar sitt substansbruk. En av de viktigaste uppgifterna för beroendevården är att motivera patienterna att kvarstanna i behandling. Patienter som stannar i behandling har en bättre prognos än de som avslutar i förtid.

FIGUR 10 A EQ5D SJÄLVSKATTAD HÄLSA PER LANDSTING, MEDELVÄRDE.
N=6 443 REGISTRERINGAR MED IFYLLD SJÄLVSKATTNING.



FIGUR 10 B ANTAL DAGAR MED SUBSTANSBRUK SENASTE 30 DAGARNA, MEDELVÄRDE PER LANDSTING. N=1 438 REGISTRERINGAR MED IFYLLT ANTAL DAGAR (0-30).



Återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende inom öppenvård

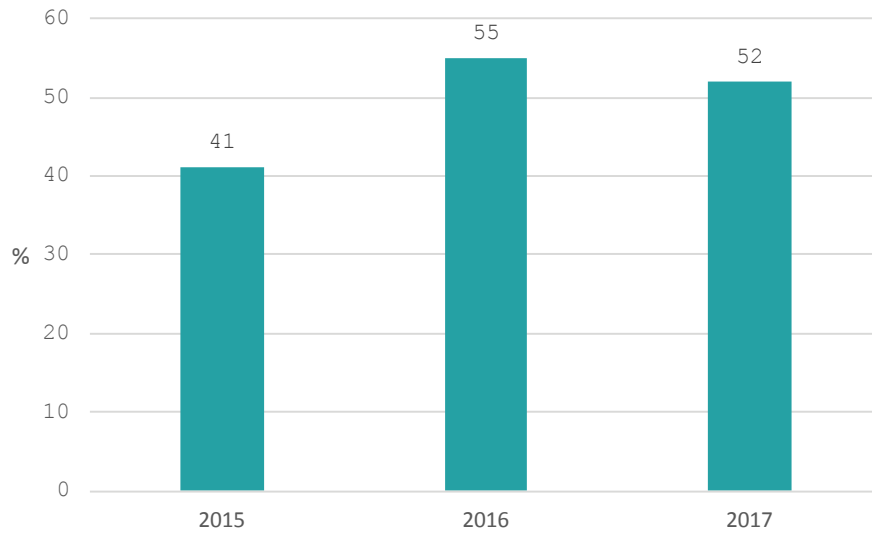
Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling vid alkoholberoende är en rekommenderad men underutnyttjad behandling inom öppenvården. Behandling med återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende syftar till att alkoholkonsumtionen ska upphöra eller minska och därigenom minska alkoholrelaterade problem och skador. Figur 11 visar att andelen patienter som fick återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende var 41 % under 2015 och 52 % under 2017.

Figur 12 visar vilka olika typer av återfallsförebyggande läkemedel som förskrivs vid alkoholberoende. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör personer med alkoholberoende behandlas med återfallsförebyggande läkemedel som disulfiram, akamprosat eller naltrexon. Disulfiram är ett beprövat preparat med effekter på alkoholbruk om läkemedlet dispenserar av hälso- och sjukvårdspersonal. Akamprosat minskar antalet dagar med alkoholkonsumtion och antal dagar med intensivkonsumtion. Naltrexon minskar framförallt risken för att återfalla i intensivkonsumtion.

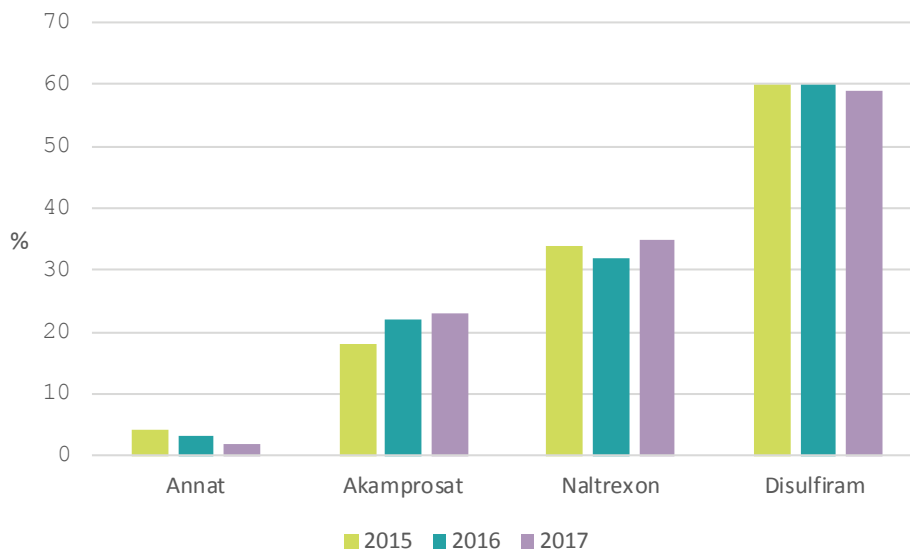


ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDELS-
BEHANDLING VID ALKOHOLBEROENDE ÄR
EN REKOMMENDERAD MEN UNDERUTNYTTJAD
BEHANDLING I ÖPPENVÅRDEN.

FIGUR 11 ANDEL SOM FÅTT ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE BEHANDLING FÖR ALKOHOLBEROENDE BLAND PATIENTER MED DIAGNOS F102 (ALKOHOLBEROENDE). ÖPPENVÅRD.



FIGUR 12 ANDEL PATIENTER SOM FÅR RESPEKTIVE PREPARAT BLAND PATIENTER SOM BEHANDLAS MED ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL FÖR ALKOHOLBEROENDE. ÖPPENVÅRD.

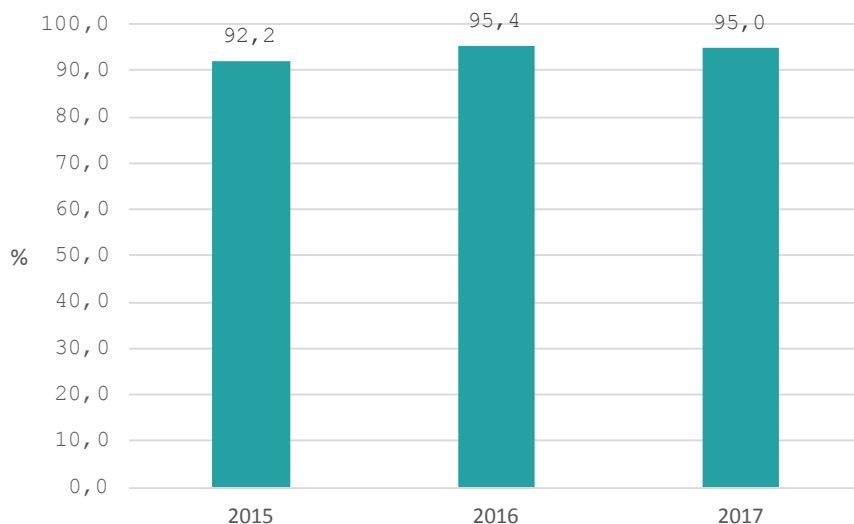


Läkemedelsbehandling för opioidberoende

LARO står för läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende. Tabell 13 visar andelen patienter i SBR med en diagnos opioidberoende som får läkemedelsassisterad behandling. Den höga andelen (95 %) speglar att många laro-enheter registrerar aktivt i SBR. Väntetiderna för laro-behandling varierar kraftigt i riket. Denna statistik finns utförligt beskriven i Socialstyrelsens rapport om öppna jämförelser där SBR bidragit med data (se tidigare avsnitt).

Socialstyrelsen rekommenderar vid opioidberoende behandling kombinationen buprenorfin-naloxon eller metadon. Kombinationen buprenorfin-naloxon har en högre prioriteringsgrad än buprenorfin eftersom risken för skadligt bruk och allvarliga biverkningar anses vara lägre. Bland de som får läkemedelsassisterad behandling är fördelningen buprenorfin-naloxon (18 %), metadon (30 %), buprenorfin (33 %), ospecificerat (18 %) (figur visas ej).

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



Gävleborg i framkant

Processgrupp, mätsticka, fasta SBR-inslag och en stor portion engagemang. Det är exempel på hur Södehamns beroendemottagning fått fart på inrapporteringen i kvalitetsregistret. Men automatisk överföring av uppgifter och mer stöd i att förmedla nytta behövs för att hålla motivationen vid liv.



Ingrid Näslund, psykiatrisjuksköterska vid Beroendecentrum Söderhamn och Vårdutvecklare för Beroendecentrum i Regionen bläddrar i sina listor. Hon är nöjd. Målet att registrera 50 procent av nybesöken i SBR är uppnått. Nästa delmål på 80 procent i december 2018 kan bli svårare. Magkänslan säger dock att mottagningen är på rätt väg.

– Att hela tiden tänka i förbättringar är roligt, men också utmanande. Viljan att göra förbättringar finns absolut i vår verksamhet, men ibland krockar ambitionen

med verklighetens begränsningar i en hårt pressad arbetsvardag, säger Ingrid Näslund.

Metodiskt arbetssätt

Sedan två år tillbaka ingår hon i en processgrupp inom Beroendecentrum Region Gävle-

borg som arbetar med att även att införa och informera om SBR. Den första tiden har fokus legat på att få fart på inrapporteringen till registret.

– Vårt jobb är att entusiasmera, stötta och bana vägen för att det ska gå så smidigt som möjligt med

registreringen på vår mottagning, säger Ingrid.

Steg för steg har konkreta åtgärder genomförts. Initialt fick Ingrid stort stöd från beroendevårdens processledare i hur hon skulle lägga upp arbetet. I dag finns checklistor och en fast punkt om SBR på arbetsplatsträffar och i nyhetsbrevet som kommer ut cirka fyra gånger per år.

– Det är bra tillfällen att presentera statistik, berätta om vad som är på gång samt lyssna in behov och förslag till förbättringar. Ibland bjuds även nationella representanter från SBR in till våra arbetsplatsträffar, säger Ingrid.

En viktig fråga är även att informera patienter och deras närstående är hur registren används.

– Dels tar vi upp det i samband med besök. Vi har även tagit fram ett informationsblad och planscher till väntrummen, säger Ingrid.

För att få en fingervisning om medarbetarnas motivation och kunskapsläge använder beroendemottagningen liksom övrig beroendevård i Regionen, en så kallad ”mätsticka”. Det är en femgradig skala där medarbetare, cirka en gång i månaden, får skatta hur motiverade de är att registrera i SBR, vilken kunskapsnivå de anser att de har och hur man prioriterar att registrera.

– Exempelvis brukar det direkt synas att kunskapsnivån behöver höjas om vi har många nyanställda. Mätstickan gör att vi kan se kan vi se både genomsnitt och spridning på svaren och skapar ett gemensamt utgångsläge, förklarar Ingrid.

Ingrid Näslund hoppas att den just införda omorganisationen inte ska göra att de tappar styrfart.



Mätstickan gör att vi kan skapa ett gemensamt utgångsläge.





I nyhetsbrev och på arbetsplatsträffar finns numera fasta SBR-inslag.

Hon berättar också att SBR:s årliga konferens inspirerar till förändringar i arbetssätt och rutiner i den dagliga verksamheten.

– Det är bra att få reda på vad som är på gång, utbyta erfarenheter och höra att de flesta har liknande upplevelser, både vad gäller motgångar och glädjeämnen. Vi har även planer på att skapa ett nationellt nätverk för psykiatrisjuksköterskor, berättar Ingrid.

I stort tycker Ingrid att frågorna i registret speglar den kliniska vardagen.

– Ibland fungerar frågorna även som påminnelse om något man bör ta upp vid ett besök, säger Ingrid Näslund.

"Vad får man egentligen tillbaka?"

Den stora utmaningen är istället inmatning av uppgifter till SBR. Eftersom journalsystemet och SBR:s register inte går att samköra krävs dubbelregistrering. En källa till irritation för tidspressad vårdpersonal.

– Det ska vara lätt att göra rätt. I nuläget måste vi gå mellan SBR och journalen hela tiden. Själva registreringen tar ungefär en kvart extra per patient. Det är ganska krångligt och totalt sett blir det mycket tid. Dessutom stämmer sökorden bara in delvis, säger Ingrid.

Lösningen på många problem skulle enligt Ingrid och hennes kollegor vara automatisk överföring av journaldata till SBR.

– Det finns planer på det i regionen, liksom byte av journalsystem, vilket gör att det förhoppningsvis kan bli ett rejält lyft, men där är vi inte än, säger hon.

Att få till en bra struktur på hur resultat tas tillvara är en annan knäckfråga. En vanlig fråga från kollegorna är "vad får vi tillbaka egentligen?". Inger efterlyser därför mer stöd från SBR.

– Det är bra när SBR kommer till våra arbetsplatsträffar. Men det räcker inte säger hon och tillägger:

– Vi skulle önska mer hjälp med överskådliga och tydliga presentationer och att analysera data. Exempelvis att få åskådliggjort vilka behandlingsmetoder som vi respektive socialtjänsten använder och vilken som har bäst effekt. Att samtal som i dag förs per telefon med SBR kanske kunde göras via Skype skulle även kunna ge ett mervärde, säger hon.

