

Svenskt  
Beroenderegister

**SBR**

**SBR – Svenskt Beroenderegister**

# Årsrapport 2013

Kvalitetsregister för beroendevården



# Årsrapport 2013

SBR – Svenskt Beroenderegister – kvalitetsregister för beroendevården

## Registerhållare

### Johan Franck

Verksamhetschef  
Beroendecentrum Stockholm  
Box 17914  
118 95 Stockholm  
johan.franck@sll.se

## Författare av årsrapport

### Moa Isacsson

Biträdande registerhållare  
Beroendecentrum Stockholm  
moa.isacsson@sll.se

### Mikael Eklöf

Koordinator  
Beroendecentrum Stockholm  
mikael.s.eklof@sll.se

### Johan Franck

Verksamhetschef  
Beroendecentrum Stockholm  
johan.franck@sll.se

## Statistiker

### Magnus Pettersson och Alexander Abrahamson

Statistik konsulterna Jostat och Mr Sample AB  
Gårdavägen 1  
412 50 Göteborg  
magnus.pettersson@statistikkonsulterna.se

## Sektionschef statistik

### Peter Gidlund

Registercentrum Västra Götaland  
413 45 Göteborg  
peter.gidlund@registercentrum.se

## Projektledare

### Kristina Berglund

Registercentrum Västra Götaland  
413 45 Göteborg  
kristina.berglund@registercentrum.se

## Övriga i styrgruppen

Annika Andersson  
Lars Blomström  
Leif Grönblad  
Gunnel Ihrstedt  
Åsa Magnusson  
Carl-Gustav Olofsson  
Håkan Rosén  
Karin Stolare  
Tommy Strandberg  
Per Söderberg  
Markus Takanen  
Anna Thurang  
Hugo Wallén

## Utgivare

### Johan Franck

## Huvudman

Stockholms Läns Sjukvårdområde  
Box 17914  
118 95 Stockholm

ISSN 2001-9653

Produktionsår 2014

# Innehåll

Inledning.....	4
Bakgrund .....	5
SBR:s syfte och mål .....	6
Inklusionskriterier.....	7
Anslutnings- och täckningsgrad .....	8
Registrerande enheter.....	9
Patientgruppen i SBR .....	12
Primärdrog .....	13
Samtidig användning av flera droger .....	15
Substitutionsbehandling .....	17
Samsjuklighet .....	18
Sociodemografiska variabler .....	20
AUDIT.....	22
GAF (Global Assessment of Functioning) .....	23
Jämförelse mellan fyra avdelningar för slutenvård .....	26
Registerorganisation 2013.....	29
Framtid i SBR.....	30

# Inledning

SBR:s årsrapport för 2013 presenterar data som registrerats på 76 vårdenheter i 15 landsting runt om i Sverige. Dessa innefattar specialiserade beroendeenheter i både öppen- och slutenvård med delvis olika uppdrag och målgrupper. Slutenvårdsenheterna står hittills för cirka 80% av registreringarna i SBR men målet är att omfatta patientens hela vårdkedja.

I årsrapporten presenteras främst genomsnittliga resultat baserade på samtliga enheters registreringar. Det ger en tvärsnittsbild av patienter och vård vid enheter av olika storlek och inriktning. Diagrammen visar bland annat hur patienterna fördelar sig med avseende på kön och ålder samt andra grundvariabler. Rapporten visar främst data från 2013 men rymmer även jämförelser över tid med information från de enheter som började registrera redan 2009/2010.

SBR startade 2009 men är fortfarande under tillväxt och registreringsgraden är ännu relativt låg. I många registreringar lämnas dessutom vissa frågor obesvarade. För att få generaliserbara och rättvisande resultat behövs en ökad registreringsgrad från fler enheter i Sverige samt högre svarsfrekvens för varje registrering. Denna rapport ger exempel på vilken typ av data som kan framställas med hjälp av SBR, och redovisade data bör i första hand ses i detta perspektiv.

# Bakgrund

Beroendesjukdomar utgör ett omfattande folkhälso-  
problem. I Sverige finns runt 780 000<sup>1</sup> personer med  
skadligt bruk eller beroende av alkohol, 29 500<sup>1</sup> personer  
med skadligt bruk eller beroende av narkotika, samt  
65 000<sup>1</sup> personer med skadligt bruk eller beroende av  
läkemedel. Antalet frekventa användare av dopnings-  
medel är beräknat till 10 000<sup>1</sup> personer. Årligen beräknas  
minst 2 000<sup>1</sup> personer dö av sin alkoholkonsumtion och  
omkring 400<sup>1</sup> av narkotika. Siffrorna blir högre om man  
också räknar in olycksfall, självmord och andra sjukdoms-  
tillstånd som är relaterade till användningen av olika  
beroendeframkallande medel. Personer med behov av  
behandling för skadligt bruk och beroende får idag  
vård inom vitt skilda verksamheter. Patientgruppens  
vårdbehov är ofta komplexa med såväl psykiatrisk som  
somatisk samsjuklighet. Socialstyrelsen har sedan 2007  
nationella riktlinjer för behandling av missbruk och  
beroende, och en ny version av dessa kommer 2015. Trots  
det finns anledning att anta att vårdinsatserna varierar  
högst väsentligt över landet.

## Organisation av stöd- och vårdinsatser

I Sverige får personer med skadligt bruk och beroende  
av substanser vård i flera olika typer av verksamheter.  
Primärvård och företagshälsovård är inriktade på att  
upptäcka riskbruk av alkohol och många patienter får  
främst behandling i dessa verksamheter. Kommunernas  
socialtjänst och den landstingsdrivna hälso- och sjuk-  
vården har ett delat ansvar för specialiserade vård- och  
stödinsatser för patienter med skadligt bruk och beroende.  
Hur detta ansvar fördelas skiljer sig väsentligt åt i landet.  
I vissa län finns specialiserade enheter och kliniker inom  
sjukvården för denna patientgrupp medan man i andra  
främst organiserat vården i kommunal regi. En del  
landsting ger endast vård till patienter med allvarliga  
medicinska tillstånd medan andra erbjuder ett stort  
utbud av medicinska och psykosociala vårdinsatser.  
Socialtjänsten erbjuder främst socialt stöd, men i vissa fall  
även mer specifik psykosocial behandling i varierande  
grad över landet.

Det antas främst vara patienter med allvarlig beroende-  
sjukdom eller betydande psykiatrisk samsjuklighet som  
får vård inom landstingens psykiatriska verksamheter och  
specialiserade beroendevård. Vid vissa beroendekliniker  
har man startat särskilda mottagningar för personer med  
riskbruk/skadligt bruk/beroende av alkohol som inte  
tidigare fått behandling för sådana problem, och som  
har en bibehållen social förankring (bostad, relationer,  
arbete) och därför inte haft anledning att söka sig till  
kommunens socialtjänst. Undersökningar har visat att  
den traditionella beroendevården inte är tilltalande för  
flertalet personer i denna situation då vården oftast är  
inriktad på patienter med svåra medicinska och sociala  
problem. Vårdens organisation kan därför behöva anpassas  
för att även personer med mer stabila förhållanden ska  
kunna få tillgång till ett specialiserat vårdutbud.

<sup>1</sup> Missbruksutredningen, SOU, 2011.

# SBR:s syfte och mål

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

## Mål

- Följa patienters process genom vårdinsatser/vårdkedjor och beskriva relationen mellan insatser och utfall.
- Göra jämförelser inom och mellanvårdenheter, organisationer och vårdkedjor.
- Följa effekterna av specifika och samordnade insatser för personer med komplexa vårdbehov och/eller samsjuklighet.
- Ge underlag för förbättringsarbete inom vårdkedjor, vårdenheter och vårdgivare.
- Ge underlag för utvärdering och forskning.
- Ge underlag för beslutsfattare.

# Inklusionskriterier

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

## OCH

- Personer med huvuddiagnos F10-F19 som behandlas inomandra typer avpsykiatrisk specialistsjukvård.

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

# Anslutnings- och täckningsgrad

För att ge rättvisande och användbara data behöver SBR en hög täcknings- och anslutningsgrad. Anslutningsgraden visar hur stor andel av de enheter som uppfyller SBR:s inklusionskriterier som registrerar i SBR. Täckningsgraden visar andelen av det totala antalet patienter i behandling på dessa enheter som registreras i SBR.

De medarbetare som påbörjade planering och utveckling av registret 2009 hade sin kliniska förankring i Stockholms- och Göteborgsregionen, som tillsammans med Malmö har det största antalet invånare med behov av specialiserad beroendevård. En medveten strategi när man började förankra registret på olika enheter var att börja med storstadsregionerna eftersom där finns en koncentration specialistenheter. Styrgruppsledamöter från Dalarna och Örebro har bidragit till att dessa regioner tidigt anslöt sig till SBR. Med dessa förutsättningar prioriterades inte täckningsgraden nationellt sett under de två första åren varför täckningen i SBR var något lägre än för andra register med motsvarande ålder.

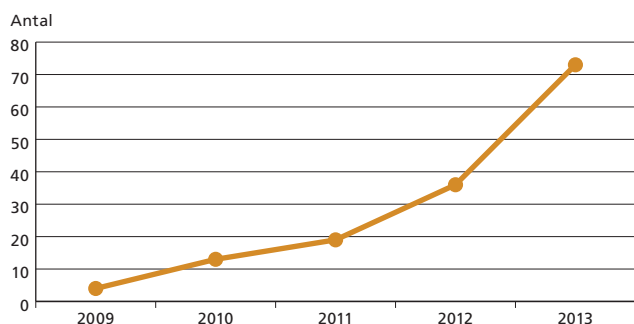
Under 2013 inkluderades SBR i de prestationsmål om registrering i kvalitetsregister som satts upp inom satsningen PRIO (Plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016) genom en överenskommelse mellan SKL och Socialdepartementet ("Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa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

## Anslutningsgrad

Anslutningen till SBR ökade markant under 2013.

I december 2013 registrerade 73 enheter i 15 landsting i SBR (Gotland är inkluderat i Stockholms läns landsting). Detta kan jämföras med 33 enheter i nio landsting i december 2012.

**Figur 1.** Antal anslutna enheter i SBR per år.



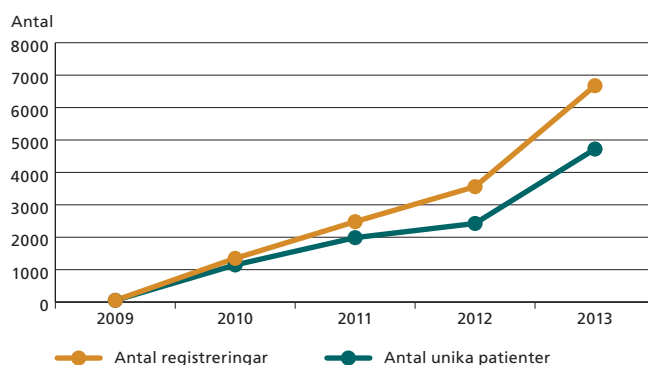
Inom ramen för PRIO-satsningen uppgav Landstingen själva vilka enheter som var aktuella att registrera i varje register och en beräkning gjordes av vilket antal registreringar som skulle göras.

