

# Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Indikatorer med lägesbild 2017  
Bilaga



# Innehåll

Innehåll .....	3
Lägesbild .....	4
Datakällor som används .....	4
Data saknas i stor utsträckning .....	5
Indikatorer i riktlinjen.....	6
Förteckning över indikatorerna.....	7
Indikatorer för vård och stöd vid missbruk och beroende .....	9
Bedömningsinstrument .....	9
Läkemedelsbehandling .....	22
Psykologisk och psykosocial behandling, vuxna.....	34
Psykologisk och psykosocial behandling, ungdomar .....	51
Psykosociala stödinsatser .....	60
Övergripande indikatorer .....	68

# Lägesbild

I denna lägesbild redovisar Socialstyrelsen en uppföljning av de indikatorer som utvecklades i samband med *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende från 2015*. Syftet med riktlinjerna är att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom missbruks- och beroendevården. Utgångspunkten för indikatorerna är centrala rekommendationer i riktlinjen från 2015. I lägesbilden redovisas också vissa resultatmått som dödlighet och återinskrivningar och patienters egen uppfattning om beroendevården.

Ett av syftena med lägesbilden är att utgöra underlag för förbättrings- och utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvård och socialtjänst genom att:

1. Ge ett första utgångsläge för implementering och diskussion av riktlinjens rekommendation på regional och lokal nivå.
2. Stimulera till egenuppföljning och vid behov utveckling av datakällor inför kommande utvärdering av följsamheten till nationella riktlinjer.

## Datakällor som används

Ett annat viktigt syfte med lägesbilden är att testa de indikatorbeskrivningar som utvecklades i samband med riktlinjearbetet och i vilken mån föreslagna datakällor går att använda. I lägesbilden redovisas indikatorer baserade på data som i dagsläget finns i befintliga källor på nationell nivå<sup>1</sup>. De dataunderlag som använts i lägesbilden är:

- Socialstyrelsens patientregister, läkemedelsregister och dödorsaksregister.
- Svenskt Beroenderegister (SBR).
- Öppna jämförelser 2016, missbruks- och beroendevården.
- Nationell Patientenkät för LARO-mottagningar inom region Skåne.

Rapporteringen till Svenskt Beroenderegister (SBR) ökar alltjämt. Anslutna enheter ökade från 129 till 181 under åren 2014–2015. I samband med publicering av riktlinjen för missbruk och beroende började Svenskt Beroenderegister samla in data över viktiga rekommendationer i riktlinjen för vård och stöd vid missbruk och beroende. Uppgifter från registret redovisas i lägesbilden, trots att täckningsgraden i registret fortfarande är låg. Bland vårdade enligt patientregistret med missbruks- eller beroendediagnos i specialiserad beroendevård år 2015 återfanns en fjärdedel av dessa personer i SBR samma år. Uppgifter som baseras på SBR måste därför tolkas med försiktighet. Resultaten ger en bild av hur det ser ut i rapporterade verksamheter, men det är tveksamt om resultaten kan användas för att dra slutsatser

---

<sup>1</sup>Ett undantag är uppgifter över patientens upplevelser av vården som baseras på regionala data från Skåne inom ramen för Nationell Patientenkät. Då de nationella data som samlas in via Nationell Patientenkät inte ger möjlighet att redovisa resultat specifikt för missbruks- och beroendevården, får regionala data tjäna som exempel på hur det kan se ut.

om vården i sin helhet. Landstinget Stockholm har haft problem med direktöverföring av data till SBR åren 2015–2016. Vissa indikatorer redovisas inte för Stockholm då åtgärder i vården inte rapporterats in till registret. Det innebär att en mycket hög andel av vårdade personer saknas i redovisningen, då Stockholms patienter utgör en stor andel av det underlag som rapporteras till registret. I redovisningarna krävs generellt att minst 30 personer ska finnas i nämnaren för att resultat ska redovisas, så vissa landsting saknas i delar av redovisningen.

Socialstyrelsen samlar årligen in och publicerar öppna jämförelser inom socialtjänstens missbruks- och beroendevård. I lägesbilden redovisas resultat från dessa öppna jämförelser över uppföljningar av viktiga rekommendationer i riktlinjen. Data som redovisas för år 2016 bygger på svaren i en webbenkät till verksamheterna inom socialtjänsten och redovisas på läns- och riksnivå och för kommungrupper efter storlek. För resultat när det gäller specifika kommuner se

<http://www.socialstyrelsen.se/oppnajamforelser/missbrukochberoende>.

Patienters egna upplevelser av och förväntningar på missbruks- och beroendevården redovisas med hjälp av regionala data från LARO-mottagningar i region Skåne. Dessa uppgifter inhämtades via väntrumsenkäter inom ramen för Nationell Patientenkät. Hela regionens svarsfrekvens var 54 procent.

Lägesbilden redovisar för de flesta indikatorer dels trenddata för riket samt uppgifter för varje landsting.

## Data saknas i stor utsträckning

Stora delar av vård och omsorg för personer med missbruk och beroende är idag inte möjliga att belysa med nationella data.

Socialstyrelsen har tidigare haft lagstöd för att behandla uppgifter om den slutna vården samt läkarinsatser inom den specialiserad öppenvård och primärvård. Utöver detta kan data hämtas även från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och läkemedelregister. För lägesbildens del innebär det exempelvis att uppföljningar i det nationella patientregistret av psykologiska och psykosociala behandlingar inte är möjliga då åtgärder och behandlingar ofta utförs av andra yrkesgrupper än läkare i den öppna vården. Information om individens besök i primärvården, liksom individdata om socialtjänstens insatser på frivillig basis är andra viktiga områden där datakällor idag saknas. Möjligheterna kommer dock att förbättras i och med att Socialstyrelsen under 2017 har fått lagstöd att i det nationella patientregistret rapportera alla yrkesgruppers insatser inom den specialiserade psykiatrin.