Den 1 september i år gick beroendevården i regionen över från primärvård till vuxenpsykiatri. En förändring som Ingrid hoppas inte ska gör att de tappar styrfart.

– Så småningom hoppas jag även att vi kan få igång förbättringsarbete utifrån registerdata kan byggas in i den nya organisationen, avslutar hon.

Beroendevården inom Stockholms län har tiodubblat sina registreringar till SBR på kort tid. Hemligheterna bakom är IVR - ett verktyg för att registreringen nu kan ske med automatik och ett arbete med att skapa tydligare journaler.

Här är automatisk överföring av journaldata

36

i mål

Drivkraften med IVR är i första hand att skapa struktur i journalen för verksamhetens skull och vad som är relevant för professionen menar Carl Lago.



IVR (InsamlingValideringRapportering) kan kortfattat beskrivas som ett verktyg som ”letar upp” och kopierar sådan information som ska skickas till kvalitetsregister från journalen. Hälften av informationen kommer från strukturerade sökord i journalmallarna och resten från lagringen av sådant som diagnoser, ordinationer och labsvar. Det säger Carl Lago på Stockholms läns sjukvårdsområde, som varit med och utvecklat IVR sedan 2013.

– Det har minskat den administrativa bördan för vårdpersonalen avsevärt, bidragit till mer tillförlitliga kliniska data och minskat riskerna för att fel data matas in. När jag började arbeta med dessa frågor för snart 20 år sedan användes papper och penna för att överföra data. Det har hänt en del sedan dess, konstaterar han.

Relevans för verksamheten

Drivkraften med IVR är i första hand att skapa struktur i journalen för verksamhetens skull och vad som är relevant för professionen menar Carl.

– Inte låta registrens behov av struktur styra, men det förutsätter ett gott och tätt samarbete med exempelvis SBR, vilket vi har, säger han.

För att uppnå en samordnad dokumentation och lyckas med överföringen av uppgifter krävs att först gräva sig ner i vilka förutsättningar som finns i journalen och strukturera vårddokumentationen. Det arbetet startade redan 2010.

– Det finns en del barnsjukdomar kvar. Men vi har så långt det är möjligt gått från fritextbaserad dokumentation till strukturerad dokumentation, förklarar Carl och tillägger:

– Vi har också minskat dokumentationsmängden och använder mallar som är strukturerade för processen och utformade efter patientgruppens behov och vårdens innehåll. Och som följer riktlinjer och styrdokument. Det är nödvändigt för att få kvalitet på utdata, säger Carl Lago.

Fasta val och gemensamma koder

För att kunna hämta data från journalen till ett kvalitetsregister behövs så långt det går ha samma definitioner med fasta val och koder som stämmer överens med kvalitetsregistrets definitioner och frågor.

– Det arbetet måste göras parallellt med att strukturera dokumentationen i journalen. Cirka 90 procent av det som SBR frågar om finns nu definierade i journalen, säger Carl.

När journalföringen är klar frågar systemet om uppgifterna ska exporteras till kvalitetsregistret – under förutsättning att patienten har gett sitt medgivande.

– Innan man skickar data till ett register finns möjlighet att kvalitetsgranska den och korrigera uppenbara fel vid källan genom att rätta i journalen. Det skapar motivation och ger bättre kvalitet både i journalen och i registret, menar Carl Lago.

IVR-samordnare på önskelistan

Även om processen att samla in data som kan skickas till registret är enkel ligger många timmars kvalificerat utvecklingsarbete bakom. Det kräver också en hel del arbete för att underhålla lösningen.

– Att synka så mycket journaldata och kvalitetsregister har krävt fyra års idogt arbete. Och det uppkommer hela tiden nya frågor och problem, säger Carl Lago.

För att underlätta direktöverföringen ytterligare önskar Carl att det införs IVR-samordnare på varje enhet. De ska ha ett litet extra ansvar för att se till att exporten fungerar, ta ut statistik och rapportera tillbaka till Carl och hans kollegor om något inte fungerar.

– Ungefär en halv timma extra i veckan skulle det innebära, inte mer, menar Carl.

Ytterligare nöd att knäcka är att hur ska kunna ge tillbaka både data från journal och kvalitetsregister till verksamheterna på ett överskådligt och begripligt sätt som är till nytta för varje enhet.

– Det är ett stort, viktigt och svårt arbete. Här arbetar vi tillsammans med registren som har liknande behov, säger Carl.

Carl menar att det arbetssätt och funktionalitet som IVR mynnat ut i skulle kunna användas på andra ställen i landet.

– Vi är mycket nöjda över att vi kunnat bidra med en lösning som vi tror leder till bättre kvalitet och struktur i vården, och delar gärna med oss av våra erfarenheter till andra, avslutar Carl.

FOKUS

SLUTENVÅRD

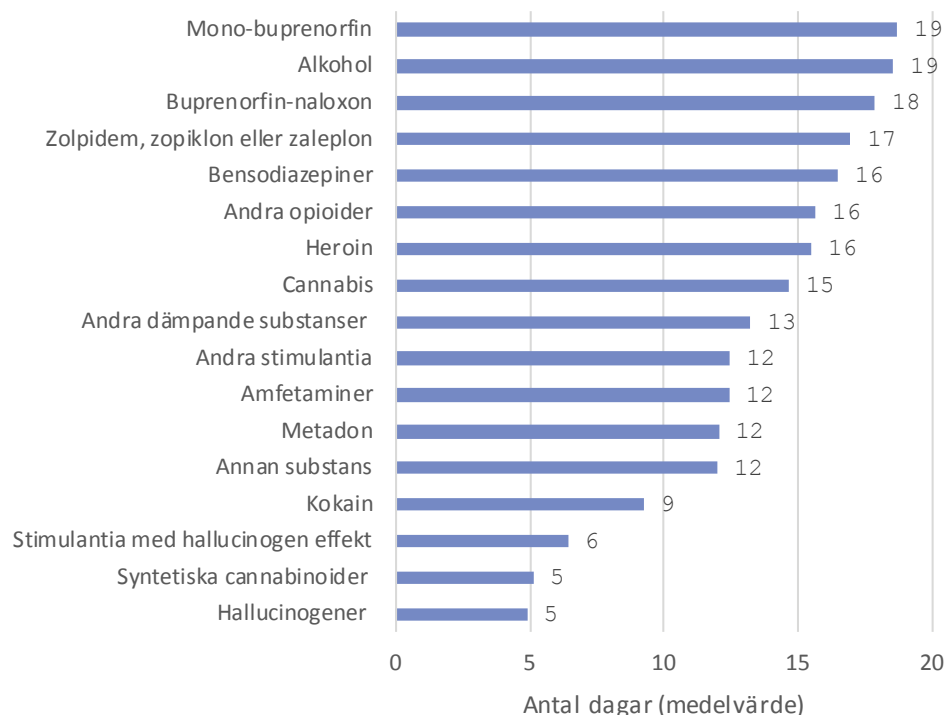


38

Substansbruk i slutenvården

I SBR registreras vilka substanser patienterna använt de senaste 30 dagarna. Beroendeframkallande substanser inkluderar alkohol, narkotika och illegal/icke-förskriften användning av beroendeframkallande läkemedel. Med hjälp av dessa uppgifter kan man följa vilka substanser som är vanligast bland patienterna i slutenvården. Figur 14 visar antal dagar med substansbruk per drog de senaste 30 dagarna. Patienterna uppger vid nybesök att de brukat alkohol i genomsnitt 19 dagar, amfetamin 12 dagar, bensodiazepiner 16 dagar, och cannabis 15 dagar.

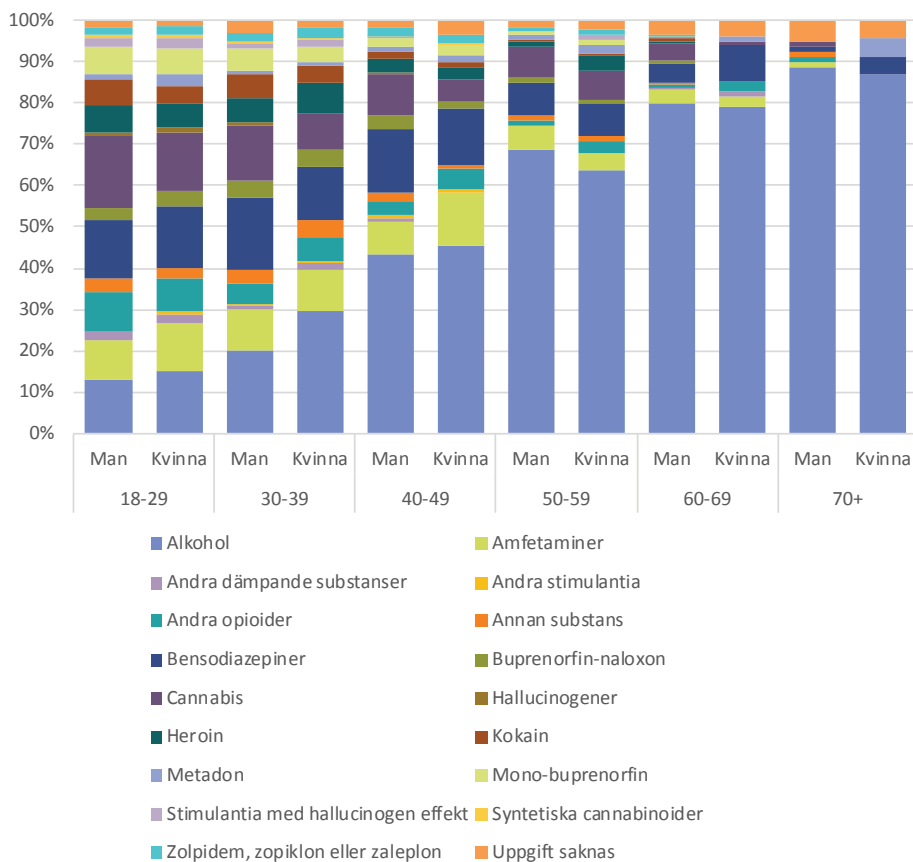
FIGUR 14 ANTAL DAGAR I GENOMSNIITT MED SUBSTANSBRUK PER DROG SENASTE 30 DAGARNA.



Substansbruk per åldersgrupp och kön

Figur 15 visar att intag av olika substanser senaste 30 dagarna varierar mellan åldersgrupperna hos såväl män som kvinnor. Narkotika är vanligt förekommande i yngre åldersgrupper medan alkohol dominerar i högre åldersgrupper. Bland kvinnor och män över 50 år utgör alkohol över 60% av använda substanser. Lägst andel alkoholbruk (13 %) angavs i åldersgruppen 18-29 år.

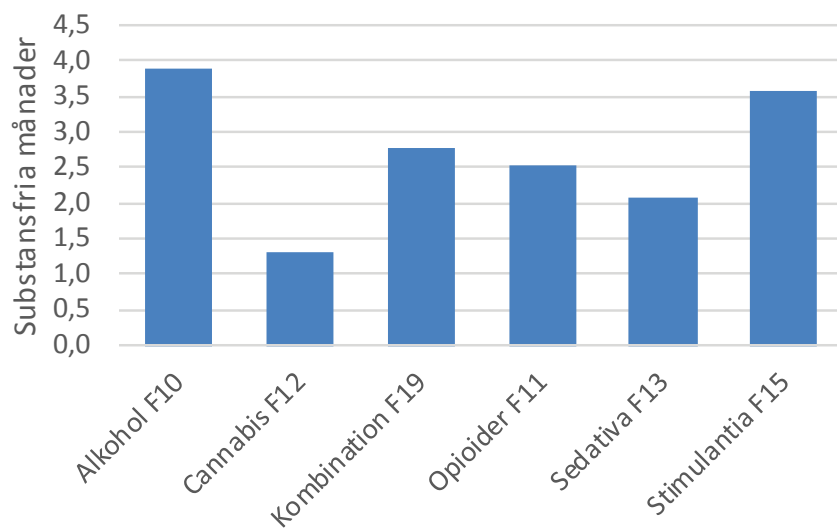
FIGUR 15 FÖRDELNING AV SUBSTANSBRUK SENASTE 30 DAGARNA PER ÅLDER OCH KÖN. N=3 678 REGISTRERADE DROGER, 2016 UNIKA PATIENTER, VID SENASTE VÅRDTILLFÄLLET 2017.



Substansfria månader

En av indikatorerna som kan vara till stöd i att mäta resultat av beroendevården är antalet substansfria månader det senaste året. Figur 16 visar antal substansfria månader i genomsnitt under det senaste året per diagnos i slutenvård. Patienter med alkoholdiagnoser rapporterade i genomsnitt 3,9 substansfria månader, patienter med opioidberoende 2,5 substansfria månader, och patienter med kombinationsberoende rapporterade 2,8 substansfria månader.