Baserat på de 48 enheter som landstingen uppgav som aktuella för SBR registrerade 44 enheter, en anslutningsgrad på 92%. Utöver dessa registrerar dock ytterligare 29 enheter i SBR som även de uppfyller inklusionskriterierna.

## Täckningsgrad

Antalet registreringar ökade även de starkt under 2013. Under 2013 tillkom 4 721 patienter i 6 675 registreringar. Under 2012 tillkom 2 426 patienter i 3 561 registreringar.

**Figur 2.** Antal registreringar i SBR per år 2009–2013.



29% av de registrerade patienterna år 2013 och 32% år 2012 registrerades alltså vid flera tillfällen då de återinskrivits i vård.

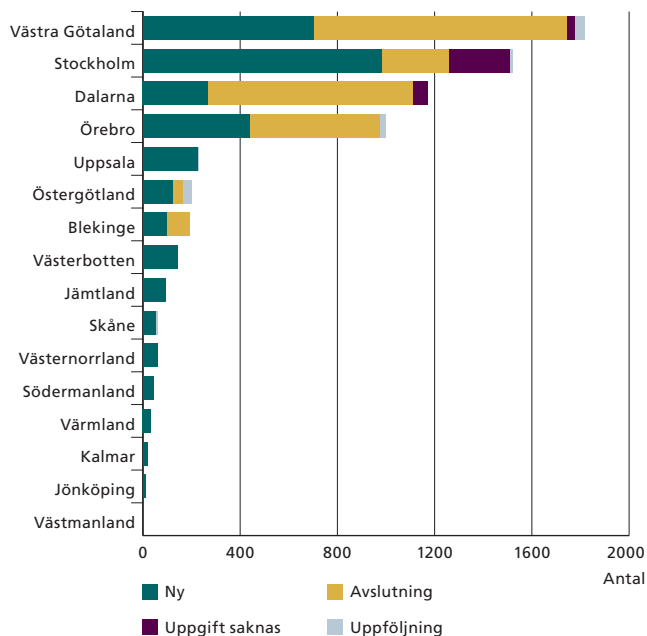
Målsiffran för antalet registreringar i SBR inom ramen för PRIO-satsningen var 8 148 och de anmälda enheterna uppnådde 4 795 registreringar, 59% av målsiffran. Det är dock fler enheter som registrerar i SBR än de av landstingen anmälda och det totala antalet registreringar under 2013 var alltså 6675.

Beräkning av täckningsgrad för SBR görs främst genom samkörning med Socialstyrelsens patientregister. Denna täckningsgradsberäkning kan dock inte redovisas då Socialstyrelsens patientregister för 2013 publiceras först efter tryckningen av denna årsrapport.



# Registrerande enheter

Figur 3. Antal registreringar i SBR per län år 2013.



I landstingen med flest antal registreringar finns de slutenvårdsavdelningar som varit aktiva i sin registrering i SBR under längst tid. Tabell över alla registrerande enheter finns på nästa sida. Data redovisas inte för enheter med färre registreringar än tio kvinnor och tio män för att säkerställa att patienter omöjligt kan identifieras.

Tabell 1. Registrerande enheter.

Län	Enhet	Antal registreringar	Typ av vård	Ålder (median)	Andel med alkohol som primär drog (%)	Andel med arbete (%)	Andel med missbruksdiagnos (%)	Andel med annan psykiatrisk diagnos (%)	GAF Funktion (medel)	GAF Symtom (medel)
Blekinge	Beroendeenhetens mottagning	84	Sluten	48,5	86	29	100	10	0	0
Dalarna	Avdelning 65, Falun	475	Sluten	49	68	26	100	3	59	61
Jämtland	Avdelning 1B beroende	<20	Sluten							
	Öppenvård beroende	55	Öppen	31	25	29	71	55	63	63
Jönköping	Beroendemottagningen Länssjukhuset Ryhov	<20	Öppen							
Kalmar	Beroendecentrum Kalmar	20	Öppen	39,5	15	15	100	50	58	58
Skåne	Helsingborg	<20	Öppen							
	Malmö	45	Öppen	41	11	16	98	24	64	65
Stockholm	Avd 52/54, St Görans sjukhus	324	Sluten	49	64	27	100	6	39	55
	BCS – EWA mott	<20	Öppen							
	BCS – Fridhemsmottagn	<20	Öppen							
	BCS – Haninge mott	<20	Öppen							
	BCS – Huddinge mott	<20	Öppen							
	BCS – Hässelby mott	<20	Öppen							
	BCS – Konsult-smärtt syd	<20	Öppen							
	BCS – Lidingö mott	<20	Öppen							
	BCS – Liljeholmsbergets mot	85	Öppen	47	91	76	93	12	59	59
	BCS – Norra mottagningen	<20	Öppen							
	BCS – Nynäshamn mott	<20	Öppen							
	BCS – Riddargatan 1	87	Öppen	51	100	77	68	32	78	78
	BCS – Rosenl mödravteam	<20	Öppen							
	BCS – Salem/Nykvarn	<20	Öppen							
	BCS – Sigtuna mott	40	Öppen	41	72	58	83	50	61	61
	BCS – Smärtteam Nord	<20	Öppen							
	BCS – Sollentuna mott	<20	Öppen							
	BCS – Solna-Sundbybergs	<20	Öppen							
	BCS – Södertäljemott	<20	Öppen							
	BCS – TUB	24	Öppen	44	11	38	67	42	67	67
	BCS – Team Sydväst mott	<20	Öppen							
	BCS – Täby-Danderyd-Vaxh	<20	Öppen							
	BCS – Upplands Väsby mott	34	Öppen	43	65	50	56	59	65	65
	BCS – Åkersberga mott	<20	Öppen							
	BCS – Östermalm mott	21	Öppen	50	82	57	57	43	66	66
	C Maria ÖV Beroende	30	Öppen	46,5	70	57	100	30	66	66
	C Maria ÖV LARO	<20	Öppen							
Psykiatri öppenvård, Gotland	48	Öppen	43	32	25	90	67	69	69	
BCS-Uppl/Bromott	<20	Öppen								

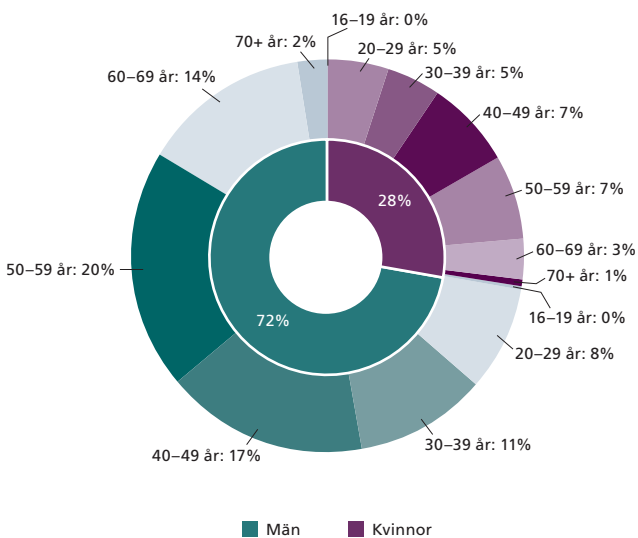
Tabell 1. Registrerade enheter.

Län	Enhet	Antal registreringar	Typ av vård	Ålder (median)	Andel med alkohol som primär drog (%)	Andel med arbete (%)	Andel med missbruksdiagnos (%)	Andel med annan psykiatrisk diagnos (%)	GAF Funktion (medel)	GAF Symtom (medel)
Södermanland	Beroendeteamet Kullbergsska sjukhuset	<20	Öppen							
	Psykiatriska mottagningen Strängnäs	<20	Öppen							
Uppsala	Beroendemedicinska mottagningen	40	Öppen	49	74	40	93	43	67	68
	LARO-mottagningen	<20	Öppen							
	Psykiatriavdelning 11	<20	Sluten							
	Psykiatriavdelning 4	124	Sluten	51	63	22	98	37	52	50
Värmland	Beroendecentrum Vårdavdelning 47	22	Sluten	37,5	59	32	100	5	63	61
	Laromottagningen	<20	Öppen							
Västerbotten	Beroendepsykiatrisk mottagning	73	Öppen	34	36	19	66	88	59	56
	Psykiatrisk klinik Skellefteå och Södra Lappland	49	Öppen	50	82	31	92	51	59	58
Västernorrland	Beroendemottagningen	53	Öppen	38	0	19	89	68	70	69
Västra Götaland	Avdelning 367	87	Sluten	40	45	29	72	53	54	53
	Avdelning 368	<20	Sluten							
	Avdelning 369	<20	Sluten							
	Avdelning Nordhem	627	Sluten	51	98	33	100	1	0	0
	Beroendemottagning Kviberg	22	Öppen	31,5	59	18	91	91	42	44
	Beroendemottagning Kvinnor	<20	Öppen							
	Regional behandlingsenhet	<20	Öppen							
	Substitutionsmottagning Centrum	<20	Öppen							
	Substitutionsmottagning Järntorget	<20	Öppen							
	Substitutionsmottagning Östra sjukhuset	<20	Öppen							
	Vuxenpsykiatrisk beroendemottagning	64	Öppen	39,5	31	28	88	75	54	53
Örebro	Allmänmottagning Beroendecentrum	<20	Öppen							
	Dopningsmottagning	<20	Öppen							
	Kajsamottagning Beroendecentrum	<20	Öppen							
	Neuropsykiatrisk mottagning Beroendecentrum	<20	Öppen							
	Opiatmottagning	43	Öppen	38	0	42	91	44	63	62
	Psykiatrisk avdelning Beroendecentrum	292	Sluten	50	79	20	99	13	33	34
Östergötland	Avdelning 34 SV	<20	Sluten							
	Beroendekliniken ViN	<20	Öppen							
	S:t Larsmottagningen	111	Öppen	40	48	43	91	19	69	70

# Patientgruppen i SBR

År 2013 registrerades 28% kvinnor och 72% män i SBR. Detta överensstämmer väl med andelen män och kvinnor i Sverige som har ett skadligt bruk och beroende<sup>2</sup>. Patienternas ålder varierar mellan 17 och 84 år. En femtedel av alla patienter utgörs av gruppen män i åldrarna 50–59 år.