De indikatorer som idag inte är möjliga att mäta beroende på brister i datakällor benämns som utvecklingsindikatorer inom ramen för riktlinjearbetet. Med det menas att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att det ska vara möjligt att följa upp dem på nationell nivå. För dessa indikatorer saknas resultat i denna lägesbild. Det är viktigt att påpeka att många utvecklingsindikatorer redan idag kan följas upp på lokal eller regional nivå.

## Indikatorer i riktlinjen

Indikatorer finns framtagna inom följande områden:

- bedömningsinstrument
- läkemedelsbehandling
- psykologisk och psykosocial behandling, vuxna
- psykologisk och psykosocial behandling, ungdomar
- psykosociala stödinsatser
- övergripande indikatorer.

# Förteckning över indikatorerna

## *Bedömningsinstrument*

Nummer	Namn
Indikator 1	AUDIT och DUDIT bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, specialiserad vård
Indikator 2	Standardiserade bedömningsmetoder, exempelvis ASI inom socialtjänsten
Indikator 3	ADDIS, SCID I eller MINI bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, specialiserad vård

## *Läkemedelsbehandling*

Nummer	Namn
Indikator 4	Disulfiram, akamprosot eller naltrexon vid beroende av alkohol, specialiserad vård
Indikator 5	Bensodiazepiner eller klometiazol vid alkoholabstinens och svår alkoholabstinens, slutna vård
Indikator 6	Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, specialiserad vård

## *Psykologisk och psykosocial behandling, vuxna*

Nummer	Namn
Indikator 7.1	MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi vid alkoholberoende, specialiserad vård
Indikator 7.2	MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT vid alkoholmissbruk i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet för vuxna
Indikator 8*	KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET vid missbruk eller beroende av cannabis, specialiserad vård
Indikator 9	KBT, återfallsprevention eller CRA inom ramen för läkemedelsassisterad behandling vid missbruk eller beroende av opiater, specialiserad vård
Indikator 10*	Tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, CRA med tillägg av förstärkningsmetod, KBT eller återfallsprevention vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat, specialiserad vård
Indikator 11*	Nedtrappning av bensodiazepin samt nedtrappning med tillägg av KBT vid långvarigt bruk av bensodiazepiner, specialiserad vård

## *Psykologisk och psykosocial behandling, ungdomar*

Nummer	Namn
Indikator 12.1*	Kort intervention eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC vid alkohol- eller narkotikaproblem hos ungdomar, specialiserad vård
Indikator 12.2*	Kort intervention eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC bland de som fått insatser i den sociala barn- och ungdomsvården
Indikator 12.3*	Kort intervention eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC i den sociala barn- och ungdomsvården
Indikator 13.1*	Familjebehandling med FFT eller MDFT vid alkohol- eller narkotikaproblem bland ungdomar, specialiserad vård
Indikator 13.2*	Familjebehandling med FFT eller MDFT bland de som fått insatser i den sociala barn- och ungdomsvården
Indikator 13.3*	Familjebehandling med FFT eller MDFT i den sociala barn- och ungdomsvården

## Psykosociala stödinsatser

Nummer	Namn
Indikator 14	Psykosocialt stöd till anhöriga i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet
Indikator 15	Boendeinsatser till hemlösa personer i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet
Indikator 16	Multiprofessionella team i vård och stöd vid missbruk eller beroende av alkohol och narkotika

## Övergripande indikatorer

Nummer	Namn
Indikator 17	Dödlighet bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos
Indikator 18	Återinskrivning i slutna vård inom 12 månader bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos
Indikator 19	Självord eller självmordsförsök bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos
Indikator 20	Positiva upplevelser och förväntningar på vården vid LARO-mottagningar
Indikator 21	Brukarinflytande på individuell nivå i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet
Indikator 22*	Minskat antal dagar med substansbruk vid första uppföljning
Indikator 23	Rapportering till Svenskt Beroenderegister

\*Utvecklingsindikator



# Indikatorer för vård och stöd vid missbruk och beroende

## Bedömningsinstrument

### 1. AUDIT och DUDIT bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, i specialiserad vård

<b>Mått</b>	Andel personer med alkohol respektive narkotikadiagnos som i den specialiserade vården genomgått screening för alkohol- och narkotikaproblem med AUDIT respektive DUDIT, procent.
<b>Syfte</b>	<p>AUDIT (alcohol use disorders identification test) är ett självskattningstest för att bedöma om problem med alkohol förekommer. DUDIT (drug use disorders identification test) är utvecklat för att bedöma om problem med narkotika (inklusive beroendeframkallande medel) förekommer. Instrument som kan användas för att identifiera problem (screeninginstrument) kan också användas för att återkoppla resultatet till klienten eller patienten. Det svarar mot kravet att informera klienterna och patienterna och kan i sig skapa motivation till förändring.</p> <p>Enligt Socialstyrelsen bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda AUDIT och DUDIT för att identifiera alkohol- och narkotikaproblem. Avgörande för rekommendationerna är att instrumenten fungerar väl för att identifiera alkohol- och narkotikaproblem, är enkla att använda, och kan användas både som intervju- och skattningsformulär. AUDIT har fått högsta prioritet (prioritet 1) i nationella riktlinjer (rad A01 i tillstånds- och åtgärdslistan). DUDIT har fått en något lägre prioritering på grund av att instrumentet bedöms på vissa validitetsproblem (prioritet 3, rad A02 i tillstånds- och åtgärdslistan).</p>
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:</i></p> <p><b>Datakälla utgörs av Svenskt Beroenderegister (SBR):</b></p> <p><i>Täljare 1:</i> Antal personer enligt nämnaren som genomgått screening med AUDIT.</p> <p><i>Nämnare 1:</i> Antal personer 18 år eller äldre med alkoholdiagnos (F10), som nyregistrerats i öppen vård eller registrerats i slutna vård under mätperioden.</p> <p><i>Täljare 2:</i> Antal personer enligt nämnaren som genomgått screening med DUDIT.</p> <p><i>Nämnare 2:</i> Antal personer 18 år eller äldre med narkotikadiagnos (F11–F16, F18–F19), som nyregistrerats i öppen vård eller registrerats i slutna vård under mätperioden.</p> <p><b>Datakälla utgörs av patientregistret:</b></p> <p><i>Täljare:</i> Antal personer enligt nämnaren som genomgått strukturerad bedömning av alkohol- och drogvänor (t.ex. AUDIT, DUDIT) vid vårdtillfället, 6 månader innan eller 6 månader efter inskrivningsdatum eller datum för vård.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal personer 18 år eller äldre som vårdats för första gången i den specialiserade vården (öppen eller slutna) med alkohol- eller narkotikadiagnos.</p> <p>Diagnosuppgiften kommer antingen från ett vårdtillfälle i slutna vård</p>