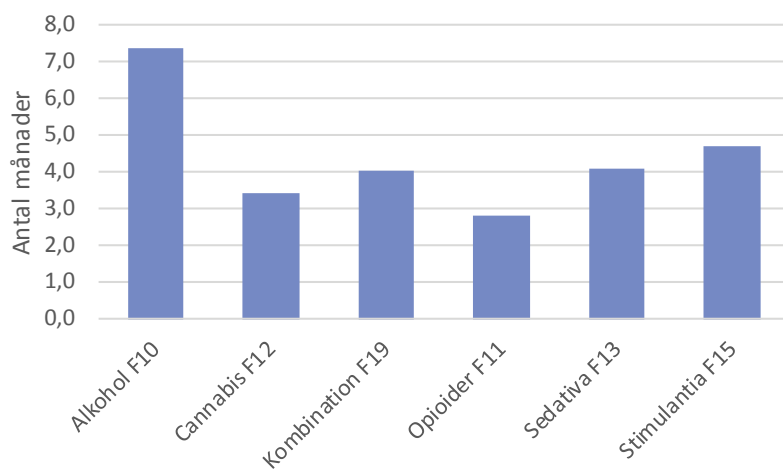
FIGUR 16 ANTAL SUBSTANSFRIA MÅNADER I GENOMSnitt UNDER DET SENASTE ÅRET – PER DIAGNOS I SLUTENVÅRD. N=2 167 REGISTRERADE DIAGNOSER, 2016 UNIKA PATIENTER, VID SENASTE VÅRDTILLFÄLLET 2017.



Alkoholriskbruk

Figur 17 visar antal månader med alkoholriskbruk senaste året per diagnos i slutenvård. Riskbruk definieras som 14 (män) eller 9 (kvinnor) standardglas alkohol per vecka, alternativt förekomst av intensivkonsumtion (5 respektive 4 standardglas vid samma tillfälle) Medelantalet månader med riskbruk av alkohol var 7,4 månader för patienter med alkoholberoende. Medelantalet månader med riskbruk av alkohol för patienter med opioidberoende var 2,8 månader.

FIGUR 17 ANTAL MÅNADER MED ALKOHOLRISKBRUK SENASTE ÅRET PER DIAGNOS I SLUTENVÅRD. N=2 167 REGISTRERADE DIAGNOSER, 2016 UNIKA PATIENTER VID SENASTE VÅRDILLFÄLLET 2017.

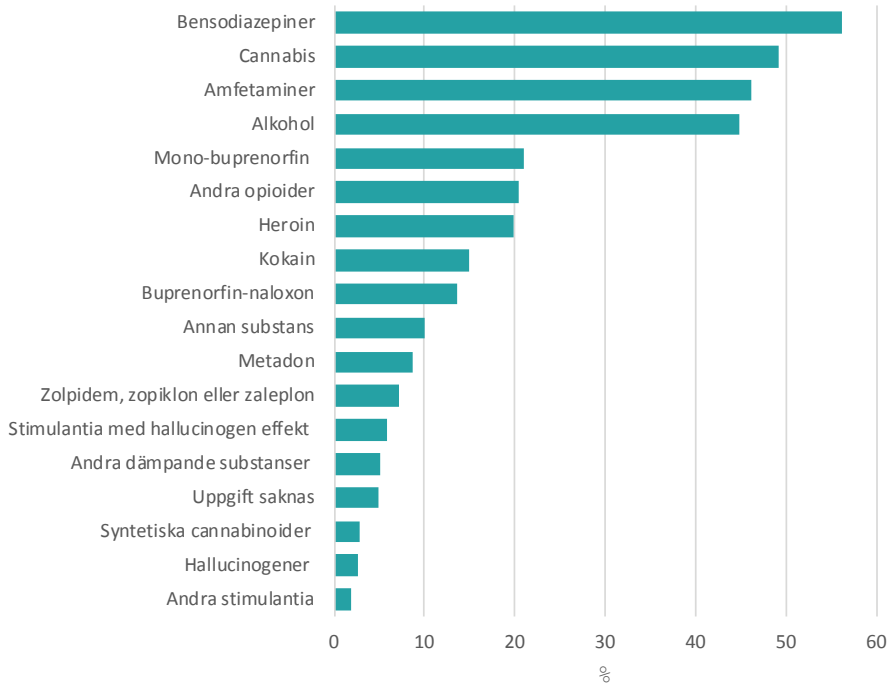


MEDELANTALET MÅNADER MED RISKBRUK AV ALKOHOL FÖR PATIENTER MED OPIIODBEROEND VAR 2,8 MÅNADER..

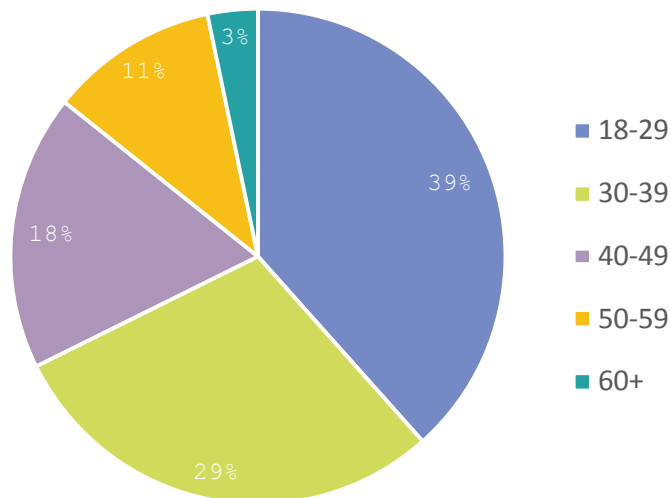
Substansbruk bland personer med blandberoende

Figur 18 visar andelen patienter med diagnos blandberoende (F19) per substans de har använt senaste 30 dagarna. Andelen patienter med blandberoende som uppger att de senaste månaden använt bensodiazepiner är 56 %, cannabis 49 %, och amfetamin och centralstimulerande substanser 46 %. Figur 19 visar att 68 % av personer med blandberoende är mellan 18 och 39 år.

FIGUR 18 ANDEL PATIENTER MED DIAGNOS BLANDBEROENDE (F19) SOM ANVÄNT RESPEKTIVE DROG SENASTE 30 DAGARNA I SLUTENVÅRD. N=427 UNIKA PATIENTER.



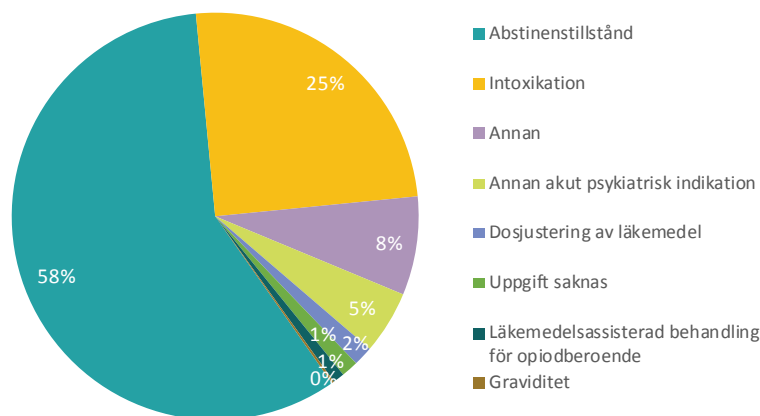
FIGUR 19 ÅLDERSFÖRDELNING FÖR PATIENTER MED DIAGNOS BLANDBEROENDE (F19) I SLUTENVÅRD. N=427 UNIKA PATIENTER.



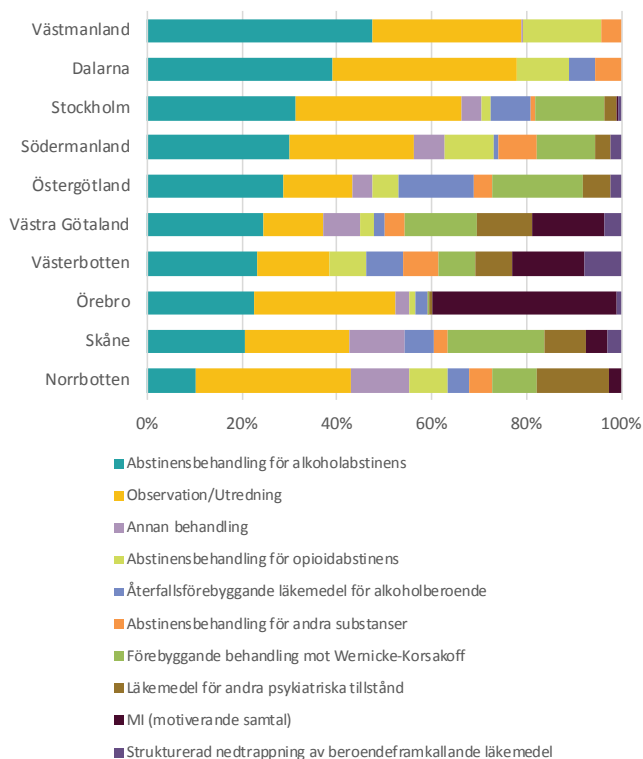
Primär inläggningsorsak och behandling i slutenvården

Figur 20 visar att de vanligaste inläggningsorsakerna var abstinensstillstånd (58 %) och intoxikation (25 %). Figur 21 visar genomförd behandling vid senaste slutenvårdstillfället per region. Vanliga åtgärder i de flesta regioner var abstinensbehandling med läkemedel, observation/utredning och motiverande samtal.

FIGUR 20 PRIMÄR INTAGNINGSORSAK I SLUTENVÅRD.



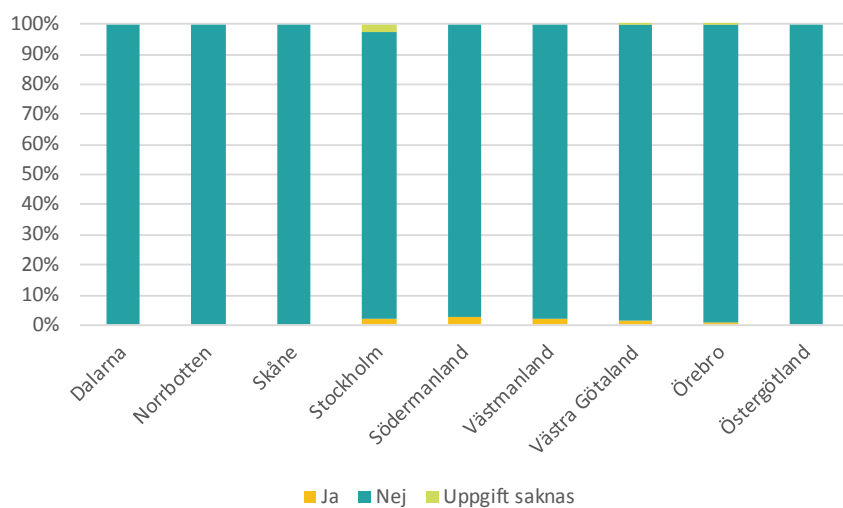
44



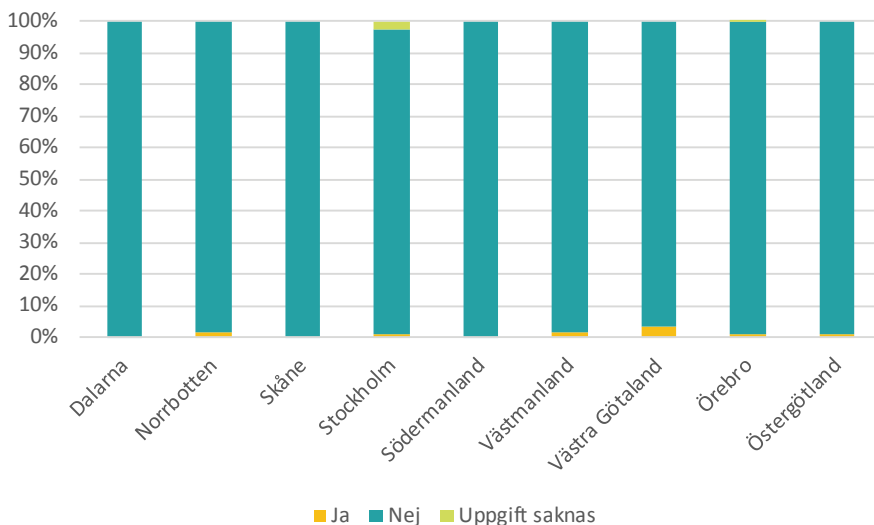
FIGUR 21 GENOMFÖRD BEHANDLING I SLUTENVÅRD VID SENASTE VÅRDTILLFÄLLET 2017. N=4 336 REGISTRERADE BEHANDLINGAR, 2016 UNIKA PATIENTER.

Abstinensbehandling och delirium tremens

Alkoholabstinens inträder efter en längre tids omfattande alkoholintag. Alkoholabstinens är obehagligt och kan leda till potentiellt livshotande tillstånd som delirium tremens och epilepsilikhande krampanfall. Personer som löper stor risk att utveckla sådana tillstånd skall vårdas på sjukhus och vårdens primära syfte är att undvika att delirium eller kramper utvecklas genom snabb och adekvat behandling. Figur 22 och 23 visar att andelen sjukhusvårdade patienter som utvecklade delirium tremens och abstinenskramper var mycket lågt (< 5 %) i samtliga län.