**Figur 4.** Fördelning av män (n=4792) och kvinnor (n=1844) per ålderskategori i SBR år 2013.



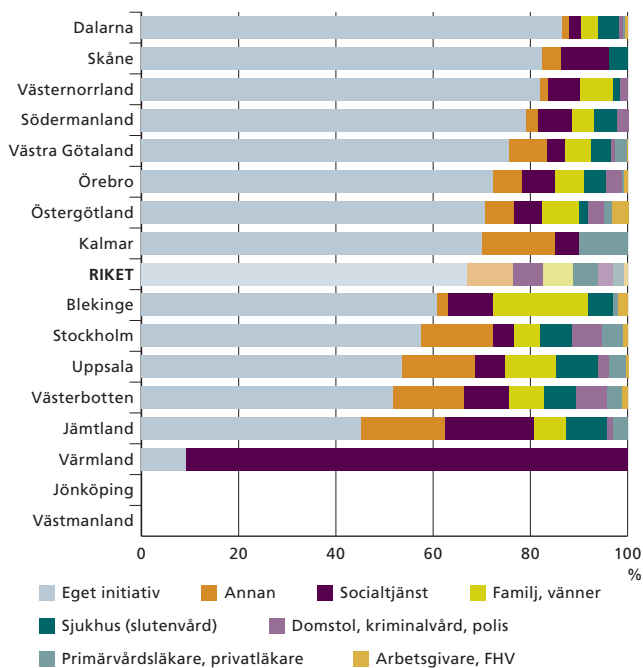
## Mortalitet

En jämförelse av patienter registrerade i SBR med Socialstyrelsens dödsorsaksregister visar att 167 patienter registrerade i SBR avled under 2013 vilket ger en 1,7 gånger högre mortalitet än i normalbefolkningen. Dödsorsak varierade kraftigt med ålder och detta skall analyseras ytterligare framöver.

## Huvudsaklig initiativtagare till vård

Hur man organiserar vården för personer med skadligt bruk och beroende i Sverige varierar över landet. Ett sätt att åskådliggöra detta och även i förlängningen analysera hur man bäst får in patienter i en god vårdkedja är med frågan om huvudsaklig initiativtagare till beroendevården.

**Figur 5.** Huvudsaklig initiativtagare per län år 2013.



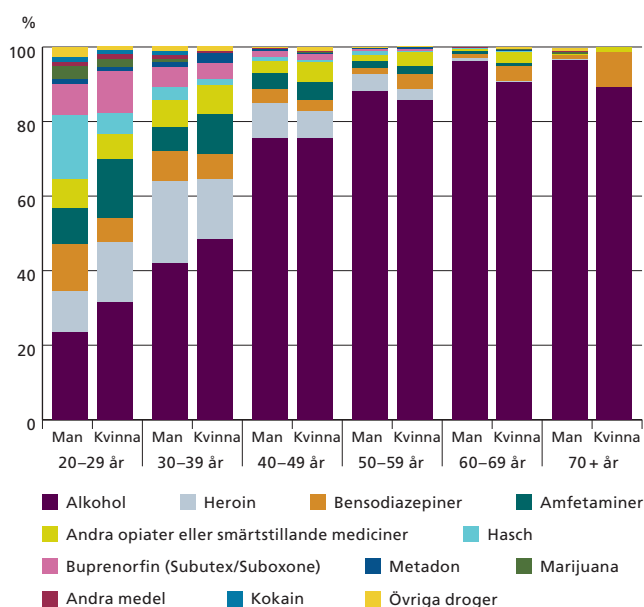
<sup>2</sup>Missbruksutredningen, SOU, 2011.

# Primärdrog

Primärdrog innebär att det är denna drog som orsakar mest problem för patienten. Med drog avses här alla typer av beroendeframkallande substanser. Vissa patienter brukar flera andra droger utöver sin primärdrog.

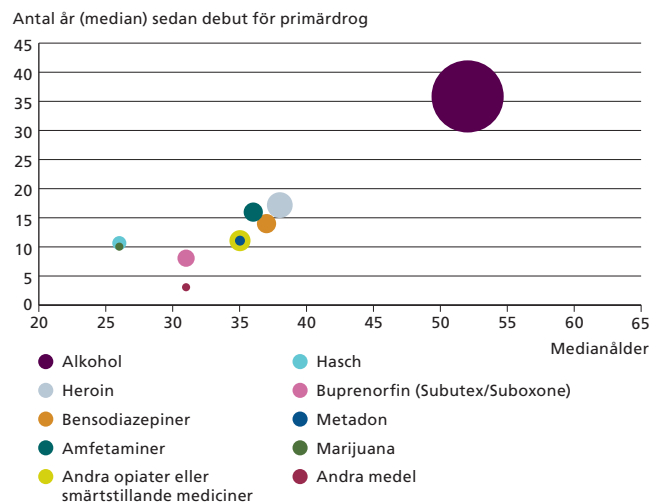
I SBR har den övervägande mängden patienter alkohol som primärdrog. Fördelningen av primärdrog är någorlunda jämn mellan könen, fler skillnader finns mellan olika åldersgrupper.

**Figur 6.** Primärdrog per kön och ålder år 2009–2013.



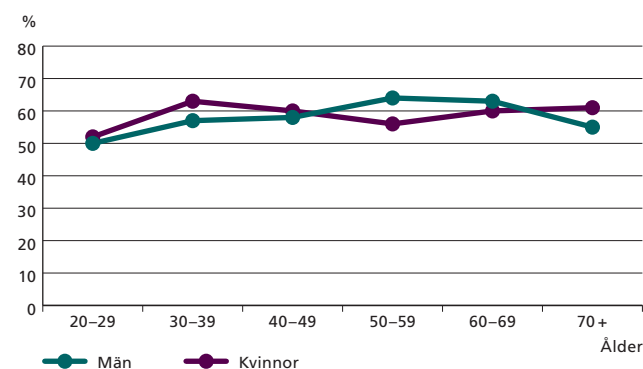
Bland patienter över 40 har över 75% alkohol som primärdrog. I åldrarna 20–39 har en större andel kvinnor än män alkohol som primärdrog, 32% respektive 23%. Vid minskande ålder ökar bruket av andra droger, främst heroin, följt av amfetaminer, bensodiazepiner och opiater/smärtstillande läkemedel. I gruppen män 20–29 år utmärker sig hasch som den vanligaste drogen vid sidan om alkohol. Hos kvinnor i samma ålder står amfetaminer för en större andel än i övriga grupper. Bland kvinnor över 60 år är det betydligt vanligare med bensodiazepiner som primärdrog än bland män i samma ålder.

**Figur 7.** Relativ fördelning av patienter per primärdrog år 2013.



Den grupp som har störst tidsspann sedan alkohol-/narkotikadebut är patienter med alkohol som primärdrog. Det är också den största patientgruppen i SBR. Den grupp som har "Andra medel" som primärdrog är den minsta patientgruppen i SBR. Det är också denna grupp som har minst antal år mellan sin debutålder och registreringstillfället.

**Figur 8.** Andel patienter per ålderskategori som har ett dagligt bruk av primärdrog år 2013.

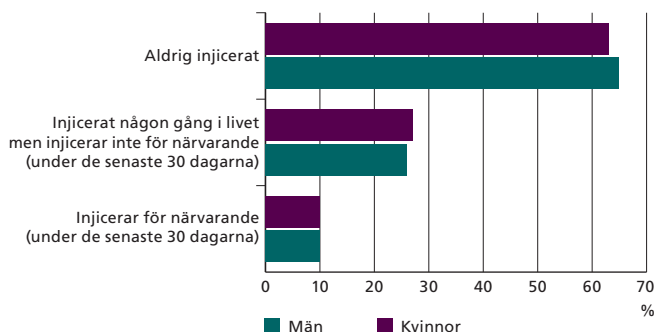


Andelen patienter med dagligt bruk av sin primärdrog ligger mellan 50–65% för både kvinnor och män i alla åldersgrupper för de patienter som registrerats i SBR.

## Injektion av droger

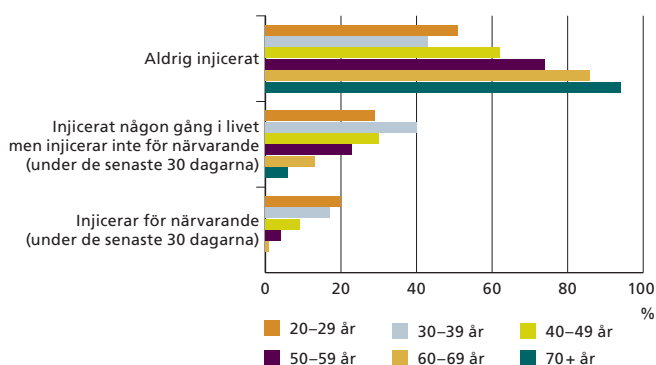
De droger som främst injiceras är heroin och amfetamin men även andra droger används på detta sätt. Under de senaste åren har det även blivit vanligare att injicera andra substanser. Genom att tidigt upptäcka nya trender kan man nå dessa patienter tidigare med åtgärder som stoppar smittspridning.

**Figur 9.** Andel som injicerar droger per kön år 2013.



Av patienterna registrerade i SBR har 63% av männen och 65% av kvinnorna aldrig injicerat. Detta speglar delvis den stora grupp i registret som endast brukar alkohol. 10% av både män och kvinnor registrerade i SBR anger att de injicerar droger för närvarande och 27% respektive 26% anger att de injicerat någon gång i livet. Frågan om injektion av droger är dock inte besvarad i alla registreringar. Eventuellt har den besvarats främst för patienter där behandlaren anser att frågan är aktuell.

**Figur 10.** Injektion av droger per ålder år 2013.



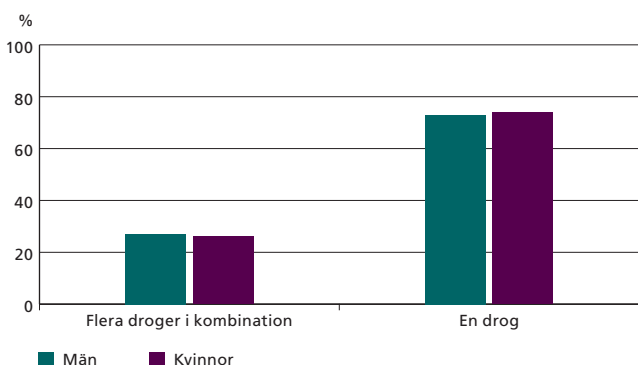
Injektion av droger är vanligast i åldrarna 20–39 år.

# Samtidig användning av flera droger

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

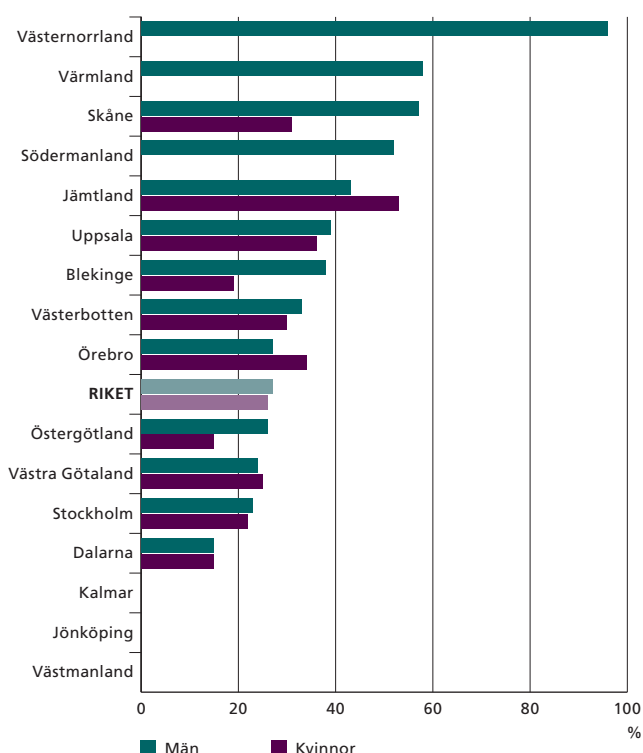
I SBR visar sig 27% av männen och 26% av kvinnorna bruka flera substanser.