eller i öppen specialiserad vård vid beroendeenhet eller inom övrig psykiatri (medicinskt vårdområde=901, 928, 943-945, 953, 954, 957). Med förstagångsvård avses att personen inte vårdats i specialiserad vård med alkohol- eller narkotikadiagnos under 5 år (1825 dagar) innan vårdtillfällets inskrivningsdatum. Uppgifter inhämtas om personen fått åtgärden vid detta första vårdtillfälle eller någon gång under 6 månader innan eller efter (oavsett diagnos vid det vårdtillfället) (följare).

Med alkohol- eller narkotikadiagnos avses:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol	F10
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater	F11
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis	F12
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa eller hypnotika	F13
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av kokain	F14
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein	F15
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av hallucinogener	F16
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel	F18
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psyko-aktiva substanser	F19

Åtgärdskod (KVÅ)	Beskrivning
AU119	Strukturerad bedömning av alkohol- och drogvanor – med användning av för ändamålet avsett standardiserat instrument genomförd bedömning av patientens alkohol- och drogvanor. Exempel på instrument är AUDIT och DUDIT.

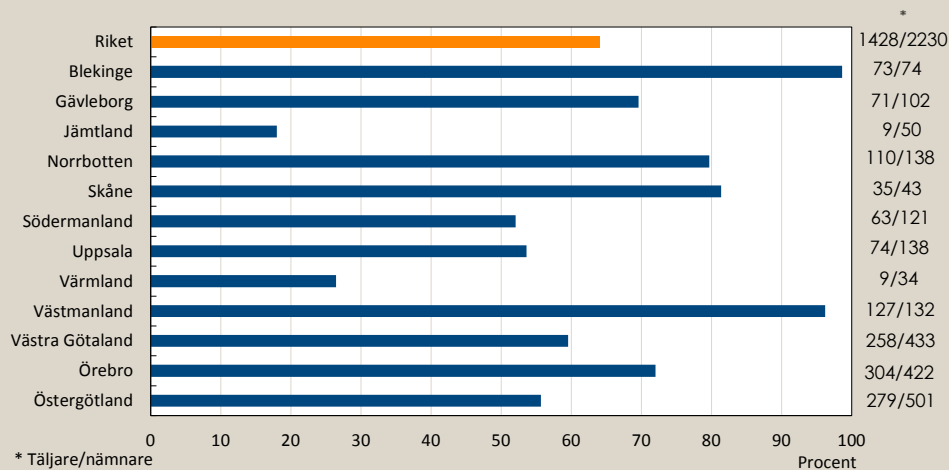
Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman. Antalsuppgifterna från landstingen rapporteras för vardera kön och om så bedöms lämpligt även efter åldersgrupper för att ge möjlighet till stratifierade redovisningar liksom till åldersstandardisering.

<b>Datakällor</b>	Svenskt Beroenderegister (SBR) eller patientregistret vid Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Låg täcknings grad i Svenskt Beroenderegister (SBR). Enbart uppgifter från läkarbesök rapporterades under den studerade tidsperioden till det nationella patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. AUDIT och DUDIT utförs även av andra yrkesgrupper än läkare. Åtgärds-koden AU119 skiljer inte mellan olika strukturerade bedömningsinstrument och kan även omfatta andra instrument än AUDIT och DUDIT. En del personer med missbruksproblematik har sin första kontakt med primärvården där bedömningen görs. Dessa uppgifter är inte tillgängliga eftersom primärvårdens verksamhet inte registreras nationellt.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, enhet.
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder.
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.

## Resultat baserade på Svenskt Beroenderegister

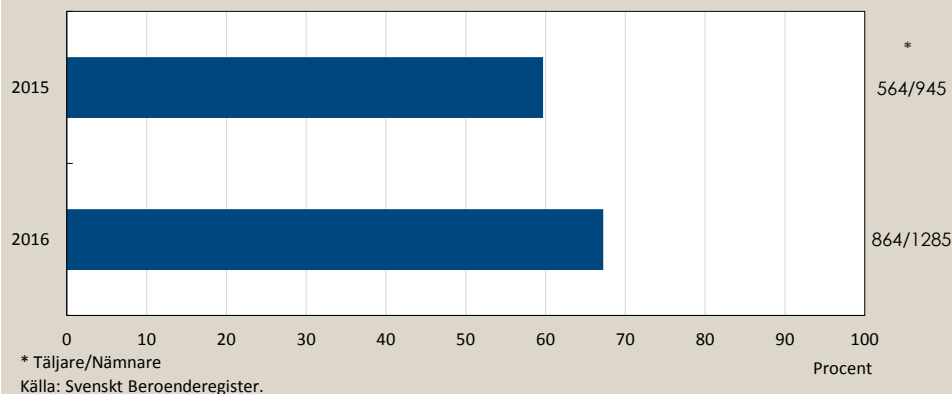
### Diagram 1A. AUDIT bland vårdade med alkoholdiagnos

Andel bland nyregistreringar i öppen eller sluten vård, 18 år eller äldre, juni 2015-2016.