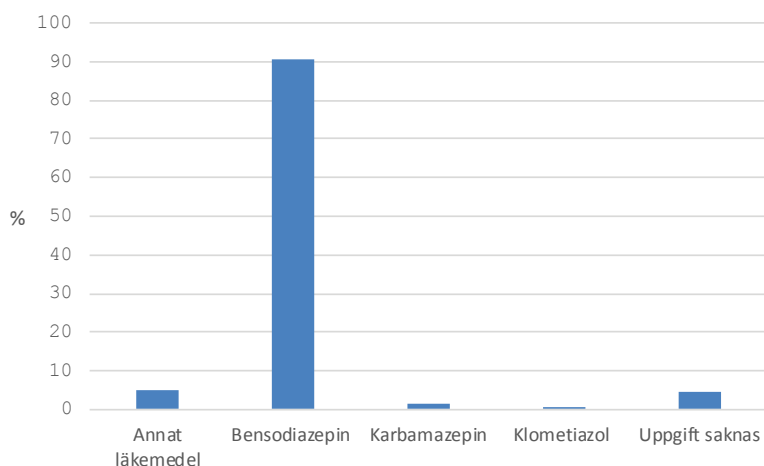
FIGUR 22 ANDEL PATIENTER MED DELIRIUM TREMENS. N=2 016 PATIENTER, SENASTE VÅRDTILLFÄLLET 2017, SLUTENVÅRD.



FIGUR 23 ANDEL PATIENTER MED ABSTINENSKRAMPER, N=2 016 PATIENTER, SENASTE VÅRDTILLFÄLLET 2017, SLUTENVÅRD.

Läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens

Figur 24 visar andelen patienter med alkoholberoende som fått olika typer av läkemedel mot abstinens. Socialstyrelsen rekommenderar behandling med bensodiazepiner vid alkohol-abstinens och delirium tremens. Andelen patienter som i slutenvård behandlats med bensodiazepiner vid alkohol-abstinens var 91 %.

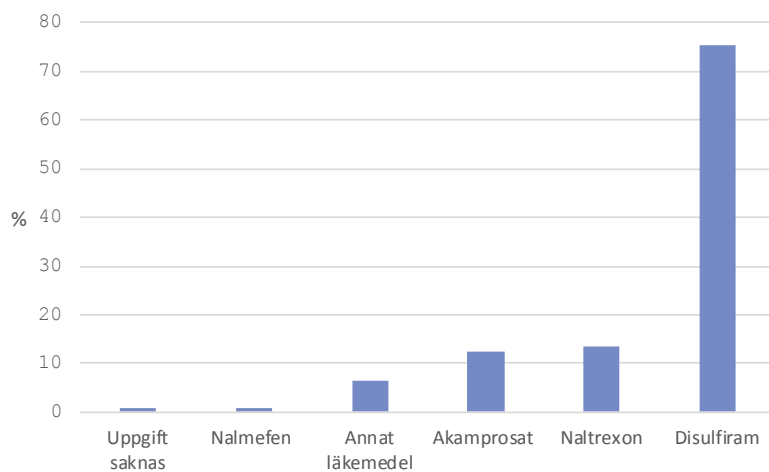


FIGUR 24 ANDEL PATIENTER SOM VID ABSTINENS BEHANDLING FÖR ALKOHOLABSTINENS FÅTT RESPEKTIVE LÄKEMEDEL VID SENASTE VÄRDILLFÄLLET 2017. N=1 251 UNIKA PATIENTER.

13 PROCENT AV DE PATIENTER SOM BEHANDLADES MED ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL FICK NALTREXON VID UTSKRIVNING FRÅN SLUTENVÅRDEN.

Återfallsförebyggande läkemedel för alkoholberoende vid utskrivning från slutenvård

Figur 25 visar att av de patienter som behandlades med återfallsförebyggande läkemedel fick 75 % disulfiram, 12 % akamprosat, och 13 % naltrexon vid utskrivning från slutenvården.

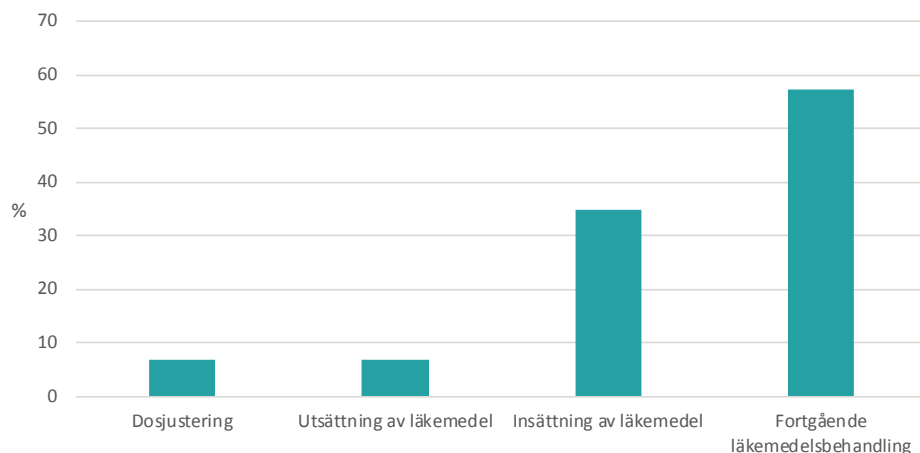


FIGUR 25 ANDEL PATIENTER SOM VID BEHANDLING MED ÅTERFALLSFÖREBYGGANDE LÄKEMEDEL FÖR ALKOHOLBEROENDE FÅTT RESPEKTIVE LÄKEMEDEL VID SENASTE VÅRDTILLFÄLLET I SLUTENVÅRD (N=306 UNIKA PATIENTER).

Opioidberoende inom slutenvård

Figur 26 visar att status på läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende inom slutenvården varierade mellan insättning av läkemedel (35 %), fortgående behandling (57%), utsättning (7 %) och dosjustering (7 %).

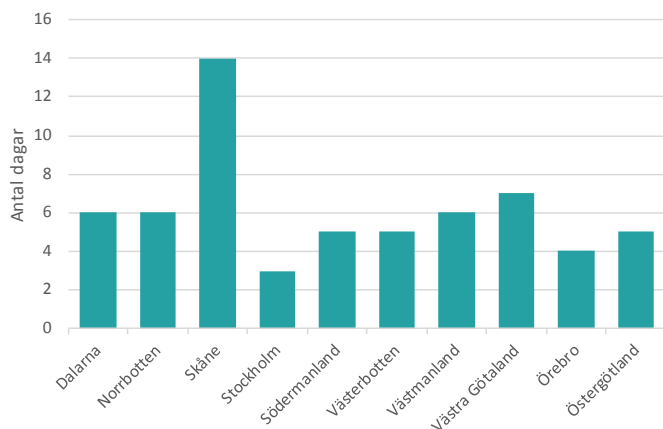
FIGUR 26 ANDEL PATIENTER OCH STATUS PÅ LÄKEMEDELSBEHANDLING FÖR OPIOIDBEROENDE VID SENASTE VÅRDTILLFÄLLET I SLUTENVÅRD 2017. N=89 PATIENTER.



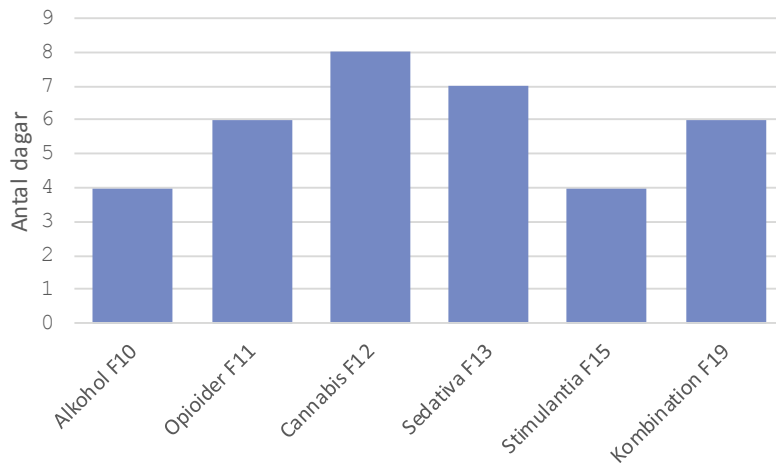
Vårdtid inom slutenvård

Figur 27-29 visar antal vård dagar inom slutenvård (median). Vårdtiden i Stockholm var i genomsnitt 3 dygn, i Västra Götaland 7 dygn, Örebro 4 dygn och Östergötland 5 dygn. Patienter med alkoholberoende vårdades i genomsnitt fyra dagar inom slutenvård. Personer som hade en diagnos cannabisberoende vårdades i genomsnitt 8 dagar, för opioidberoende 6 dagar, sedativa substanser 7 dagar, centralstimulantia 4 dagar och blandberoende 6 dagar. Skillnaden mellan median och medelvärde visar på en stor variation i materialet där ett fåtal patienter har haft långa vårdtider jämfört med övriga (figur 29).

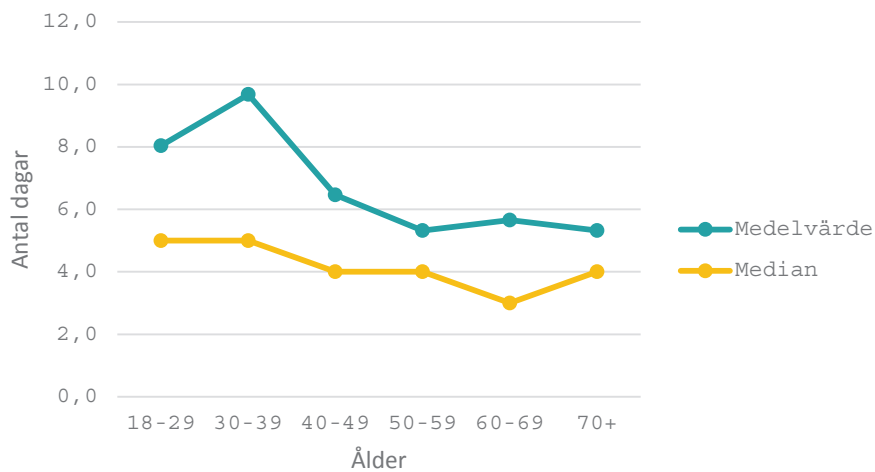
FIGUR 27 ANTAL VÅRDDAGAR (MEDIAN). N=2016 PATIENTER, SENASTE VÅRDTILLFÄLLET I SLUTENVÅRD 2017.



FIGUR 28 ANTAL VÅRDDAGAR (MEDIAN) INOM SLUTENVÅRD. N=2016 PATIENTER, SENASTE VÅRDTILLFÄLLET 2017.

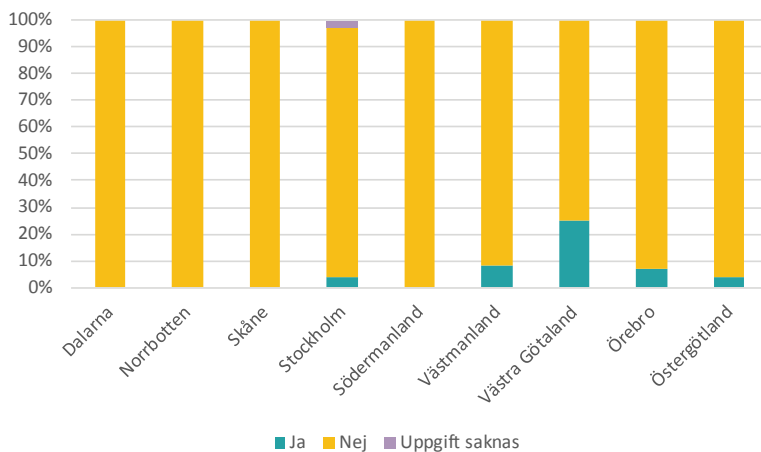


FIGUR 29 ANTAL VÅRDDAGAR PER ÅLDERSGRUPP, MEDELVÄRDE/MEDIAN, N=2 016 PATIENTER, SENASTE VÅRDTILLFÄLLET 2017, SLUTENVÅRD.



Tvångsvård

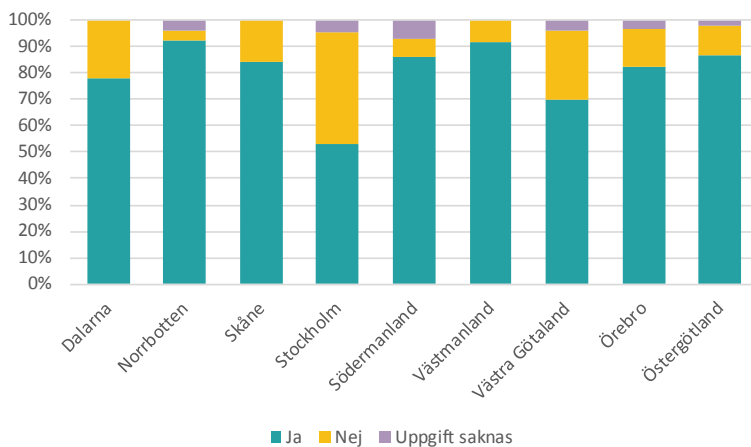
Figur 30 visar andel patienter som vårdats enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Andelen patienter som vårdats med LPT/LRV varierade något över riket. Högst andel patienter med tvångsvård rapporterades i Västra Götalandsregionen.