**Figur 11.** Andel patienter per typ av användning år 2013.



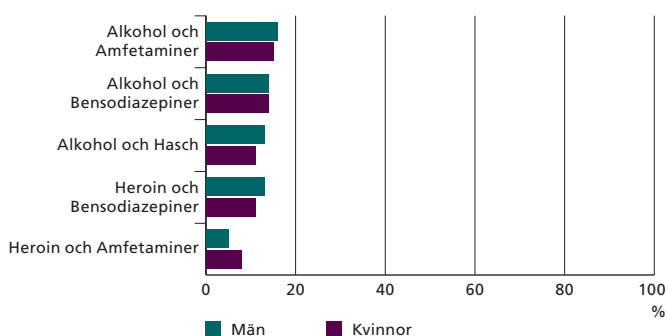
Andelen personer som använder mer än en drog ligger på i stort sett samma nivå hos män och kvinnor.

**Figur 12.** Andel patienter som använder flera droger i kombination per län år 2013.



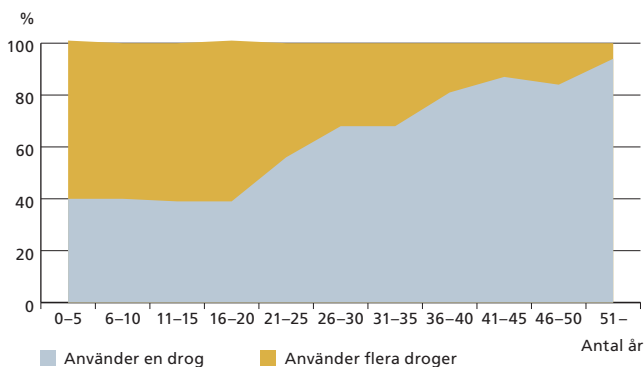
Fördelat på län varierar andelen registrerade patienter som använder flera droger kraftigt. Detta påverkas sannolikt i hög grad av de olika enheternas inriktning.

**Figur 13.** Andel patienter per drogkombination år 2013.



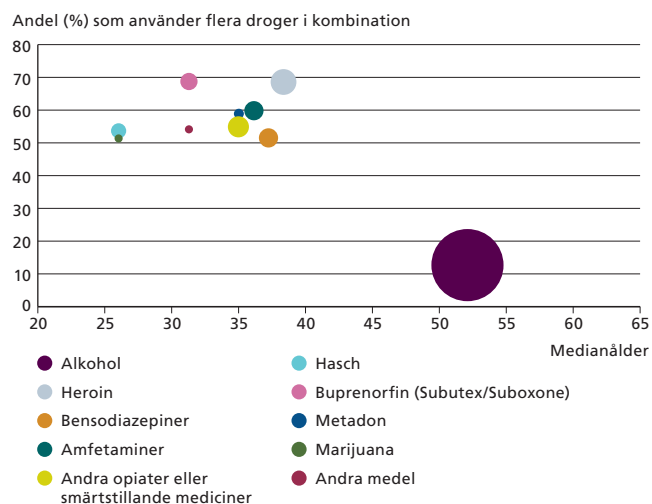
Ungefär var fjärde patient i SBR använder flera substanser. Antalet individer per kombination är dock relativt få då det finns ett stort antal möjliga kombinationer.

**Figur 14.** Typ av användning sedan tid för debut av primärdrog år 2013.



Relationen mellan användning av flera droger och användning av endast en drog över tid sedan patientens drogdebut. När patienterna debuterar med sin primära drog använder sex av tio flera droger i kombination, och fyra av tio använder endast en drog. Denna relation är i stort sett konstant för patienter som uppger mindre än 20 års användning. För de patienter som har mer än 20 års användning minskar andelen som använder flera droger gradvis. För patienter som har mer än 30 års användning rapporterar endast tre av tio att de använder flera droger. Bland patienter som har mer än 50 års användning är det endast var 20:e som använder fler än en drog.

**Figur 15. Relativ fördelning av patienter per primärdrog år 2013.**



Andel patienter som använder flera droger i kombination per primärdrog.

Den största gruppen i SBR är patienter med alkohol som primärdrog. Dessa patienter har även högst medianålder samt lägst andel som använder flera droger. En annan stor grupp är de med heroin som primärdrog. Andelen av dessa som använder flera droger uppgår till nära 70%.



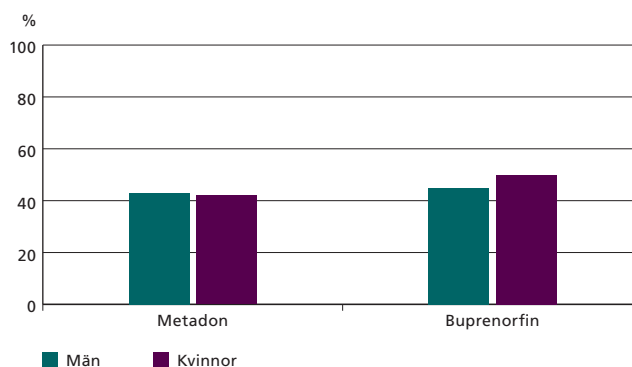
# Substitutionsbehandling

I Missbruksutredningen (2011) antas att det finns minst 10 000 personer i Sverige som är beroende av opiater eller opioider, främst heroin. Läkemedelsbehandling i kombination med psykosociala insatser har i både svenska och internationella studier visat betydande positiva effekter, med bland annat minskad överdödlighet. I Sverige startade substitutionsbehandling med metadon på 1960-talet och behandling med buprenorfin godkändes år 2000. Behandlingen följer Socialstyrelsens föreskrifter. Idag finns drygt 100 mottagningar i Sverige som får bedriva denna typ av behandling.

Det finns idag ingen rikstäckande statistik om hur många personer som deltar i program för substitutionsbehandling. Kvalitetsregistret för Läkemedelsassisterad Rehabilitering av Opiatberoende (LAROS)vänder sig till alla enheter som ger behandling med metadon och buprenorfin till patienter med opiatberoende med målet att skapa en kunskapsbas och ett forum för kunskapsutveckling.

Av de patienter som vid registrering i SBR angavs delta i pågående substitutionsbehandling var det, främst bland kvinnorna, en något högre andel som behandlades med buprenorfin.

**Figur 16.** Andel patienter per typ av substitutionsbehandling år 2013.

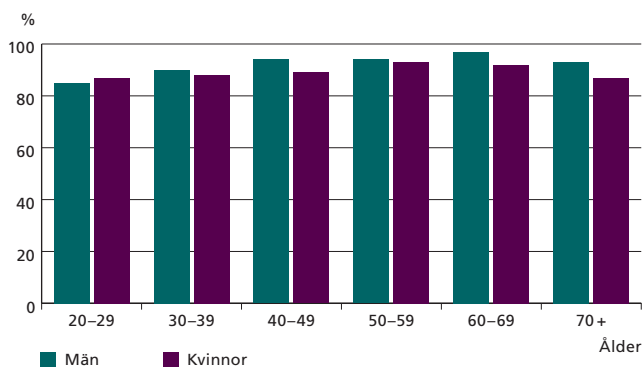


# Samsjuklighet

I patientgruppen med skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika finns en ökad förekomst av annan psykisk sjukdom. Internationella studier visar att risken är 3–9 gånger så hög för den här patientgruppen. Sjukvården och socialtjänsten som ansvarar för behandlingen behöver därför vara öppna för att identifiera samsjuklighet och se till att patienten även får behandling för dessa. Även frekvensen av självmordsförsök och självmord är hög i denna grupp.

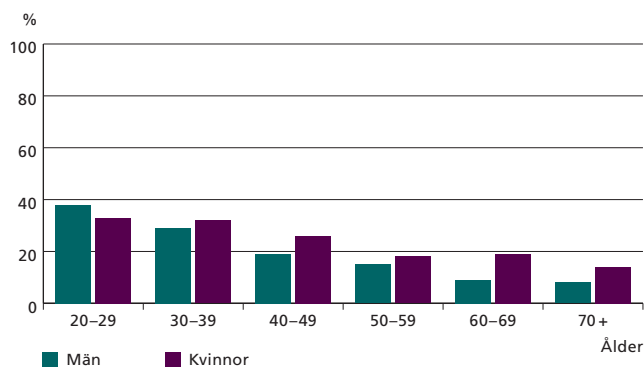
Beräkningar ur registreringar i SBR visar att 21% har en psykiatrisk samsjuklighet.

**Figur 17.** Andel patienter med diagnosen "Skadligt bruk och beroende" per kön och ålder år 2013.



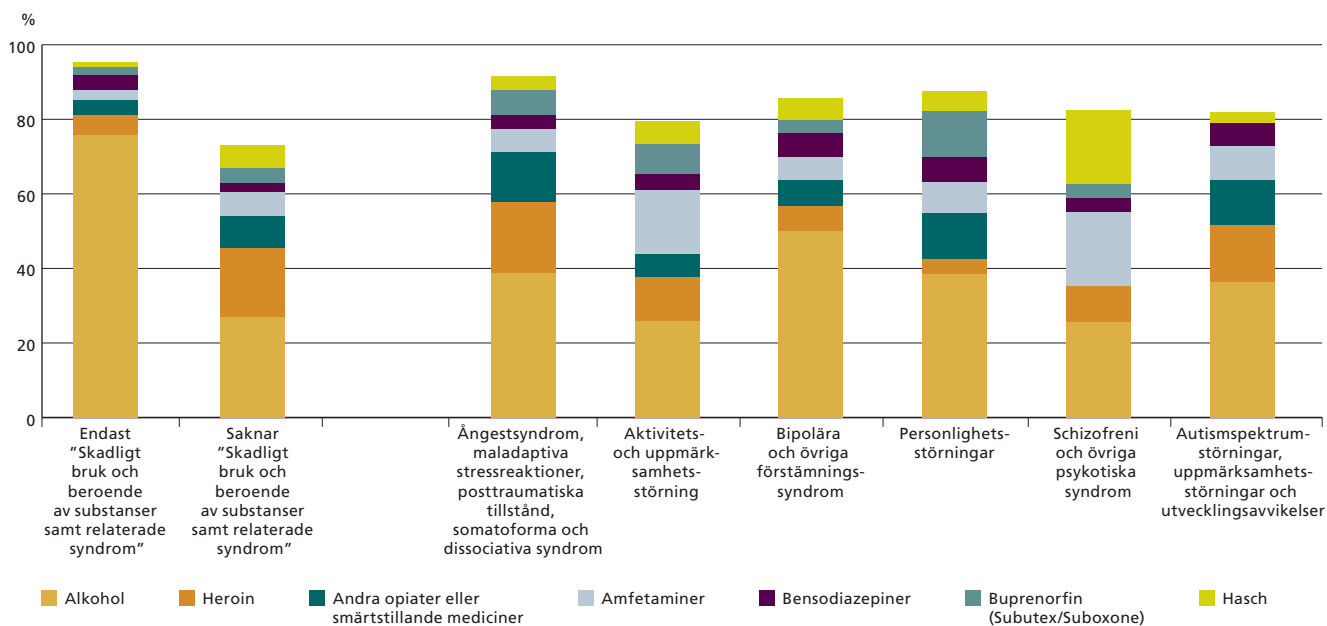
I medeltal har cirka 10% av patienterna registrerade i SBR (med störst andel bland de yngre patienterna) ingen diagnos inom skadligt bruk eller beroende (ICD kod F1X). Om det innebär en underdiagnostik eller att det utelämnats vid registrering i SBR går inte att urskilja.