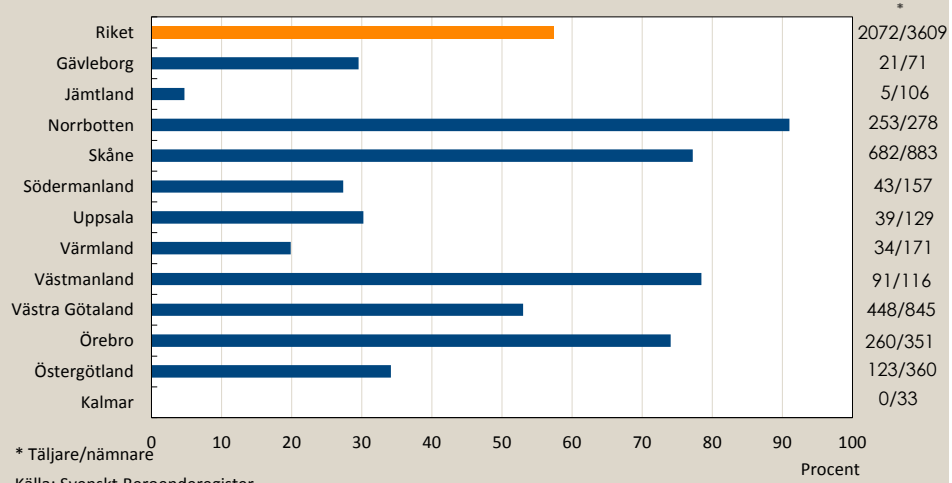
### Diagram 1B. AUDIT bland vårdade med alkoholdiagnos

Andel bland nyregistreringar i öppen eller sluten vård, 18 år eller äldre i riket.



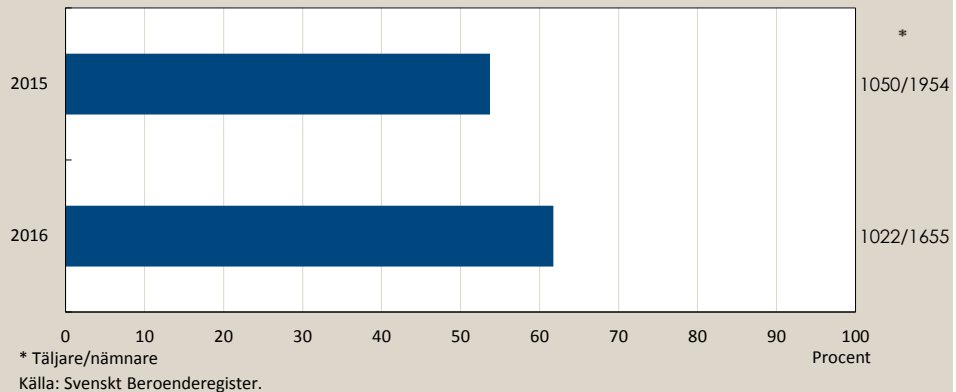
### Diagram 1C. DUDIT bland vårdade med narkotikadiagnos

Andel bland nyregistreringar i öppen eller slutenvård, 18 år eller äldre, 2015-2016.



### Diagram 1D. DUDIT bland vårdade med narkotikadiagnos

Andel bland nyregistreringar i öppen eller slutenvård, 18 år eller äldre i riket



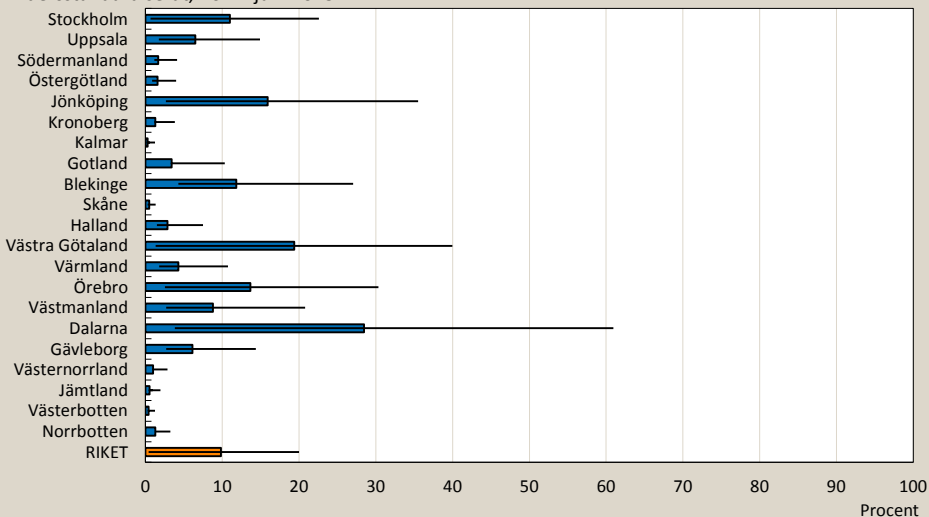
Data från SBR avser juni 2015 till och med år 2016 samt registreringar, inte patienter, vilket innebär att indikatorbeskrivningen ovan inte helt överensstämmer helt med de data som hämtats från registret. Landstinget Stockholm har haft problem med direktöverföring av data till SBR och ingår inte i redovisningen.

## Resultat baserade på patientregistret

### Diagram 1F. Strukturerad bedömning av alkohol- och drogvänor med standardiserat instrument, såsom AUDIT och DUDIT vid läkarbesök i specialiserad vård

Andel nydiagnostiserade personer vårdade med alkohol- eller narkotikadiagnos som i den specialiserade vården genomgått screening för alkohol- och narkotikaproblem. Patienter 18 år eller äldre.

Åldersstandardiserat, 2014- juni 2015.