FIGUR 30 ANDEL PATIENTER SOM VÅRDATS ENLIGT LPT/LRV, N=2 016 PATIENTER, SENASTE VÅRDILLFÄLLET 2017, SLUTENVÅRD.

Kontakt med öppenvård

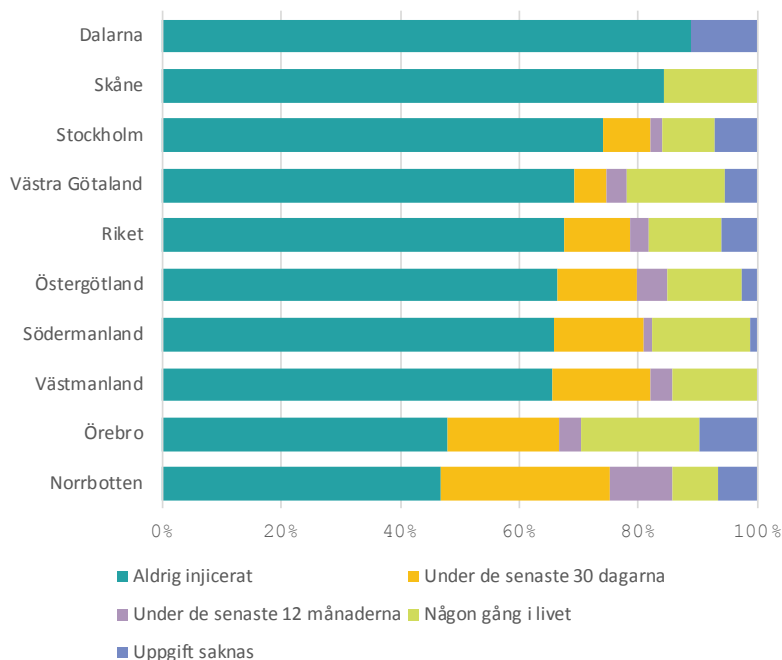
Det är önskvärt med en sammanhållen vårdkedja mellan öppenvård och slutenvård. Figur 31 visar andel patienter där kontakt tagits med öppenvården i samband med vårdtillfället inom slutenvård. En särskilt hög andel av patienterna erbjöds uppföljning inom öppenvården i Örebro (82 %), Östergötland (87 %), Södermanland (86 %) och Norrbotten (92 %).



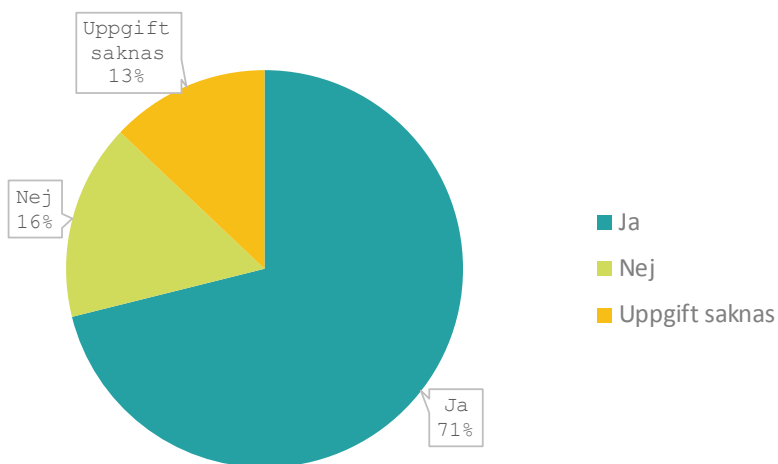
FIGUR 31 HAR KONTAKT TAGITS MED ÖPPENVÅRDEN, N=2 016 PATIENTER, SENASTE VÅRDILLFÄLLET 2017, SLUTENVÅRD.

Injicerat droger och provtagning för smitta

Figur 32 visar andelen patienter i slutenvård per landsting som injicerat droger. I riket uppgav 11 % av patienter att de injicerat droger under senaste 30 dagarna. I slutenvården har 71 % av patienterna som uppgett att de injicerat droger testats för hiv och hepatit B (Figur 33). För att motverka spridning av blodsmitta (till exempel hiv, hepatit B, C) bland patienter som injicerar bör provtagning göras minst var 6:e månad.



FIGUR 32 ANDEL PATIENTER SOM INJICERAT DROGER PER LANDSTING I SLUTENVÅRD, N=2 016 PATIENTER, SENASTE VÅRDTILLFÄLLET 2017, SLUTENVÅRD.



FIGUR 33 ANDEL PATIENTER I SLUTENVÅRD SOM PROVTAGITS FÖR HIV/HEPATIT B/C BLAND PERSONER SOM UPPGETT ATT DE INJICERAT DROGER. N=533 PATIENTER I SLUTENVÅRD SOM INJICERAT DROGER 2017.

Somatisk samsjuklighet

Somatisk samsjuklighet har visat sig vara underbehandlad bland personer med psykiatrisk sjuklighet. För att uppnå en jämlikhet i tillgång till somatisk vård behöver även den psykiatriska vården uppmärksamma somatisk sjuklighet och remittera patienterna vidare vid behov. Figur 34 visar andel patienter med somatisk sjukdom inom slutenvården. Mellan 20-68% av patienterna rapporterar att de har någon somatisk sjuklighet. Den somatiska samsjukligheten ökar som förväntat med stigande ålder. I den äldsta åldersgruppen rapporterar nästan 70% någon form av somatisk samsjuklighet.



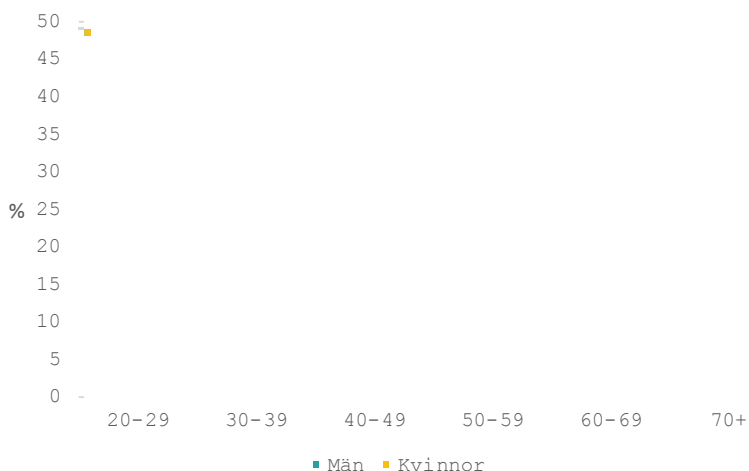
FIGUR 34 ANDEL PATIENTER MED SOMATISK SJUKDOM I SLUTEN VÅRD PER ÅLDERS GRUPP, N=2 016 PATIENTER, SENASTE VÅRDTILLFÄLLET 2017, SLUTENVÅRD.

52

Psykiatrisk samsjuklighet

Bland patienter med beroendediagnos finns en förhöjd förekomst av andra psykiatrisk samsjuklighet (figur 35). Av patienter hade 39 % av männen och 44 % av kvinnorna i åldersgruppen 20-29 år en annan psykiatrisk diagnos utöver beroendediagnos. Det är vanligare att yngre personer diagnostiseras med psykiatrisk samsjuklighet än äldre. Om det är den psykiska sjukligheten som är ursprunget till beroendesjukdomen eller tvärtom kan vara svårt att avgöra, eftersom det ofta finns gemensamma bakomliggande riskfaktorer.

FIGUR 35 ANDEL PATIENTER MED ANNAN PSYKIATRISK DIAGNOS PER ÅLDERSGRUPP, N=2 016 PATIENTER, SENASTE VÅRDTILLFÄLLET 2017, SLUTENVÅRD.





MELLAN 20-68 PROCENT AV PATIENTERNA RAPPORTERADE ATT DE HADE NÅGON SOMATISK SJUKLIGHET

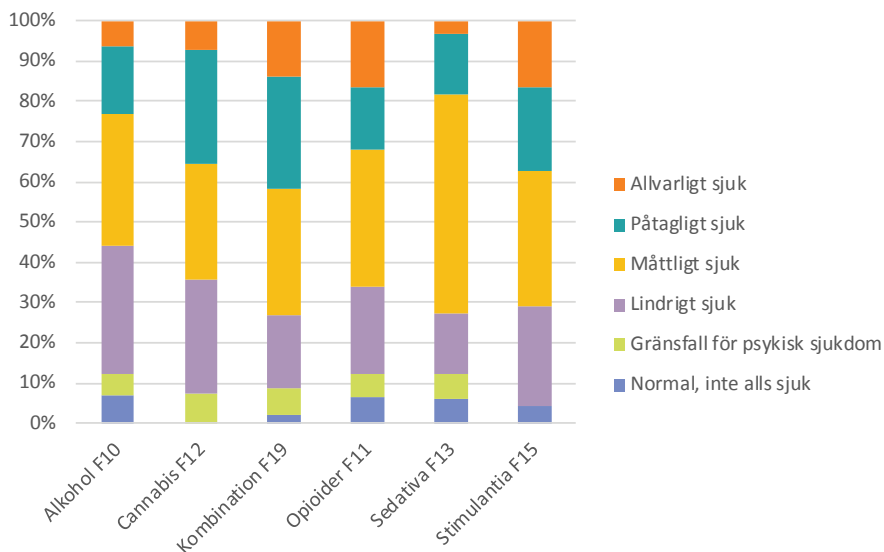
Clinical Global Impression (CGI-S)

CGI-S är en bedömerskattning som används inom psykiatrisk vård. CGI-S kvantifierar behandlarens intryck av hur svårt psykiskt sjuk en patient är vid undersökningstillfället utifrån dagsform. Symtomnivå, funktionspåverkan, samt sammanlagd effekt av psykiatriska diagnoser ska vägas in i bedömningen. CGI-S består av en sjugradig skala med skalstegen normal/inte alls sjuk (1), gränsfall för psykisk sjukdom (2), lindrigt sjuk (3), måttligt sjuk (4), påtagligt sjuk (5) allvarligt sjuk (6), bland de mest extremt sjuka patienterna (7).

Figur 36 visar hur patienterna fördelar sig över CGI-S uppdelat på beroendediagnos. I den stora gruppen patienter med alkohol-diagnos bedömdes 32 % vara måttligt psykiskt sjuka, 17 % vara påtagligt sjuka, och 7 % allvarligt sjuka. Bland patienter som har diagnos knuten till sedativa substanser bedömdes av patienter 55 % vara måttligt sjuka, 15 % påtagligt, och 3 % vara allvarligt sjuka.

53

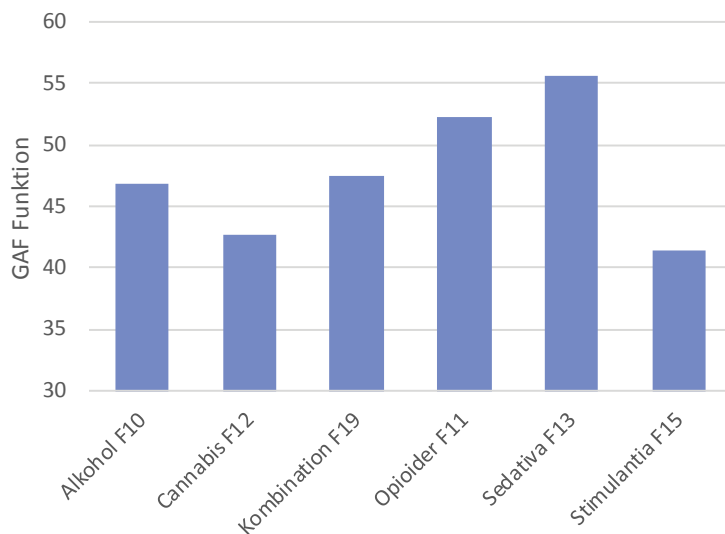
FIGUR 36 CGI-S PER DIAGNOS. N=553 PATIENTER MED IFYLLED CGIS, SENASTE SLUTENVÅRDSTILLFÄLLET 2017.