**Figur 18.** Andel patienter med annan psykiatrisk diagnos per kön och ålder år 2013.



Bland patienter registrerade i SBR är samsjuklighet är vanligast hos män i åldrarna 20–29 år. I övriga åldrar har kvinnorna högre andel samsjuklighet än männen. Samsjuklighet minskar med ålder för båda könen.

Figur 19. Primärdrog per diagnoskategori år 2013.

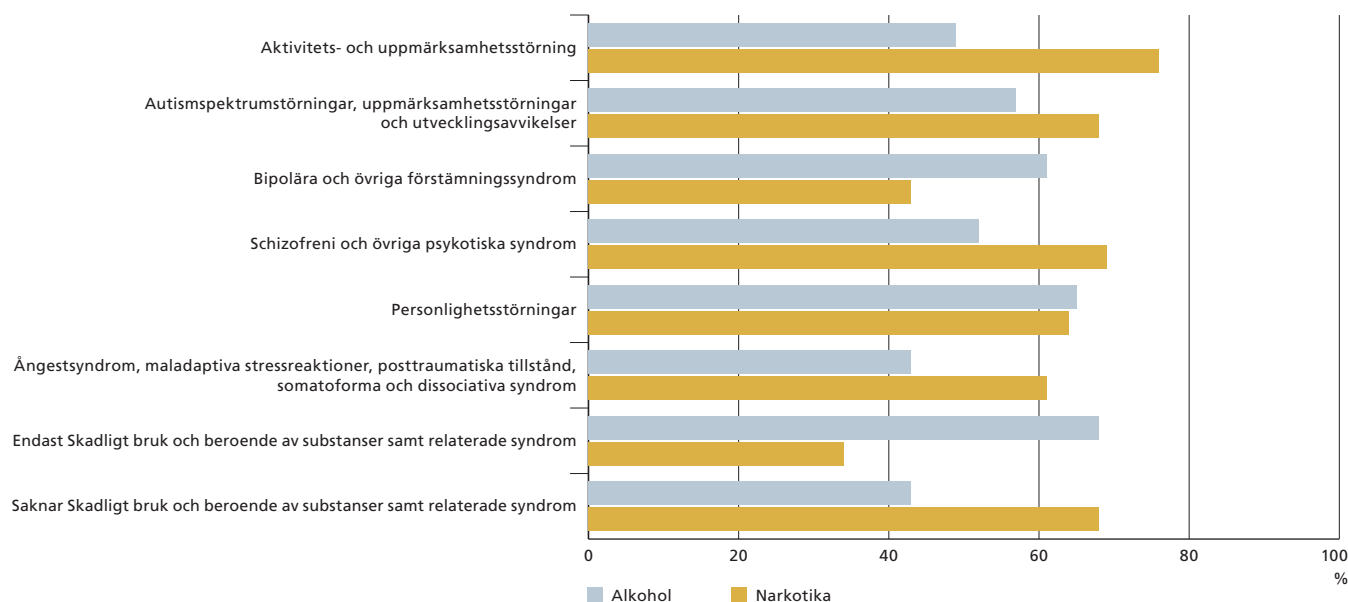


### Patienternas primära drog för olika diagnoskategorier

Vanligaste primärdrog varierar tydligt beroende på patientens diagnos. För patienter med enbart diagnosen "Skadligt bruk och beroende av substanser samt relaterade syndrom" är alkohol den klart övervägande drogen.

En annan diagnosgrupp som avviker något från övriga grupper är gruppen "Schizofreni och övriga psykotiska syndrom". För denna grupp av patienter är bruket av hasch tio gånger vanligare jämfört med övriga patienter.

Figur 20. Andel patienter per diagnoskategori som fått tidigare vård för alkohol och narkotika år 2013.



Bland patienter utan samsjuklighet var tidigare vård huvudsakligen kopplad till alkohol. Patienter med samsjuklighet hade däremot främst tidigare vårdats för narkotika. Patienter med aktivitets och uppmärksamhets-

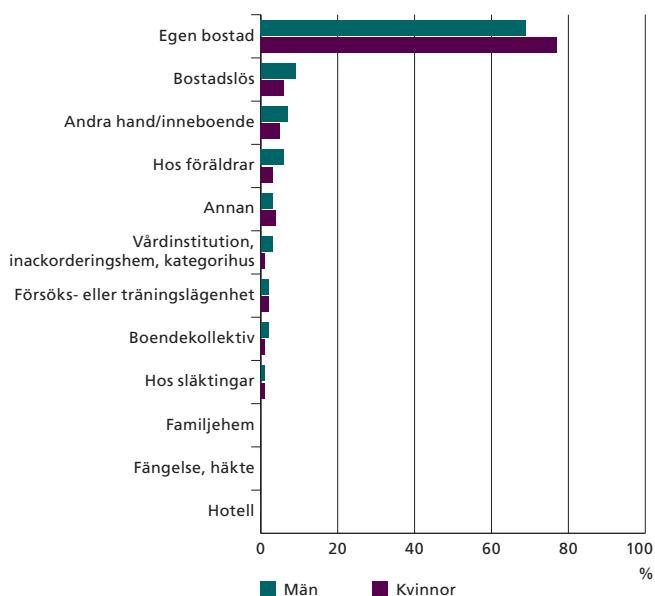
störning (ADHD) är den grupp som i högst grad vårdats tidigare för narkotika. Patienter med bipolära och övriga affektiva syndrom hade däremot i högre grad behandlats för alkohol.

# Sociodemografiska variabler

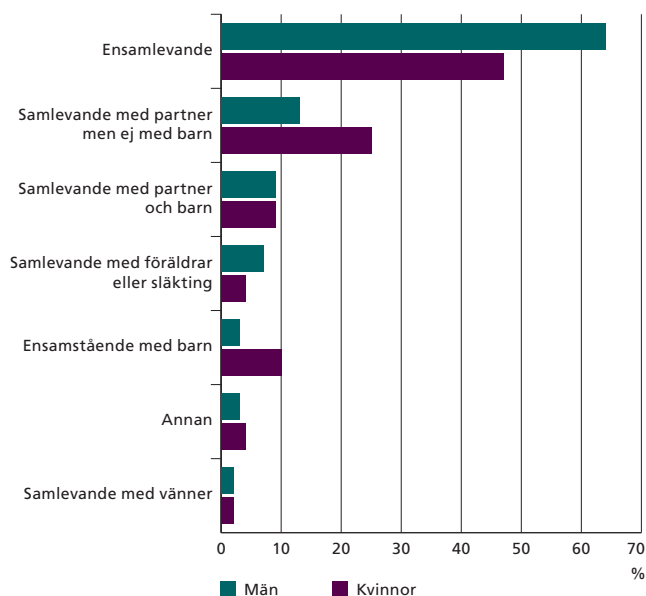
Variabler såsom boendeform, levnadsform, sysselsättning och försörjning är viktiga för att få en bild av patientgruppen som behandlas inom beroendevården. Det kan indikera vilken typ av stöd vården kan behöva uppmärksamma vid sidan av det medicinska. Det kan också vara viktiga utfallsmått som visar om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

En majoritet av patienterna har egen bostad eller bor hos sina föräldrar. Andelen patienter med egen bostad ökar med åldern och bland patienter över 70 år har 94% egen bostad. Störst andel bostadslösa finns i gruppen 20–29 år.

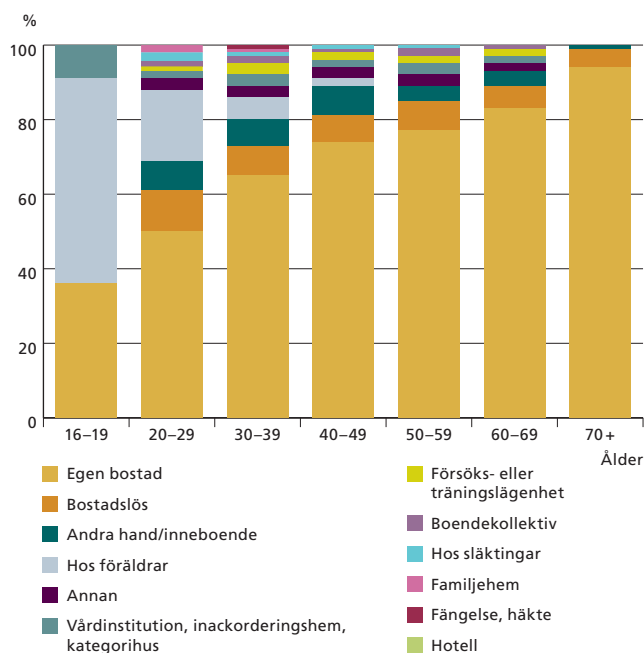
Figur 21a. Boendeform per kön år 2013.



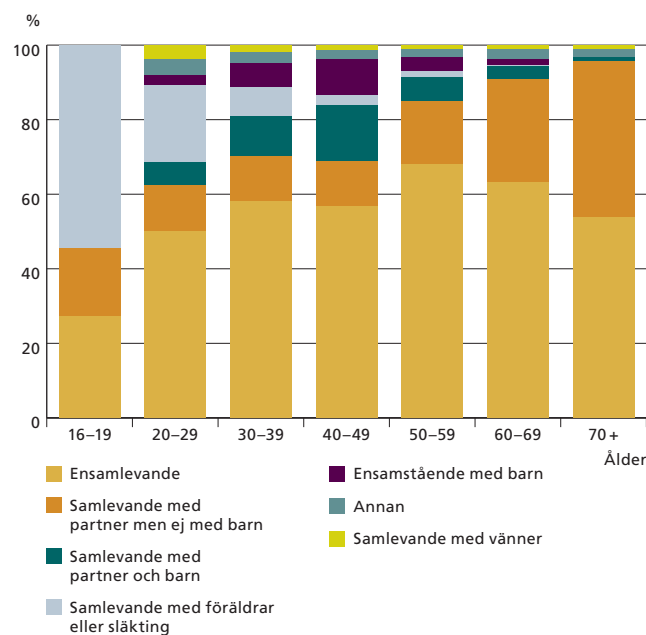
Figur 22a. Levnadsform per kön år 2013.



Figur 21b. Boendeform per ålderskategori år 2013.