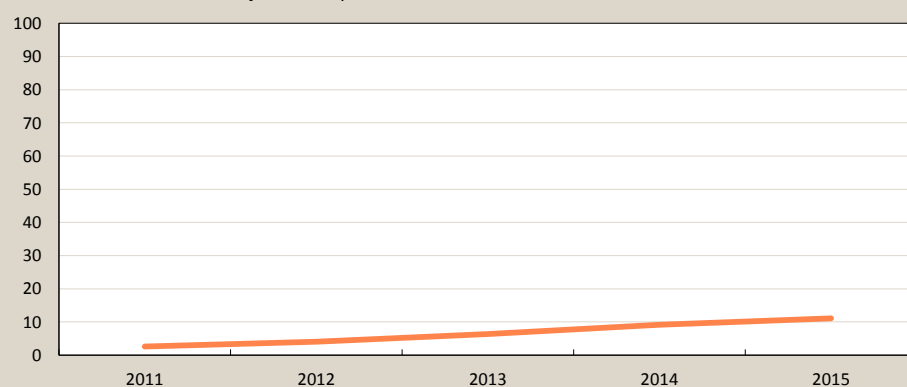


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

### Diagram 1G. Strukturerad bedömning av alkohol- och drogvänor med standardiserat instrument, såsom AUDIT och DUDIT vid läkarbesök i specialiserad vård

Andel nydiagnostiserade personer vårdade med alkohol- eller narkotikadiagnos som i den specialiserade vården genomgått screening för alkohol- och narkotikaproblem. Patienter 18 år eller äldre i riket.

Åldersstandardiserat, 2011-juni 2015, procent.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I diagrammet redovisas uppgifter från både öppen och sluten vård. För den öppna vården finns information enbart om enbart läkarbesök. AUDIT och DUDIT utförs även av andra yrkesgrupper, vilket innebär att resultaten underskattar det totala användandet. Åtgärds-koden avser strukturerad bedömning med för ändamålet standardiserat instrument, av vilka AUDIT och DUDIT utgör en del.

För att få kunskap om AUDIT och DUDIT i primärvården måste uppgifter samlas in via enkät då nationell datakälla saknas över primärvårdens insatser.

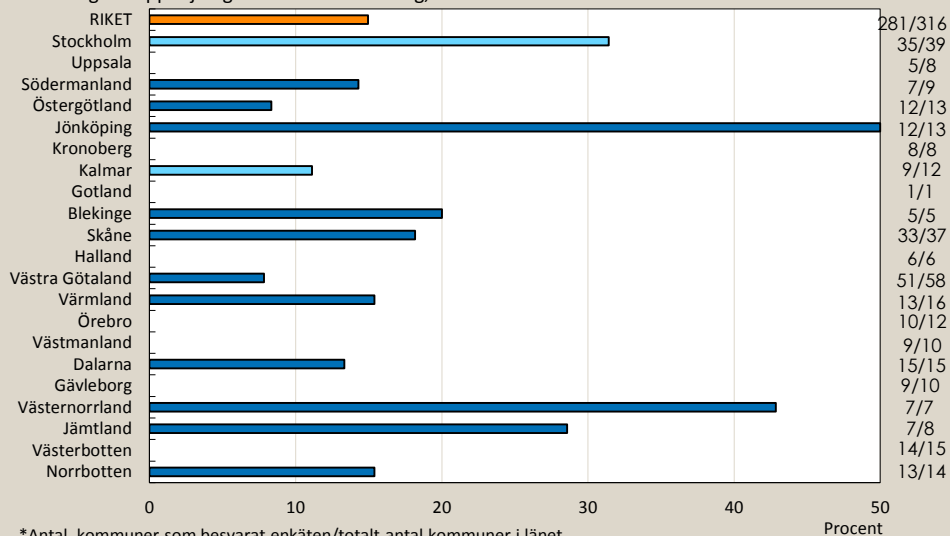
Information från de få landsting som upprättat register över primärvårdens arbete kan prövas.

## 2. Standardiserade bedömningsmetoder, exempelvis ASI inom socialtjänsten

<b>Mått</b>	Andel kommuner, stadsdelar/stadsområden som uppger att de använder standardiserade bedömningsmetoder som underlag vid uppföljning av insatser, exempelvis ASI i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet för vuxna vid alkohol- och narkotikaproblem.
<b>Syfte</b>	Att använda standardiserade bedömningsmetoder (t.ex. ASI) som en del av utredningen är ett sätt att säkerställa att den enskildes samtliga behov framkommer. Kvalitetssäkrade och standardiserade metoder innebär också att bedömningen blir likartad oberoende av var personen söker hjälp. Systematiska bedömningsmetoder utgör en grund till att de enskilda får rätt insatser och är därmed en lämplig utgångspunkt i det systematiska uppföljningsarbetet. ASI som bedömningsmetod har fått högsta prioritet (prioritet 1) i nationella riktlinjer (rad A19–A20 i tillstånds- och åtgärdslistan).
<b>Riktning</b>	Hög andel ja-svar eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><b>Indikatorn bygger på följande enkätfråga:</b> Har ni under studerad period använt någon standardiserad bedömningsmetod vid uppföljning av enskilda ärenden? <b>Svarsalternativ:</b> Ja, för alla/Ja, men inte för vissa/Nej <b>Definitioner:</b> Med <b>standardiserade bedömningsmetoder</b> avses här ett formulär med i förväg fastställda frågor och svarsalternativ och en manual som beskriver hur det ska användas. Frågorna bygger på forskning och beprövad erfarenhet. Bedömningsmetoden används för att bedöma en situation, funktion eller behov och är vetenskapligt prövad, exempelvis ASI (Addiction Severity Index). Kommuner eller stadsdelar/stadsområden som besvarat frågan med "Ja, för alla" betraktas som att de uppfyllt kriterierna för att använda standardiserade bedömningsmetoder. För länen och riket redovisas andelen svarande kommuner eller stadsdelar som uppnått målvärdet.</p>
<b>Datakällor</b>	Enkät till kommunens eller stadsdelens/stadsområdets ansvariga chef för missbruks- och beroendeverksamheten inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser 2016, missbruks- och beroendevården.
<b>Felkällor</b>	Strukturmåttet visar inte hur stor andel av de personer som borde ha insatsen som fått den. Frågan skiljer inte mellan olika strukturerade bedömningsmetoder och kan även omfatta annat än ASI. Möjliga problem med att få data från kommuner och stadsdelar. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå, bl.a. beroende på hur respondenten tolkat frågan.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, län, kommuner/stadsdelar/stadsområden.
<b>Redovisningsgrupper</b>	
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.