Global funktionskattningsskala (GAF-skalan)

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

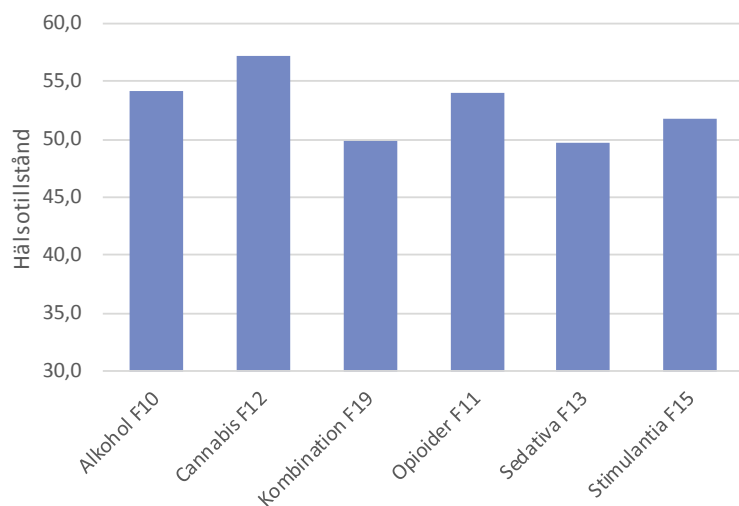
Figur 37 visar medelvärde för GAF-funktion per diagnos. Patienter med alkoholdiagnos inom slutenvården hade i genomsnitt GAF-värden under 50. Patienter med beroende av sedativa substanser hade GAF-värdet 56. För GAF-symtom fördelar sig diagnosgrupperna på stort sett samma sätt som för GAF-funktion, (redovisas ej).



FIGUR 37 GAF MEDELVÄRDE PER DIAGNOS. N=360 PATIENTER MED REGISTRERAT GAF-VÄRDE, SENASTE VÅRDILLFÄLLET SLUTENVÅRD 2017.

EQ5D

EQ-5D som är en skattningsskala för hälsorelaterad livskvalitet ingår en fråga om självskattad hälsa där patienten får markera sitt hälsotillstånd på en skala mellan 0 och 100. Patientens bästa möjliga hälsotillstånd har värdet 100 och sämsta möjliga hälsa har värdet 0. Figur 38 visar medelvärde för självskattad hälsa per beroendediagnos inom slutenvården. Medelvärdet för patienter med alkoholberoende är 54, cannabis 57, blandberoende 50, opioider 54, sedativa 50, stimulantia 52.

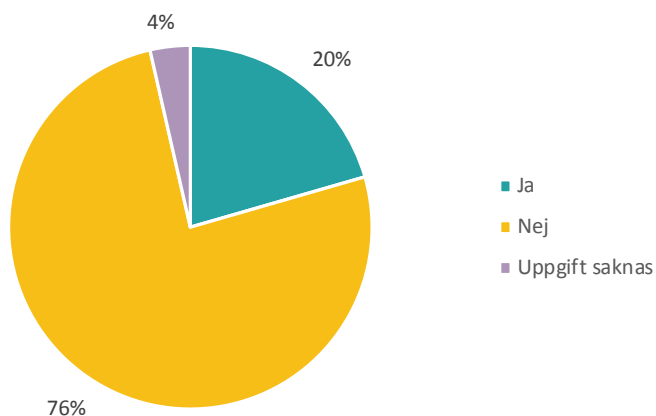


FIGUR 38 EEQ5D MEDELVÄRDE PER DIAGNOS. N=1 420 PATIENTER MED REGISTRERAT EQ5D, SENASTE VÅRD TILLFÄLLET SLUTENVÅRD 2017.

Berörda minderåriga barn till patienter i slutenvården

Frågan om berörda minderåriga barn är en prioriterad i SBR. Att frågan ställs och dokumenteras är viktigt för att barn till föräldrar med skadligt bruk/beroende ska kunna upptäckas och erbjudas särskilda insatser. Enheter arbetade förra året aktivt med förbättringsarbete gällande berörda minderåriga barn kopplat till registrering i SBR med stöd av förbättringscoacher. På klinikernas önskemål kommer andelen patienter som tillfrågas om berörda minderåriga barn bli en kvalitetsindikator vården i siffror. Figur 39 visar andelen patienter inom slutenvården som har berörda minderåriga barn (20 %). Endast 4 % av patienterna har bortfall på frågan.

FIGUR 39 ANDEL PATIENTER MED BERÖRDA MINDERÅRIGA BARN. N=2 016 PATIENTER, VID SENASTE VÅRD TILLFÄLLET 2017.



FOKUS

LARO -uppföljning av
behandling vid opioidberoende



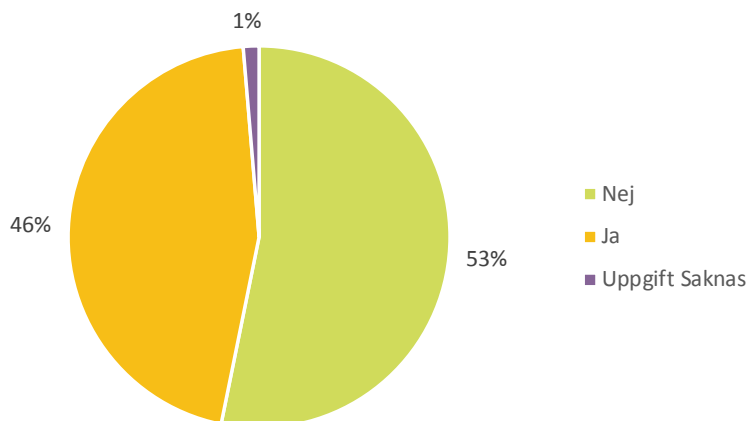
Läkemedelsassisterad rehabilitering

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

Figur 40 visar hur stor andel av det totala antalet öppenvårdspatienter som utgörs av laro-patienter. Många laroenheter registrerar aktivt i SBR. Därför utgör andelen laro-patienter en större andel än vad som är representativt för beroendevården. Data från Stockholm ingår inte i figurerna.

57

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





3 snabba frågor till Mikael Sandell, överläkare och medicinskt ansvarig på Capio Maria

BEHÖVS SBR?

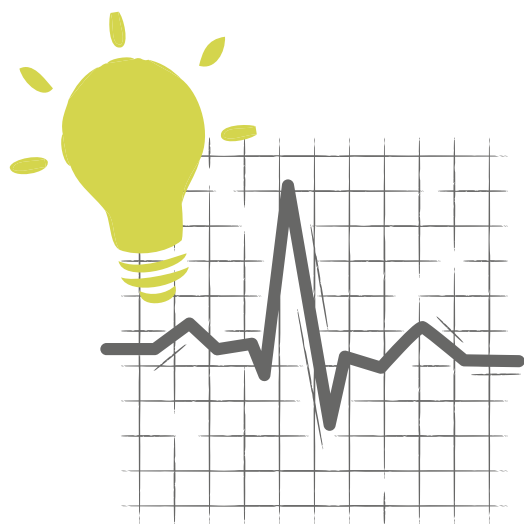
Sverige är ett föregångsland när det kommer till kvalitetsregister. Registerdata är väldigt viktig för att ständigt förbättra kvaliteten inom svensk sjukvård. SBR behövs för att förbättra svensk beroendevård.

NULÄGET?

Capio Maria registrerar i SBR. I samarbete med SBR-kansliet och Beroendecentrum Stockholm har vi tagit fram gemensamma sökord i datajournalen som matchar frågorna i SBR. Uppgifter som matas in i journalen direktöverförs till SBR. Vi har stoppat in SBR-sökorden i våra journalmallar inom både slutenvård och öppenvård på ett sätt att de passar in i det kliniska arbetet. När vi journalför ett besök får vi liksom SBR-data på köpet. Vi har lagt ned väldigt mycket arbete på att få till dessa processer. Nu är det dags att börja skörda vinsterna av att få ut kvalitetsdata med tämligen god täckningsgrad.

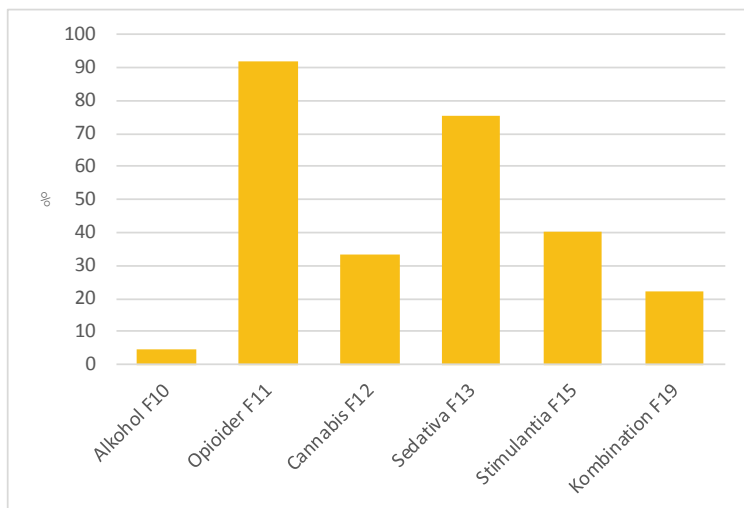
MEDSKICK TILL SBR?

Det måste vara lätt att registrera. Annars så är det svårt att förankra arbetet i medarbetargruppen. Det är bättre med ett mindre antal variabler som får god täckningsgrad än många med sämre täckningsgrad. Det är viktigare med effektmått framför processmått.



Andel patienter med LARO-behandling och beroendediagnos

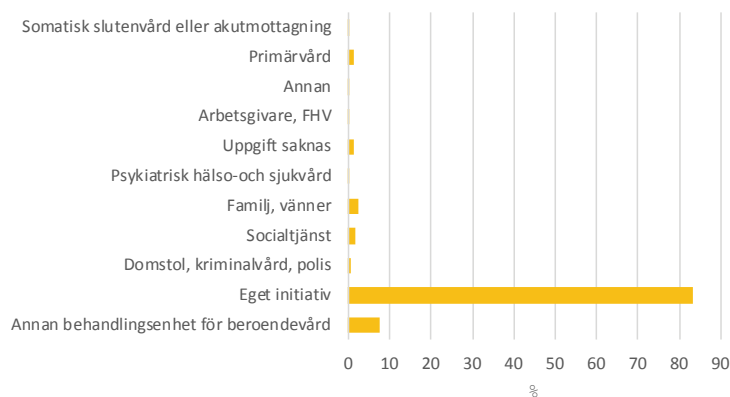
Figur 41 visar andel patienter med läkemedelsassisterad behandling och beroendediagnoser. Andelen patienter med opioidberoende som får laro-behandling var som förväntat högt (92 %). Många patienter som får laro-behandling har även använt andra droger och har därför bidiagnoser såsom beroende av sedativa substanser, cannabis, och andra sorters narkotika.



FIGUR 41 ANDEL PATIENTER I SBR SOM FÅR LARO-BEHANDLING, PER DIAGNOS. SENASTE BESÖKET I ÖPPENVÅRD. N= 1 504 PATIENTER.

Initiativtagare till vård

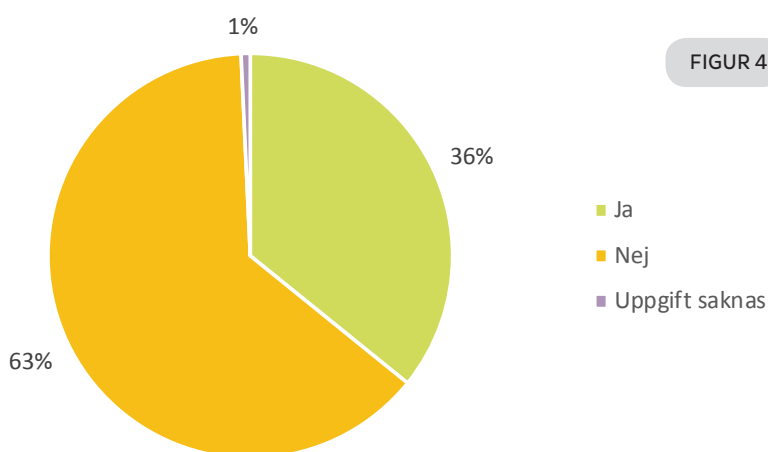
Figur 42 visar initiativtagare till vård för laro-patienter. I 83% av registreringarna angav patienten att det var på eget initiativ som de ansökt om laro-behandling. Därefter var det vanligast att socialtjänsten tagit initiativ till behandlingen.



FIGUR 42 INITIATIVTAGARE TILL VÅRD BLAND LARO-PATIENTER. SENASTE NYREGISTRERINGS-BESÖKET.

Berörda minderåriga barn till LARO-patienter

Berörda minderåriga barn är en fråga som ingår i flera vårdenheters kvalitetsarbete. Det är viktigt att frågan ställs för att alla berörda barn ska kunna nås med tidiga insatser. Figur 43 visar att andelen laro-patienter med berörda minderåriga barn var 36 %. Det indikerar att det är viktigt att lyfta familjeperspektivet i laro-behandling.