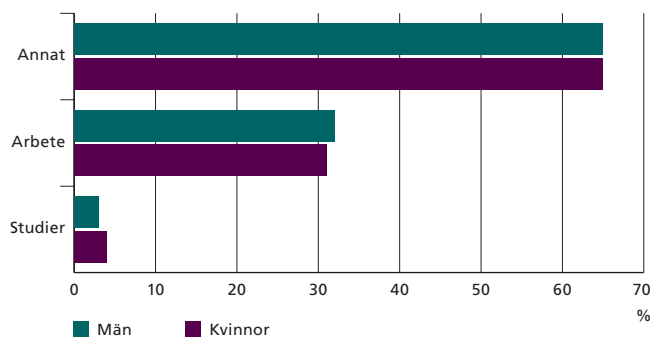


Figur 22b. Levnadsform per ålderskategori år 2013.

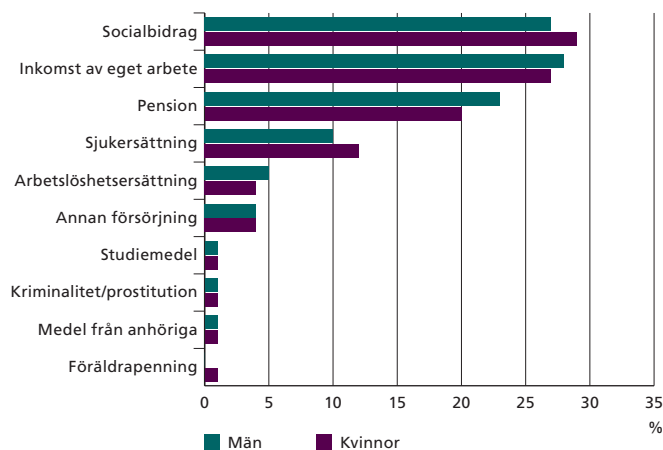


Större andel kvinnor än män har ett eget boende och de lever också i mindre grad ensamma. 12% av männen och 19% av kvinnorna bor med barn. De är främst i åldrarna 30–49 år.

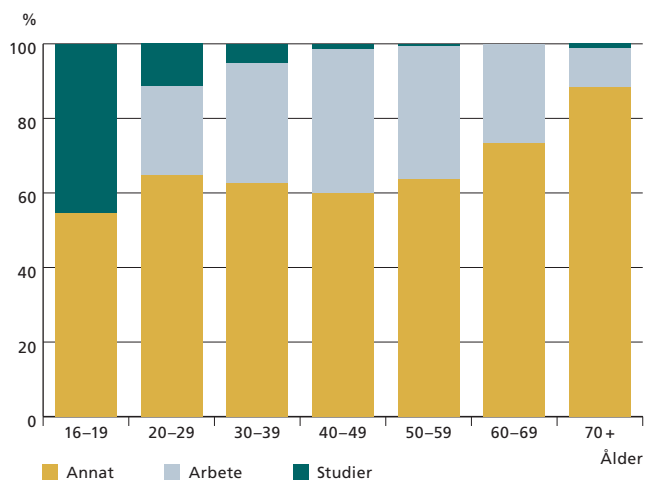
Figur 23a. Sysselsättning per kön år 2013.



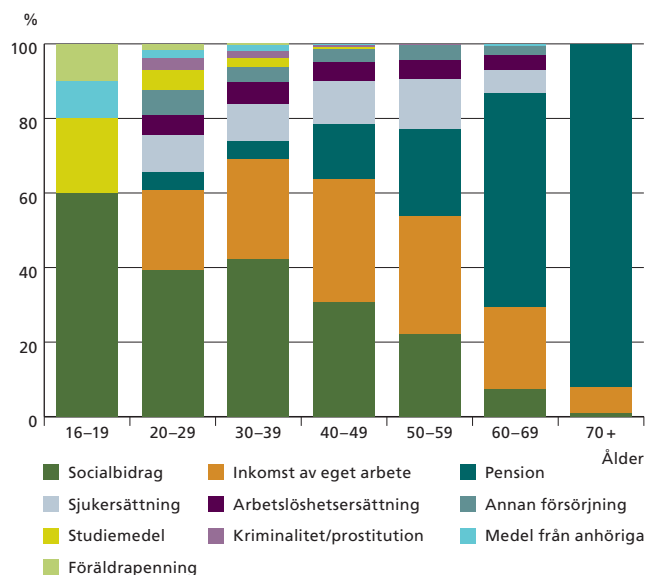
Figur 24a. Försörjning per kön år 2013.



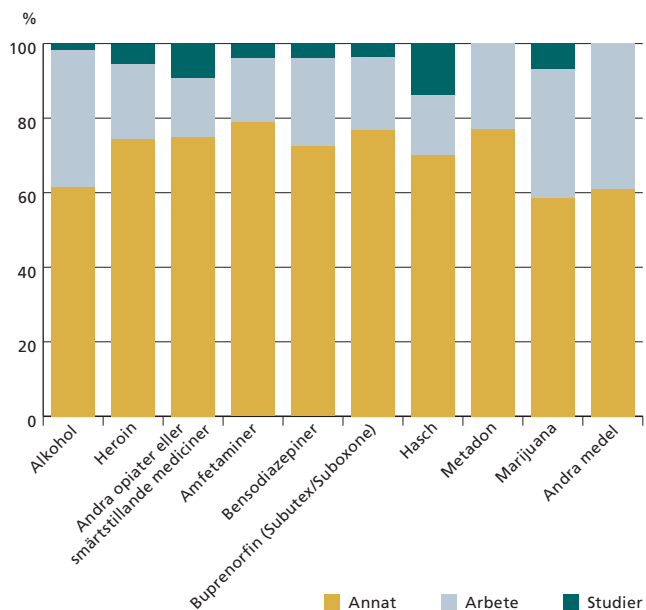
Figur 23b. Sysselsättning per ålder år 2013.



Figur 24b. Försörjning per ålder år 2013.



Figur 23c. Sysselsättning per drog år 2013.



Den vanligaste försörjningen bland patienter över 60 år är pension. I åldrarna 16–39 år är socialbidrag den vanligaste formen av försörjning medan patienter mellan 40–59 år i huvudsak försörjer sig på eget arbete, tätt följt av socialbidrag och pension.

65% av både män och kvinnor varken arbetar eller studerar.

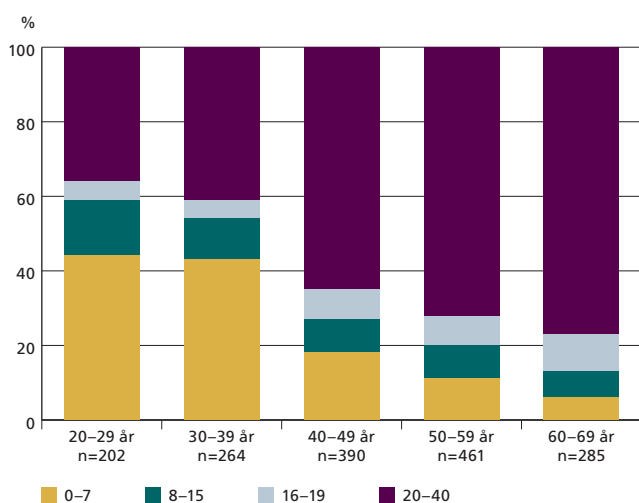
# AUDIT

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

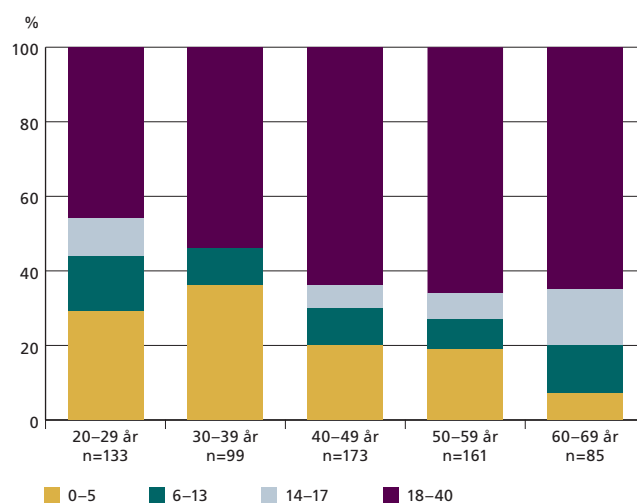
6 poäng eller mer för kvinnor och 8 poäng eller mer för män brukar anses indikera en riskabel alkoholkonsumtion. Över 13 respektive 15 poäng indikerar en problematisk alkoholkonsumtion och det är stor risk att man har en alkoholrelaterad diagnos. Över 20 poäng indikerar mycket problematiska alkoholvanor och sannolikt en alkoholrelaterad diagnos<sup>3</sup>.

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

**Figur 25a.** AUDIT-värde för män per ålderskategori år 2013.



**Figur 25b.** AUDIT-värde för kvinnor per ålderskategori år 2013.



Skillnader i AUDIT-värden mellan åldersgrupperna är tydligt men speglar delvis andelen med alkohol som primär drog i grupperna.

<sup>3</sup>Saunders, J. B., Aasland, O. G., T. F., De la Fuente, J. R., Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Identification Test (AUDIT): WHO collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II. *Addiction* 88:791–804.

# GAF (Global Assessment of Functioning)

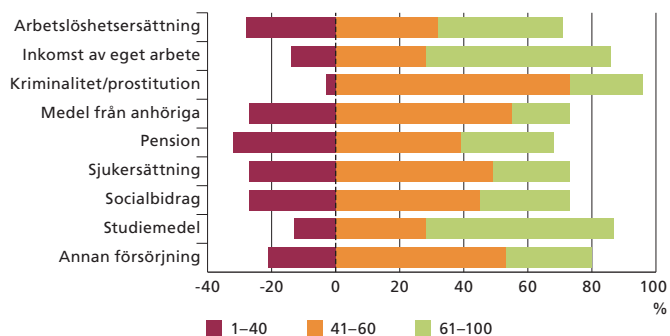
I SBR mäts patienters globala psykiska ohälsa med GAF-skalan, med uppdelningen i delskalorna GAF-funktion och GAF-symtom. GAF-skalan är indelad i tio olika intervaller med exempel och gradering av symtom (GAF-symtom) och social- och yrkesmässig funktionsförmåga (GAF-funktion).

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

## Funktion

I detta avsnitt beskrivs resultat från delskalan GAF-funktion, behandlarnas skattningar av patienters funktionsförmåga under den senaste veckan. Skattningar med höga värden anger bättre funktionsförmåga.

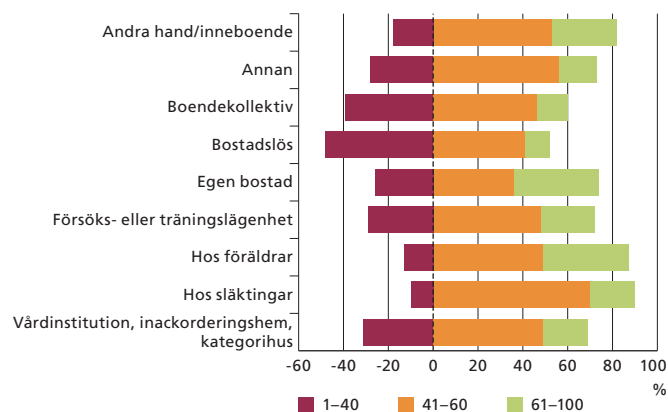
**Figur 26.** GAF Funktion per försörjningstyp år 2013.