### Diagram 2A. Standardiserade bedömningsmetoder

Andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som använder standardiserade bedömningsmetoder som underlag vid uppföljning av insatser. Landsting, 2016. \*Svarsfrekvens

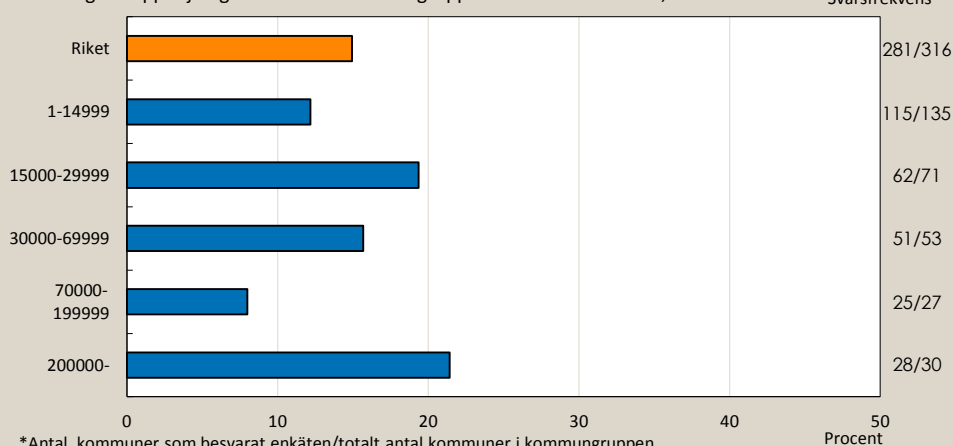


\*Antal kommuner som besvarat enkäten/totalt antal kommuner i länet.

Källa: Öppna jämförelser 2016. Missbruks- och beroendevården.

### Diagram 2B. Standardiserade bedömningsmetoder

Andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som använder standardiserade bedömningsmetoder som underlag vid uppföljning av insatser. Kommungrupper efter antal invånare, 2016. \*Svarsfrekvens



\*Antal kommuner som besvarat enkäten/totalt antal kommuner i kommungruppen.

Källa: Öppna jämförelser 2016. Missbruks- och beroendevården.

Mätningen avser perioden 1 november 2015 – 31 januari 2016, 89 procent av kommuner eller stadsdelar besvarade enkäten. Uppgiften om svarsfrekvens i diagrammet visar hur många kommuner av de som ingår i mätningen som besvarat enkäten.

Insamling av nationella data på individnivå saknas när det gäller socialtjänstens insatser på frivillig basis för personer med missbruksproblem. För att få mer kunskap om hur stor andel av personer med missbruk eller beroende som får rekommenderade insatser i socialtjänsten kan en metod prövas som innebär att frågor ställs till ansvariga för missbruksberoendeverksamheten om:



*Täljare:* Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår fått en standardiserad bedömning med ASI, och/eller där ASI använts som underlag vid uppföljning av insatser, bland de som fått insatser enligt SoL eller LVM på grund av missbruk av alkohol eller narkotika.

*Nämnare:* Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår fått beslut om insatser enligt SoL eller LVM på grund av missbruk av alkohol eller narkotika.

Uppgifterna kan avse frivilliga, individuellt behovsprövade insatser, såväl öppna insatser som heldygnsvård, samt tvångsvård.

### 3. ADDIS, SCID I eller MINI bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, specialiserad vård

<b>Mått</b>	Andel personer med alkohol- eller narkotikadiagnos för vilka ADDIS, SCID I eller MINI använts som underlag för diagnostik i den specialiserade vården, procent.
<b>Syfte</b>	När alkohol- eller narkotikaproblem identifierats kan det finnas anledning att gå vidare och ställa diagnos. En korrekt diagnos bidrar till möjligheten att välja rätt behandling. Det finns ett antal instrument med strukturerade frågor som kan användas som hjälpmedel. ADDIS (alkohol- och drogdiagnos-instrument) är en strukturerad intervju som kan ge underlag för att diagnostisera skadligt bruk och beroende av alkohol och andra droger enligt ICD-10 och missbruk och beroende enligt DSM-IV. SCID I (structured clinical interview for DSM-IV-Axis I disorders) är en semistrukturerad intervju som används som underlag för att diagnostisera personer med psykiska symtom, inklusive missbruk och beroende. SCID I används i första hand inom specialiserad psykiatri och bedövande vård. MINI (mini international neuropsychiatric interview) är en kortfattad diagnostisk intervju som följer kriterierna för de vanligaste psykiatriska tillstånden inklusive missbruk eller beroende i DSM-IV och som kan översättas till ICD-10. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda ADDIS, SCID I eller MINI som underlag för att diagnostisera skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol och narkotika. Avgörande för rekommendationen är att instrumenten funderar väl som underlag för att ställa diagnos. Rekommendationen har fått prioritet 3 i nationella riktlinjer (rad A13, A08 respektive rad A07 i tillstånds- och åtgärdslistan).
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:</i>

#### Datakälla utgörs av patientregistret:

*Täljare 1:* Antal personer enligt nämnaren som diagnostiserats med hjälp av vedertaget standardiserat diagnostiskt instrument (exempel som anges är bl.a. SCID och MINI) vid vårdtillfället eller 6 månader innan eller 6 månader efter inskrivningsdatum.