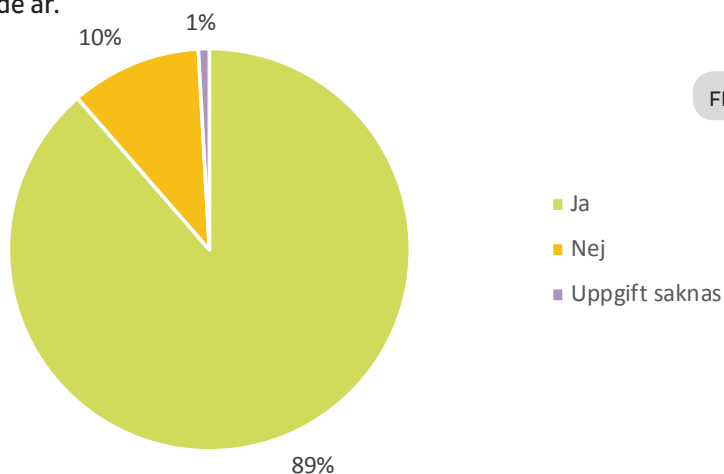


FIGUR 43 ANDEL LARO-PATIENTER MED BERÖRDA MINDERÅRIGA BARN. SENASTE BESÖKET I ÖPPENVÅRD.

VARIABLER SOM VÅRDPLAN OCH VÅRDPLANERING ÄR VIKTIGA MÅTT FÖR ATT BLAND ANNAT FÖLJA HUR SAMVERKAN MELLAN DEN SPECIALISERADE BEROENDEVÅRDEN OCH SOCIALTJÄNSTEN FUNGERAR.

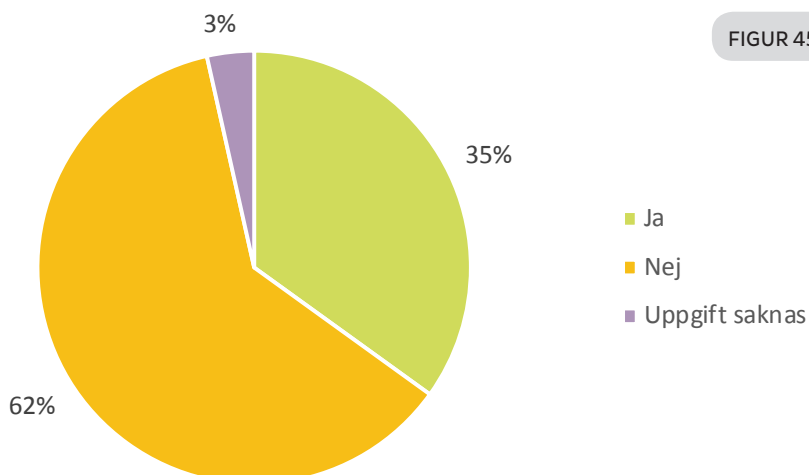
Vårdplan

Det är viktigt att alla patienter får en individuell vårdplan och vårdplanering. I laro-behandling är det centralt med fungerande samverkan mellan specialiserad beroendevård och socialtjänsten. Figur 44-45 visar att 89 % av patienterna hade individuell dokumenterad vårdplan och att socialtjänsten deltagit i vårdplaneringen för 35 % av patienterna vilket är något lägre än föregående år.



FIGUR 44 ANDEL LAROPATIENTER MED DOKUMENTERAD INSATSPLAN.

61

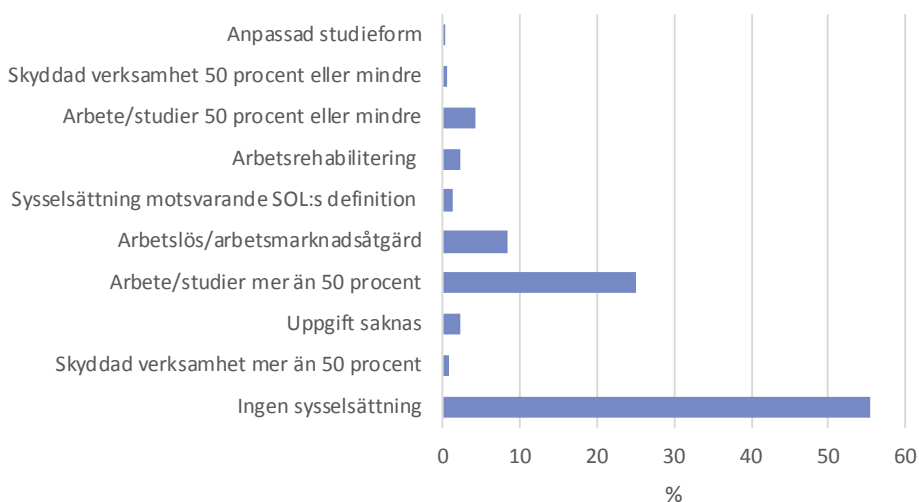


FIGUR 45 HAR SOCIALTJÄNSTEN DELTAGIT I LARO-PATIENTENS VÅRDPLANERING? ANDEL PATIENTER.

Sysselsättning

Ett mål med behandling att personerna ska bli integrerade i samhället och ha sysselsättning. Figur 47 visar att 43 % av personerna i laro-behandling uppgav att de hade någon form av sysselsättning exempelvis arbete, studier eller skyddad verksamhet.

FIGUR 46 ANDEL PATIENTER PER SYSSELSÄTTNINGSKATEGORI.



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

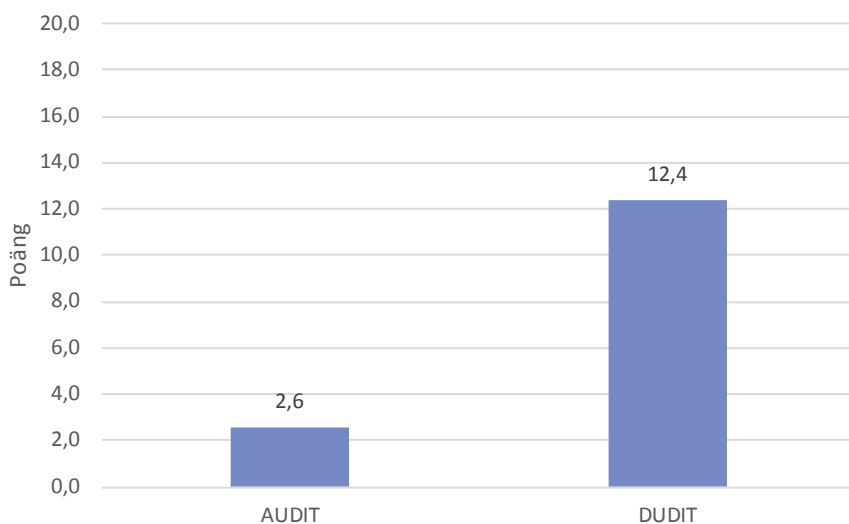


AUDIT och DUDIT

Figur 47 visar AUDIT- och DUDIT-poäng i genomsnitt för laropatienter. AUDIT-poängen var i genomsnitt 2,6 poäng. AUDIT är ett instrument utarbetat av Världshälsoorganisationen (WHO) för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion där ökande poäng innebär ökad sannolikhet för att riskbruk, skadligt bruk, eller beroende föreligger. Instrumentet är och baseras på patientens egna svar. Över 6 poäng för kvinnor och över 8 poäng för män brukar anses indikera en riskabel alkoholkonsumtion, över 13 respektive 15 poäng indikerar en problematisk alkoholkonsumtion och hög risk för en alkoholrelaterad diagnos. Över 20 poäng indikerar mycket problematiska alkoholvanor och sannolikt en alkoholrelaterad diagnos.

DUDIT är ett bedömningsinstrument med 11 frågor som används för att identifiera personer med drogrelaterade problem. DUDIT kan vara av värde för att identifiera dem som har problem med drogberoende för att kunna utesluta dem som inte har sådana problem. Maxvärdet på DUDIT är 44 poäng. För män indikerar över 6 poäng och för kvinnor över 2 poäng sannolikt drogrelaterade problem. Medelvärdet på DUDIT för laropatienter var 12,4 (figur 47).

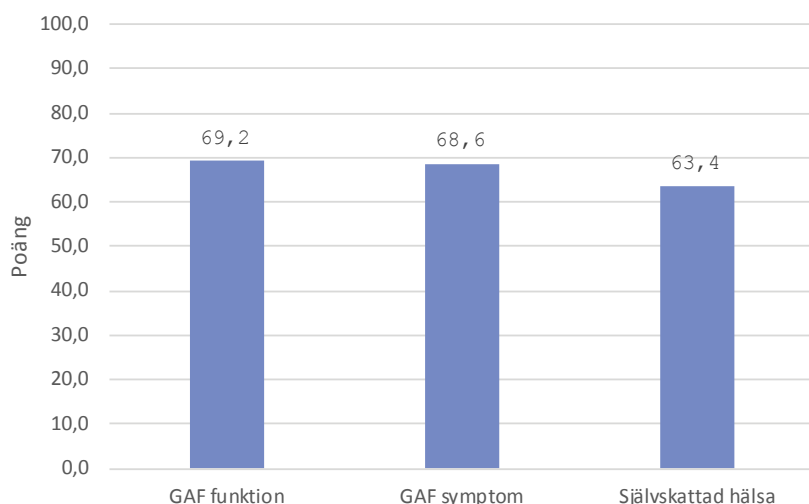
FIGUR 47 AUDIT/DUDIT POÄNG, MEDELVÄRDE FÖR LARO-PATIENTER.



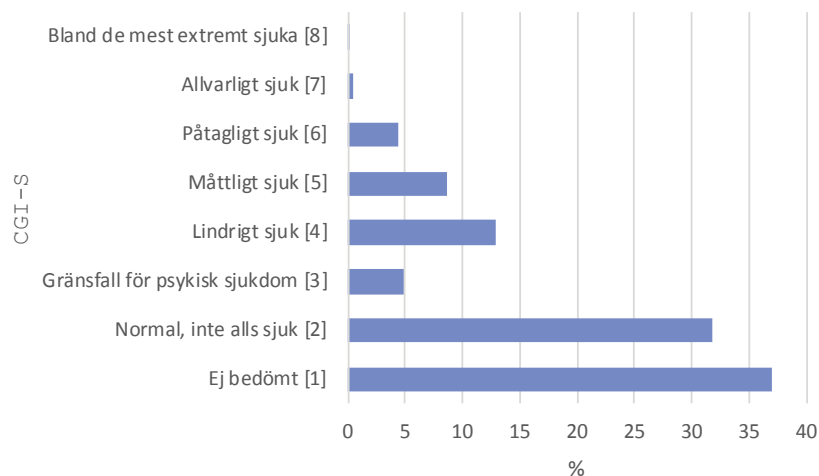
Psykiatrisk funktion och självskattad hälsa

Figur 48-49 visar patientgruppens övergripande psykiatriska funktion och självskattade hälsa mätt med GAF, CGI och EQ5D. Figur 48 visar att medelvärdet för GAF var 69,2 poäng för funktion och 68,6 för symptom. Figur 49 visar att enligt CGI-S, som är en skattning av psykisk sjukdom, bedömdes 32 % av laro-patienterna som normala/inte alls sjuka. Laro-patienternas självskattad hälsa i EQ5D mäts med en skala 0 -100. Patienterna skattade i genomsnitt 63 poäng vilket får anses ligga inom normalspannet. Resultaten visar att många patienter i laro-behandling har en relativt god psykiatrisk funktion, livskvalitet och självskattad hälsa.

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



FIGUR 49 CCGI-S, ANDEL PATIENTER PER KATEGORI.



ÖVERSIKT

över registrerande enheter i landet

Tabell fördelad på:

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

		Tot reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel män (%)	Ålder (median)	Mest förekom. Diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)	
Blekinge	Beroendeenhetens mottagning Karlskrona	Öppen	0	.	.	.	.	.
	Beroendeenhetens vårdavdelning Karlskrona	Sluten	<10	<10	<10	.	.	.	
Dalarna	Avdelning 65 Falun	Sluten	13	.	.	77	56.0	F10 (78)	8
	LARO-Mottagning Falun	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Borlänge	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Gagnef	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Hedemora	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Leksand	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Ludvika	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Malung	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Rättvik	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Vansbro	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Älvdalen	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Gävleborg	Allmänpsykiatrisk vårdavdelning Gävle	Öppen	23	17	6	83	34.0	F11 (100)	74
Beroendecentrum Bollnäs		Öppen	35	24	11	69	48.0	F10 (69)	23
Beroendecentrum Gävle		Öppen	248	186	62	66	44.0	F10 (64)	24
Beroendecentrum Hudiksvall		Öppen	51	47	4	63	49.0	F10 (16)	12
Beroendecentrum Ljusdal		Öppen	59	34	25	68	49.0	F10 (68)	31
Beroendecentrum Söderhamn		Öppen	60	35	25	68	53.0	F10 (60)	20
Beroendecentrum Västra Gästrikland Sandviken		Öppen	57	43	14	54	56.0	F10 (30)	16
Halland	Avdelning 24 Psykiatri Varberg	Sluten	0	.	.	.	.	.	.
	Substitutionsmottagning Halmstad	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Jämtland	Avdelning 1B beroende Östersund	Sluten	0	.	.	.	.	.	.
	Öppenvård beroende Östersund	Öppen	36	26	10	56	32.0	F19 (47)	61
Jönköping	Beroendemottagningen Jönköping	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Psykiatriska mottagningen Eksjö	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Psykiatriska mottagningen Nässjö	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Psykiatriska mottagningen Vetlanda	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Kalmar	Beroendecentrum Kalmar	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Psykiatrimottagning Vimmerby/Hultsfred	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Kronoberg	Beroendemottagningen Växjö	Öppen	44	42	2	61	36.0	F10 (45)	70
Norrbotten	Missbruks och beroende avdelningen Luleå	Sluten	91	.	.	65	34.0	F19 (43)	58
	Psykiatrin Piteå	Öppen	13	13	.	85	40.0	F11 (100)	46
Skåne	Beroendecentrum DD-mottagning Malmö	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Beroendecentrum avd 2	Sluten	22	.	.	50	47.5	F10 (74)	55