Skärningspunkten går vid 40 poäng i GAF för att tydligt visa hur stor andel av patienterna som har så pass låg GAF.

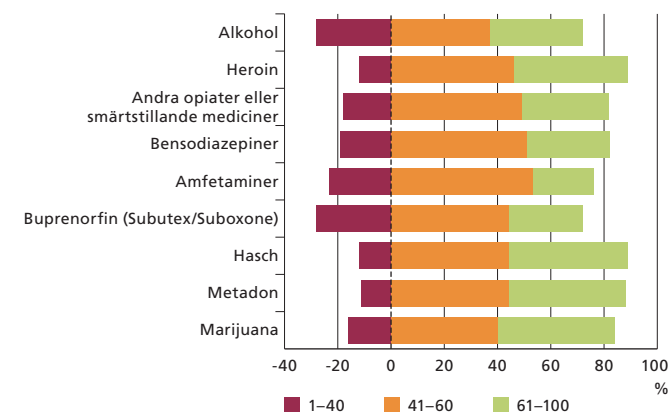
Funktionsförmågan visar sig utifrån detta diagram vara som bäst hos de grupper som uppgett inkomst av eget arbete eller studiemedel som försörjning.

**Figur 27.** GAF Funktion per boendetyper år 2013.



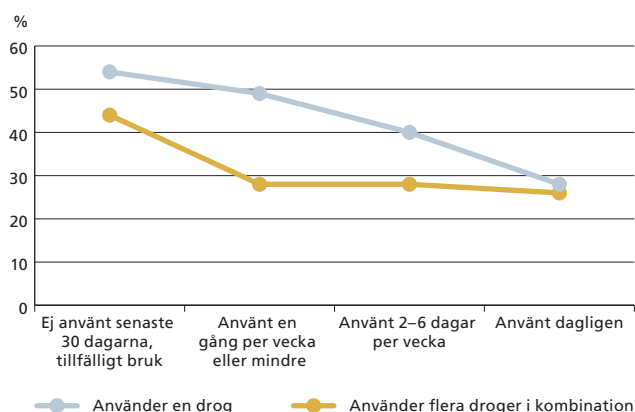
Patienter som bor hos sina föräldrar har i genomsnitt en högre funktionsförmåga än de som har egen bostad. Sämst funktionsförmåga hade bostadslösa patienter.

**Figur 28.** GAF Funktion per primärdrag år 2013.



De patienter som uppvisar sämst funktionsförmåga är de som angett buprenorfin som primärdrag. Patienter med hasch, marijuana, metadon och heroin skattar högre funktionsförmåga än patienter med alkohol som primärdrag.

**Figur 29.** Andel patienter per typ av användning med ett GAF Funktionsvärde större än 60 per användningsfrekvens år 2013.



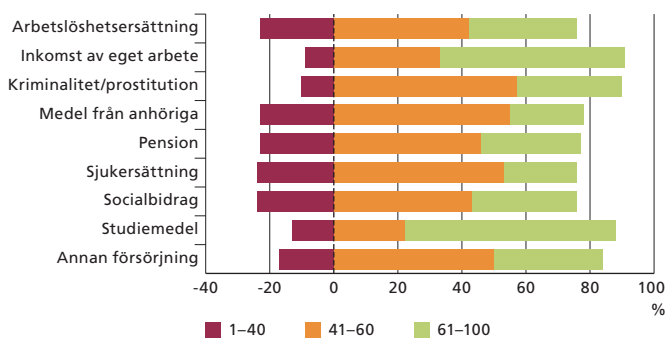
För patienter som endast använder en drog finns ett tydligt samband. Ju mer frekvent patienten brukar sin primära drog, desto färre är det som når upp till ett GAF funktionsvärde högre än 60. Figuren visar också att andelen patienter som använder flera droger som når över 60 i GAF funktionsvärde är betydligt mindre än motsvarande andel bland de som endast brukar en drog.

Resultaten skulle kunna tolkas på så sätt att personer som använder flera droger får försämrade funktionsförmåga redan vid en mindre frekvent användning och förblir på denna nivå även vid ökad användning.

## Symtom

I detta avsnitt beskrivs resultat från delskalan GAF-symtom, behandlarnas skattningar av patienters symtom. Skattningar med höga värden anger mindre allvarliga symtom.

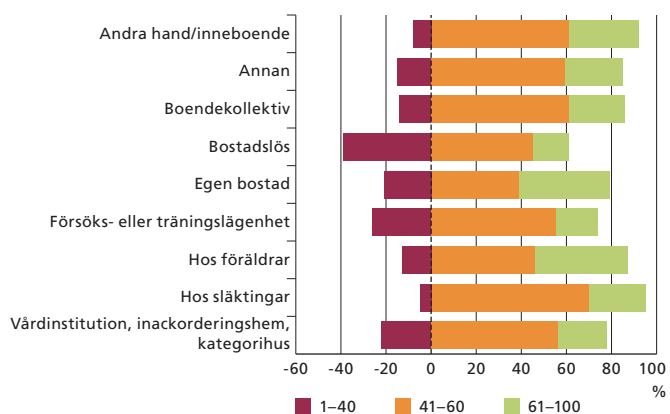
**Figur 30.** GAF Symtom per försörjningstyp år 2013.



Skärningspunkten går vid 40 poäng i GAF för att tydligt visa hur stor andel av patienterna som har så pass låg GAF.

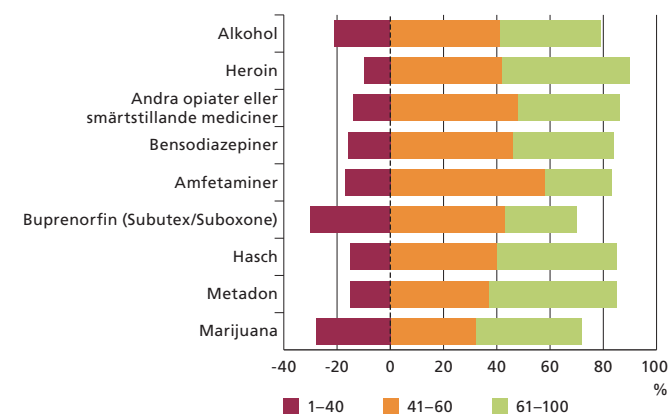
De patientgrupper som arbetar eller studerar har minst allvarliga symtom.

**Figur 31.** GAF Symtom per boendetyper år 2013.



Flest patienter utan allvarliga symtom finns i grupperna som bor hos föräldrar eller har egen bostad. Patienter utan bostad har mest allvarliga symtom.

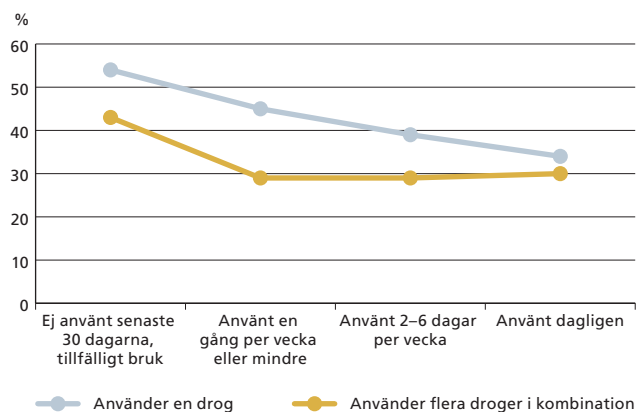
**Figur 32.** GAF Symtom per primärdrog år 2013.



Patientgrupperna som angett heroin och metadon som primärdroger omfattar båda en stor andel patienter (48%) som skattar relativt höga värden i GAF-symtom och alltså uppvisar mindre allvarliga symtom. Den grupp som angett Buprenorfin som primärdrog omfattar däremot störst andel patienter (30%) som uppvisar mer allvarliga symtom.



**Figur 33.** Andel patienter per typ av användning med ett GAF Symtomvärde större än 60 per användningsfrekvens år 2013.



Bland personer som använder flera droger och använder sin primära drog dagligen är det endast tre av tio som har ett GAF-symtomvärde högre än 60. Detta kan jämföras med gruppen som använder en drog och som inte rapporterat någon användning den senaste månaden, där mer än varannan patient har 60 eller mer i GAF-symtomvärde.

## Jämförelse mellan fyra avdelningar för slutenvård

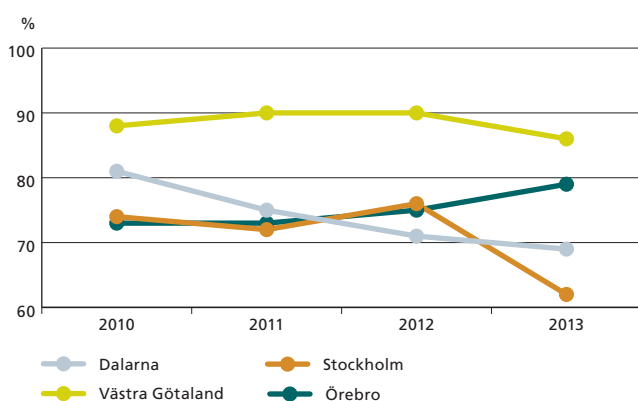
De enheter med flest registreringar i SBR är slutenvårdsavdelningarna i Falun, Göteborg, Stockholm och Örebro varav de flesta anslöt sig till SBR redan 2009 och 2010.

Av alla registreringar som har gjorts i SBR står dessa enheter för strax under 80%.

Då dessa enheter registrerat många patienter under lång tid finns möjlighet att göra mer rättvisande jämförelser dessa enheter emellan. Skillnader mellan enheter kan dock ha många olika orsaker och medan SBR visar upp resultaten är det verksamheterna själva som bäst undersöker och hittar förklaringar till dem. Målet är att jämförelser och arbetet med att förstå skillnader leder till förbättringar på alla involverade enheter.

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

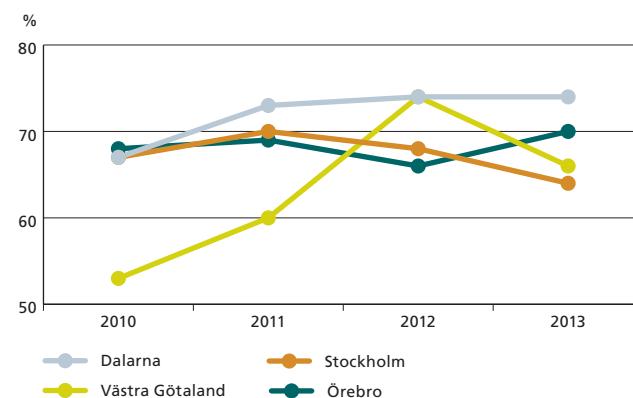
**Figur 34.** Andel patienter med alkohol som primärdrog på slutenvårdsenheter år 2010–2013.



Notera att Y-axeln är bruten och börjar vid 60%.

Stockholm visar en stor förändring i andelen patienter med alkohol som primärdrog mellan 2012 och 2013 då andelen sjunker. I Dalarna finns en mer stabilt nedåtgående trend medan Örebro tvärtom visar en ökad andel patienter med alkohol som primärdrog. I Västra Götaland förändras inte andelen nämnvärt.