*Nämnare 1:* Totalt antal personer 18 år eller äldre som vårdats för första gången i den specialiserade vården med alkohol- eller narkotikadiagnos.

Diagnosuppgiften kommer antingen från ett vårdtillfälle i slutna vård eller i öppen specialiserad vård vid beroendeenhet eller inom övrig psykiatri (medicinskt vårdområde=901, 928, 943-945, 953, 954, 957). Med förstagångsvård avses att personen inte vårdats i specialiserad vård med alkohol- eller narkotikadiagnos under 5 år (1825 dagar) innan vårdtillfällets inskrivningsdatum. Uppgifter inhämtas om personen fått åtgärden vid detta första vårdtillfälle eller någon gång under 6 månader innan eller efter (oavsett diagnos vid det vårdtillfället) (täljare).

Med alkohol- eller narkotikadiagnos avses:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol	F10
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater	F11
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis	F12

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa eller hypnotika	F13
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av kokain	F14
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein	F15
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av hallucinogener	F16
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel	F18
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser	F19

Åtgärdskod (KVÅ)	Beskrivning
AU006	Fastställande av psykiatriska syndromdiagnoser med hjälp av vedertaget standardiserat diagnostiskt instrument. Undersökningen syftar till att fastställa diagnoser enligt ICD eller DSM. Exempel på instrument är SCID, MINI och Kiddie-SADS

Åldersstandardiserade värden.

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman.

#### Datakälla utgörs av Svenskt Beroenderegister (SBR):

*Täjlare 2* Antal personer enligt nämnaren för vilka ADDIS eller SCID eller M.I.N.I. har använts som diagnostiskt instrument.

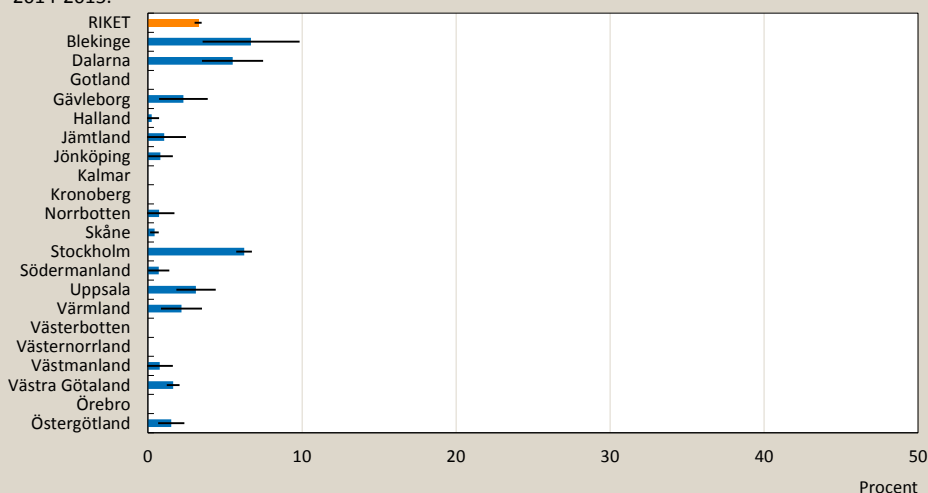
*Nämnare 2:* Totalt antal personer 18 år eller äldre med alkohol- eller narkotikadiagnos (F10-F19) som nyregistrerats i öppen vård eller registrerats i slutna vård under mätperioden.

<b>Datakällor</b>	Patientregistret vid Socialstyrelsen eller Svenskt Beroenderegister (SBR).
<b>Felkällor</b>	En del personer med missbruksproblematik har sin första kontakt med primärvården och kan få sin diagnos där. Dessa uppgifter är inte tillgängliga eftersom primärvårdens verksamhet inte registreras nationellt. Åtgärds-koden AU006 skiljer inte mellan olika diagnostiska instrument, och kan omfatta fler än de som anges, ex. ADDIS. Kodningen av åtgärder kan vara bristfällig. Enbart uppgifter från läkarbesök rapporteras under den studerade tidsperioden till patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Om arbete med instrumenten utförs av andra yrkesgrupper inom vården underskattas användningen. Låg täckningsgrad i Svenskt Beroenderegister (SBR).
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, enhet, utbildningsnivå, födelse-land.
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder.
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.

## Resultat baserade på patientregistret

### Diagram 3A. Undersökning med standardiserat diagnostiskt instrument såsom SCID, MINI och Kiddie-SADS vid läkarbesök i specialiserad vård

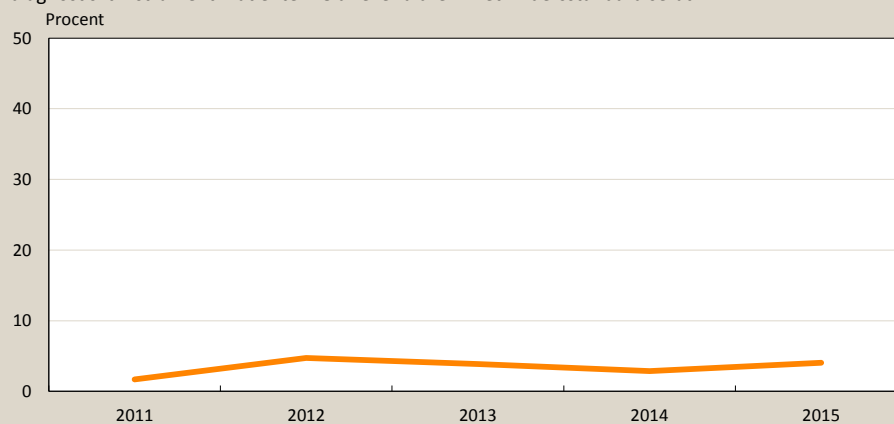
Andel nydiagnosticerade personer med alkohol- eller narkotikadiagnos i den specialiserade vården, för vilka använts standardiserat diagnostiskt instrument. Patienter 18 år och äldre. Åldersstandardiserat, 2014-2015.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