		Tot reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel män (%)	Ålder (median)	Mest förekom. Diagnos (%)	Annan psyisk sjukdom (%)	
	Capio Maria Helsingborg	Öppen	34	24	10	68	33.0	F11 (100)	53
	Capio Maria Lanskröna	Öppen	20	14	6	75	41.5	F11 (100)	40
	Forskningsmottagningen	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Integrerad Närsjukvård LARO-Mottagning	Öppen	13	13	.	69	49.0	F11 (100)	23
	LARO BeFem	Öppen	59	28	31	73	41.0	F11 (100)	34
	LARO Öresund	Öppen	23	23	.	70	46.0	F11 (100)	96
	LARO-mottagning Bokgatan	Öppen	87	3	84	80	48.0	F11 (92)	17
	LARO-mottagning Drottninggatan	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	LARO-mottagning Hasselgatan	Öppen	81	2	79	68	45.0	F11 (100)	51
	LARO-mottagning Helsingborg	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	LARO-mottagning Kristianstad	Öppen	37	11	26	65	35.0	F11 (100)	54
	LARO-mottagning Lund	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	LARO-mottagning Trelleborg	Öppen	42	3	39	67	36.5	F11 (98)	29
	Mottagning 1 Malmö	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Mottagning 3 Malmö	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Ramlösa Social Utveckling Helsingborg	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Solstenen i Helsingborg	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Solstenen i Lund	Öppen	23	20	3	74	35.0	F11 (96)	35
	VO Vuxenpsyk. Kristianstad Öppenv. Kristianstad	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatrimottagning beroende Triangeln Malmö	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Stockholm	ALL-teamet Spånga	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Alkohol och Hälsa Nord	Öppen	132	85	47	64	50.5	F10 (86)	5
	Älviks beroendemottagning	Öppen	137	78	59	69	42.0	F10 (61)	23
	Beroendemottagningen Liljeholmsberget	Öppen	385	242	143	74	44.0	F10 (59)	25
	Beroenderådgivningen Norrtälje	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Botkyrka-Alby beroendemottagning	Öppen	35	24	11	80	40.0	F10 (43)	37
	C Maria Akut Intaget	Sluten	0	.	.	.	.	.	.
	C Maria Avdelning 1	Sluten	318	.	.	76	51.0	F10 (72)	32
	C Maria Gullmarsplan	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	C Maria LARO	Öppen	369	66	303	75	46.0	F11 (79)	30
	C Maria Nackamottagningen	Öppen	107	50	57	70	48.0	F10 (56)	10
	C Maria Neuropsyk	Öppen	149	56	93	76	39.0	F10 (41)	77
	C Maria Södermalmsmottagningen	Öppen	19	7	12	58	51.0	F10 (84)	58
	C Maria Värmdö	Öppen	160	71	89	69	47.0	F10 (44)	13
	C Maria ÖV Beroende	Öppen	887	407	480	66	44.0	F10 (49)	28
	Cannabis och NPF ITOK	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Ewa-mottagningen	Öppen	67	24	43	.	47.0	F10 (69)	54

		Tot reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel män (%)	Ålder (median)	Mest förekom. Diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)
Fridhemsmottagningen	Öppen	20	14	6	100	43.0	F10 (55)	5
HBT mottagningen	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Haninge beroendemottagning	Öppen	114	69	45	76	42.5	F10 (54)	19
Huddinge beroende mottagning	Öppen	179	80	99	75	45.0	F10 (70)	22
Hässelbymottagningen	Öppen	218	123	95	72	44.0	F10 (60)	20
ITOK	Öppen	15	4	11	100	33.0	F11 (93)	7
Konsultmottagningen I66	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Lidingö beroendemottagning	Öppen	58	23	35	74	47.0	F10 (72)	28
Magnus Huss-mottagningen	Öppen	138	83	55	73	39.5	F10 (49)	35
Mottagning 44	Öppen	86	27	59	80	46.5	F11 (83)	22
Nynäshamn beroendemottagning	Öppen	34	22	12	65	46.0	F10 (65)	9
Observationsavdelning 7B	Sluten	104	.	.	78	52.0	F10 (85)	51
Psykoerapiteamet	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Resursteamet	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
Riddargatan 1	Öppen	258	135	123	70	51.0	F10 (73)	5
Rinkeby-Kistamottagningen	Öppen	21	4	17	90	41.0	F10 (38)	19
Rosenlunds mödravårdsteam	Öppen	51	30	21	.	26.0	F10 (63)	35
Rosenlundsmottagningen	Öppen	69	4	65	70	51.0	F11 (90)	10
Rättspsykiatriska Öppenvårdsmottagningen Huddinge	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
S:t Eriks teamet	Öppen	74	12	62	70	51.0	F11 (96)	23
Salem- Nykvarns beroendemottagning	Öppen	58	47	11	72	37.5	F10 (59)	10
Sigtuna beroendemottagning Märsta	Öppen	90	52	38	76	40.0	F10 (46)	28
Smärtteamet Nord	Öppen	33	10	23	52	53.0	F11 (85)	21
Smärtteamet Syd	Öppen	124	69	55	76	54.0	F10 (46)	19
Sollentuna beroendemottagning	Öppen	24	14	10	83	39.0	F10 (50)	33
Solna-Sundbybergs beroendemottagning	Öppen	128	92	36	75	45.5	F10 (63)	19
St. Görans sjukhus avd 52	Sluten	109	.	.	74	37.0	F19 (52)	9
St. Görans sjukhus avd 54	Sluten	1198	.	.	74	54.0	F10 (82)	20
Södertälje beroendemottagning	Öppen	148	96	52	70	47.0	F10 (53)	30
TUB-Mottagningen	Öppen	126	81	45	38	50.0	F13 (56)	37
Team A-3 Funkis	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Team Sydväst Beroendemottagning	Öppen	53	29	24	58	44.0	F10 (40)	21
Tub-mottagningen Syd	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Tyresö beroendemottagning	Öppen	119	62	57	71	44.0	F10 (55)	21
Täby-Danderyd-Vaxholm beroendemottagning	Öppen	100	69	31	72	44.5	F10 (61)	45
Upplands Väsby beroendemottagning	Öppen	24	15	9	58	49.0	F10 (63)	17
Vallentuna beroendemottagning	Öppen	50	27	23	70	47.0	F10 (56)	30

		Tot reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel män (%)	Ålder (median)	Mest förekom. Diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)	
	Åkersberga beroendemottagning	Öppen	42	21	21	76	49.0	F10 (88)	17
Södermanland	Beroendecentrum Mälarsjukhuset Eskilstuna	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Beroendemottagningen Nyköpings lasarett	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Beroendeteamet Kullbergsska sjukhuset	Öppen	20	5	15	80	40.5	F11 (100)	.
	PIVA Nyköpings lasarett	Sluten	85	.	.	88	51.0	F10 (55)	21
Uppsala	Beroendemedicinska mottagningen Uppsala	Öppen	12	8	4	75	50.5	F10 (83)	67
	LARO-mottagningen Uppsala	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Psykiatriavdelning 4 Uppsala	Sluten	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Psykiatridivisionens utvecklingsenhet Uppsala	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Värmland	Beroendecentrum Vårdavdelning 47 Karlstad	Öppen	22	22	.	68	43.0	F10 (59)	36
	LARO mottagningen Karlstad	Öppen	98	76	22	43	56.0	F11 (30)	28
	Psykiatrisk Öppenvård Kristinehamn	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Västerbotten	Psykiatrisk klinik Skellefteå och Södra Lappland	Sluten	<10	<10	<10	.	.	.	.
Västernorrland	LARO-mottagningen Sundsvall	Öppen	57	57	.	79	40.0	F11 (88)	30
Västmanland	Avd 91 Västerås	Sluten	188	.	.	69	39.0	F10 (44)	6
	Beroendecentrum Västmanland	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Treklöver Västmanland Västerås	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Västra Götaland	Avdelning 364	Sluten	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Avdelning 367	Sluten	61	.	.	69	37.0	F10 (38)	66
	Avdelning 368	Sluten	130	.	.	60	36.0	F19 (63)	63
	Avdelning 369	Sluten	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Avdelning Nordhem	Sluten	157	.	.	74	55.0	F10 (98)	8
	Beroendemottagning Centrum	Öppen	23	16	7	61	28.0	F19 (48)	96
	Beroendemottagning Hisingen	Öppen	24	22	2	88	28.0	F12 (21)	17
	Beroendemottagning Kviberg	Öppen	33	30	3	82	36.0	F19 (58)	67
	Beroendemottagning Kvinnor	Öppen	53	36	17	.	32.0	F10 (49)	91
	Brofästet samverkansteam	Öppen	27	10	17	56	29.0	F19 (59)	100
	Järntorgsteamet	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen Öckerö	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Regional behandlingsenhet	Öppen	11	5	6	73	45.0	F11 (91)	55
	Substitutionsmottagn. Kriminalvårdsanstalten Högsb	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Substitutionsmottagning Centrum	Öppen	75	34	41	96	41.0	F11 (99)	44
	Substitutionsmottagning Järntorget	Öppen	56	14	42	7	34.0	F11 (100)	54
	Substitutionsmottagning Östra Sjukhuset	Öppen	30	11	19	100	42.0	F11 (100)	37
	Vuxenpsykiatri mottagning Lidköping	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatri mottagning Mariestad	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatri mottagning Skövde	Öppen	0	.	.	.	.	.	.

		Tot reg.	Nyreg.	Uppf.	Andel män (%)	Ålder (median)	Mest förekom. Diagnos (%)	Annan psykisk sjukdom (%)	
	Vuxenpsykiatrisk beroendemottagning Borås	Öppen	15	9	6	93	35.0	F19 (73)	93
	Vuxenpsykiatrisk mottagning Falköping	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Bäckefors	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Strömstad	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning Uddevalla	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagn. Trollhättan	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagn. Vänersborg	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Örebro	Beroendecentrum Allmänmottagning Örebro	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Dopningsmottagning Örebro	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Kajsamottagning Beroendecentrum Örebro	Öppen	<10	<10	<10	.	.	.	.
	Neuropsykiatrisk mottagning Beroendecentrum Örebro	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
	Psykiatrisk avdelning Beroendecentrum Örebro	Sluten	319	.	.	73	45.0	F10 (45)	21
	Ungdomsmottagning Beroendecentrum Örebro	Öppen	0	.	.	.	.	.	.
Östergötland	Avdelning 34 Linköping	Sluten	197	.	.	77	47.0	F10 (64)	36
	Beroendemottagningen Norrköping	Öppen	13	10	3	77	36.0	F11 (77)	15
	Psykiatri och habiliteringsenheten Motala	Öppen	53	38	15	66	43.0	F10 (58)	64
	Beroendemottagningen Linköping	Öppen	15	12	3	47	26.0	F12 (33)	33

FÖRKORTNINGAR/FÖRTYDLIGANDE

LAROS	Läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende
INCA	IT-plattform för register inklusive SBR
RC	Registercentrum
PROM	Patientrapporterade mått
PREM	Mått avseende patientens upplevelse av och tillfredsställelse med vården
RC VGR	Registercentrum i Västra götalandregionen
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SBR	Svenskt beroenderegister
VGR	Västra götalandregionen
SLL	Stockholms läns landsting

REGISTERCENTRUM OCH REGISTERPLATTFORM

SBR tillhör Registercentrum VGR och ligger på registerplattformen INCA.

DATASKYDDSFÖRORDNINGEN

SBR påbörjade under 2017 arbetet med anpassningen till den nya dataskyddsförordningen. SBR har tillsammans med registercentrum arbetat under 2017 med att tolka vad denna lagändring praktiskt innebär för registret och genomföra erforderliga anpassningar. Registret har under året tagit fram patientinformation anpassat för manuell inmatning och direktöverföring från journal samt på lättläst svenska. I patientinformationen beskrivs hur SBR arbetar med dataskydd samt vilka rättigheter som finns samt hur patienterna kan göra dem gällande. SBR värnar om personlig integritet och eftersträvar en hög nivå av dataskydd för de personuppgifter som behandlas i registret. Läs gärna mer om dataskyddsförordningen på SBRs hemsida, www.sbr/registercentrum.se.

71



BITRÄDANDE REGISTERHÅLLARE:
Jeanette Westman



STATISTIK: Jonas Hällgren

FOTO, sid 9: Yanan Li
FOTO, sid 18: Camilla Petterson
Övriga foton: Medarbetare själva samt
IstockPhoto

Svenskt
Beroenderegister

SBR

För en bättre
beroendevård!