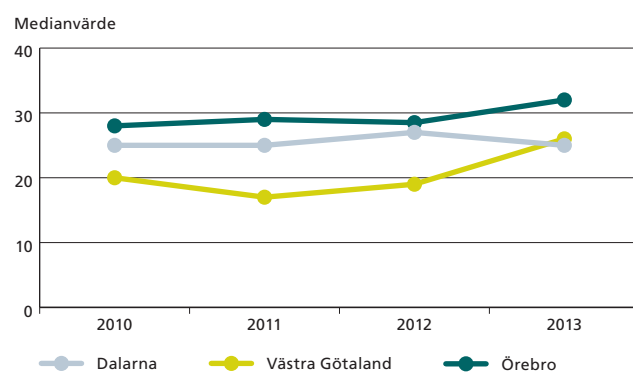
**Figur 35.** Andel patienter med dagligt bruk av primärdrog på slutenvårdsenheter år 2010–2013.



Notera att Y-axeln är bruten och börjar vid 50%.

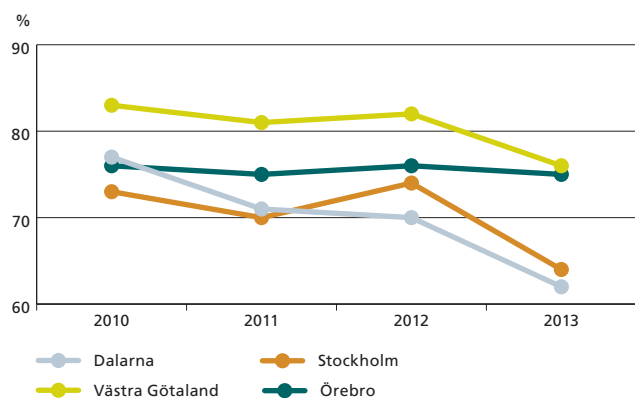
Västra Götaland uppvisar en tydlig förändring i andelen patienter med ett dagligt bruk av sin primärdrog mellan 2010 och 2013.

**Figur 36.** AUDIT median-värde för patienter i slutenvård år 2010–2013.



Medianvärdet för AUDIT-skattningar är någorlunda stabilt över åren men i Göteborg ökar medianvärdet något mer 2013.

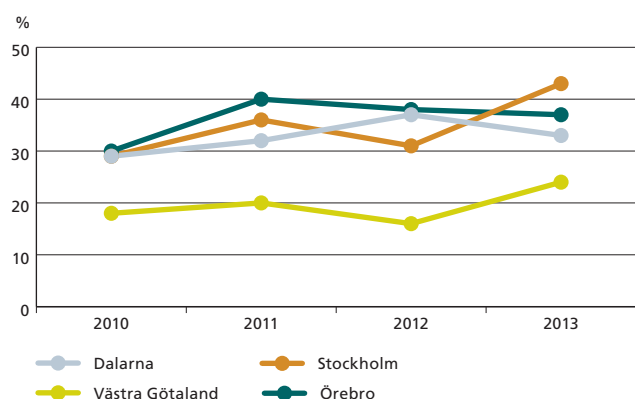
**Figur 37.** Andel patienter inom slutenvård som fått tidigare vård för alkohol år 2010–2013.



Notera att Y-axeln är bruten och börjar vid 60%.

Fler patienter återkom i vård i Västra Götaland än i övriga landsting.

**Figur 38.** Andel patienter inom slutenvård som fått tidigare vård för narkotika år 2010–2013.



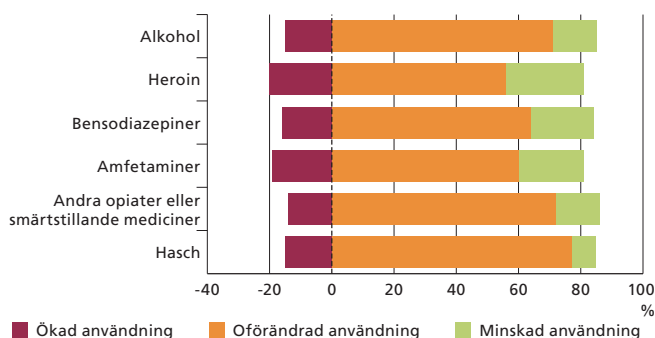
I Stockholm och Västra Götaland ökade andelen patienter som tidigare vårdats för narkotika 2013.

## Förändring

Inom slutenvården finns ett antal patienter som återkom flera gånger under 2009–2013 och därmed nyregistrerats vid upprepade tillfällen. Figur 39–42 visar förändring hos dessa patienter mellan de registrerade inläggningarna. De återkommande besöken gör att denna grupp patienter kan antas ha betydande problem till följd av sin beroendesjukdom. Hänsyn är inte tagen till grad av förändring – en liten förändring ger i dessa diagram samma utslag som en stor förändring. Figurerna beskriver andelen patienter vars resultat ökat, minskat eller inte förändrats.

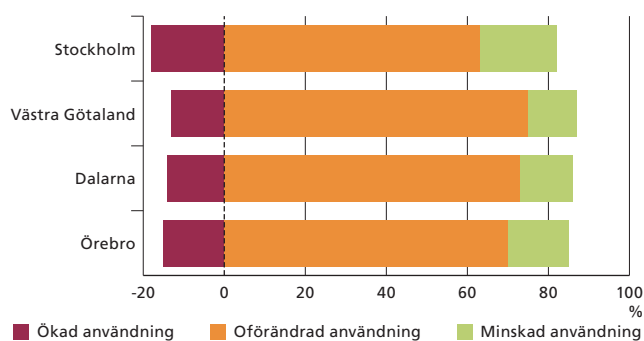
Figur 39–42 baseras på 2–3 besök per patient under åren 2009–2013. I Stockholm är dessa beräkningar gjorda på 464 patienter, i Göteborg på 413 patienter, i Örebro på 195 patienter och i Dalarna på 288 patienter.

**Figur 39.** Förändring för slutenvårdade patienter i användning av primärdrog sedan senaste besök per primärdrog år 2009–2013.



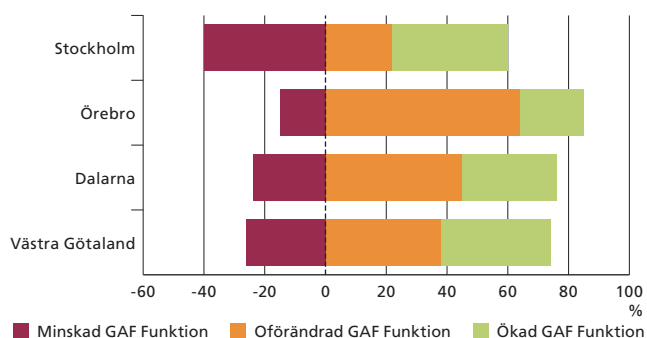
Patienter med hasch som primärdrog minskade sin användning i minst grad, 77% av gruppen förändrade inte sin användning alls. Störst förändring skedde bland patienter med heroin som primärdrog där 20% av patienterna ökade sin användning över tid medan 25% minskade sin användning.

**Figur 40.** Förändring för slutenvårdade patienter i användning av primärdrog sedan senaste besök per län år 2009–2013.



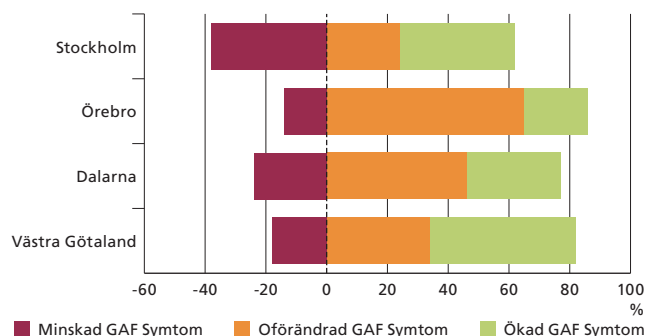
I en jämförelse mellan länen visar Stockholms patienter störst förändring i användning av primärdrog vad gäller både minskad och ökad användning med 19 respektive 18%.

**Figur 41.** Förändring för slutenvårdade patienter i GAF Funktion sedan senaste besök per län år 2009–2013.



Patienter i Stockholm står även för störst förändring i funktionsförmåga mätt genom GAF-funktion då 40% minskade sin funktionsförmåga och 38% ökade den.

**Figur 42.** Förändring för slutenvårdade patienter i GAF Symtom sedan senaste besök per län år 2009–2013.



Västra Götaland utmärker sig genom att hela 48% av de patienter som registrerats på kliniken flera gånger under fyra år har förbättrats med avseende på GAF-symtom. Stockholm uppvisar ett liknande mönster i mätningarna av GAF-symtom som av GAF-funktion, 38% ökar och 38% minskar sina symtom. I Örebro ligger 65% kvar på samma nivå och 14% har försämrats.

# Registerorganisation 2013

## Centralt personuppgiftsansvarig myndighet

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO).

## Registerhållare

Registerhållare under januari till april var Sven-Erik Alborn, Kristina Berglund och Moa Isacson. I maj tog Johan Franck över som registerhållare och Moa Isacson blev biträdande registerhållare med Anna Thurang som vikarie under tjänstledighet.

## Styrgruppsmedlemmar

Hans Adler

Sven-Eric Alborn

Kristina Berglund

Johan Franck

Leif Grönblad

Gunnel Ihrstedt

Moa Isacson

Per Söderberg

Peter Valverius

## “Ambassadörer”

Under 2013 tillsattes tre registerambassadörer, Mikael Eklöf, Charlotte Ekstrand och Georg Fischer, för att stödja SBR i att nå ut till fler enheter samt ge stöd och hjälp till redan anslutna enheter.

## Framtid i SBR

### Prioriterade förbättringsområden

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

#### **Under 2014 fokuserar SBR på att:**

- Öka registrets täckningsgrad.
- Öka användningen av registerdata i förbättringsarbete.
- Vidareutveckla frågeuppsättningen med ett tydligare fokus på interventioner.
- Öka samarbetet med brukarrepresentanter.
- Vidareutveckla kvalitetsindikatorer.

### Sammanslagning SBR och LAROS

Svenskt Beroenderegister (SBR) och registret för Läke-  
medelsassisterad Rehabilitering av Opiatberoende (LAROS)  
är två separata register som båda startade 2009. Registren  
har sedan starten haft ett visst samarbete och står nu  
inför en sammanslagning.

Styrgrupperna för LAROS och SBR utsåg i januari 2014  
en arbetsgrupp med ansvar för sammanslagningen.

Det nya gemensamma registret startar i januari 2015  
under namnet Svenskt Beroenderegister med Stockholms  
läns sjukvårdsområde som centralt personuppgiftsansvarig  
myndighet (CPUA).

De registrerande enheterna fortsätter efter samman-  
slagningen att registrera i INCA alternativt direkt  
i journalsystemet på samma sätt som tidigare.



Registercentrum Västra Götaland  
413 45 Göteborg

### **Registercentrum Västra Götaland**

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

[www.registercentrum.se](http://www.registercentrum.se)