### Diagram 3B. Undersökning med standardiserat diagnostiskt instrument såsom SCID, MINI och Kiddie-SADS vid läkarbesök i specialiserad vård

Andel nydiagnosticerade personer med alkohol- eller narkotikadiagnos, för vilka använts standardiserat diagnostiskt instrument. Patienter 18 år eller äldre i riket. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

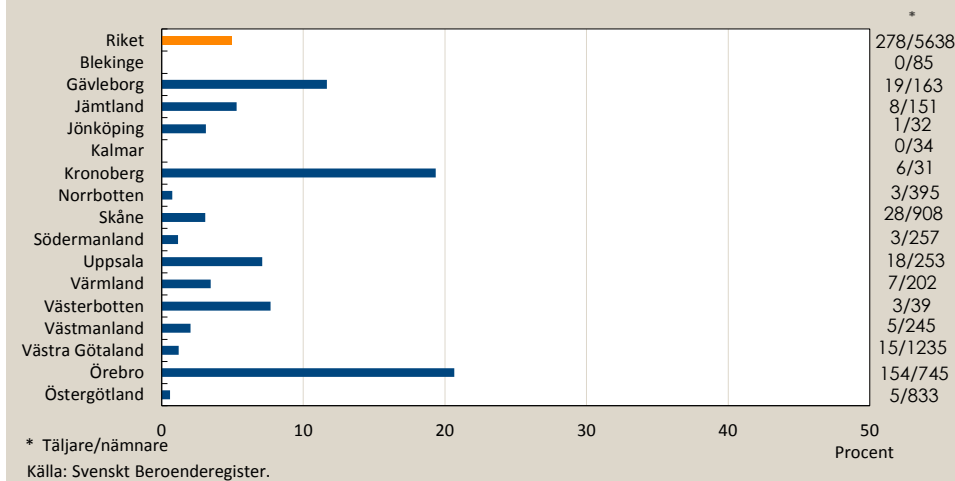
I diagrammet redovisas enbart uppgifter från läkarbesök när det gäller öppen specialiserad vård och om diagnosinstrument används av andra yrkesgrupper innebär det att resultatet underskattas.

För att få kunskap om ADDID, SCID I och MINI i primärvården måste uppgifter samlas in via enkät då nationell datakälla saknas över primärvårdens insatser. Information från de få landsting som upprättat register över primärvårdens arbete kan prövas.

## Resultat baserade på Svenskt Beroenderegister

### Diagram 3C. ADDIS, SCID eller M.I.N.I bland vårdade med alkohol- eller narkotikadiagnos

Andel bland nyregistreringar i öppen eller sluten vård, 18 år eller äldre, juni 2015-2016.



Data från SBR avser juni 2015 till och med år 2016 samt registreringar, inte patienter, vilket innebär att indikatorbeskrivningen ovan inte helt överensstämmer med de data som hämtats från registret. Landstinget Stockholm har haft problem med direktöverföring av data till SBR och ingår inte i redovisningen.

# Läkemedelsbehandling

## 4. Disulfiram, akamprosat eller naltrexon vid beroende av alkohol, specialiserad vård

<b>Mått</b>	Andel personer som läkemedelsbehandlats med disulfiram, akamprosat eller naltrexon efter specialiserad vård för alkoholberoende, procent.
<b>Syfte</b>	Läkemedelsbehandling vid alkoholberoende syftar till att alkoholkonsumtionen ska upphöra eller minska för att på så sätt minska problem och skador som en hög konsumtion medför. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården behandla personer med alkoholberoende med disulfiram, akamprosat eller naltrexon. Disulfiram är ett väldokumenterat och beprövat preparat med god effekt. Akamprosat har god effekt i form av minskad konsumtion och antal återfall, men är inte lika effektivt som disulfiram om målet är helnykterhet. Naltrexon har, liksom disulfiram en snabbt isättande effekt och ger framför allt färre tunga dryckesdagar. Samtliga tre preparat har en låg kostnad per effekt.  Enligt Socialstyrelsen rekommendation bör behandling erbjudas med dessa läkemedel och rekommendationen har fått högsta prioritet (prioritet 1) i nationella riktlinjer (rad C14–C16 i tillstånds- och åtgärdslistan).
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:

### Datakälla utgörs av patientregistret:

**Täljare:** Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats i specialiserad vård med diagnosen alkoholberoende som hämtat ut disulfiram eller akamprosat eller naltrexon på recept vid minst ett tillfälle inom 12 månader efter vårdtillfället.

**Nämnare:** Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med diagnosen alkoholberoende.

Med alkoholberoende avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol vid <ul style="list-style-type: none"><li>• beroendesyndrom</li><li>• skadligt bruk</li></ul>	F10.2 F10.1

Diagnosuppgiften kommer antingen från ett vårdtillfälle i slutna vård eller i öppen specialiserad vård. Personens första vårdtillfälle (under exempelvis ett kalenderår) selekteras oavsett vårdform. Utskrivningsdatum (om detta vårdtillfälle sker inom den slutna vården) eller datum för besök (om besöket sker i öppen specialiserad vård) utgör startdatum för att hämta information om personens läkemedelsuttag under 12 månader framåt. Eventuellt dödsdatum hämtas från dödsorsaksregistret och personer som avlidit inom 12 månader exkluderas.

Läkemedel	ATC-kod
Disulfiram	N07BB01
Akamprosat	N07BB03
Naltrexon	N07BB04

Åldersstandardiserade värden.

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.  
Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman.

**Datakälla utgörs av Svenskt Beroenderegister (SBR) (utvecklingsindikator):**

*Täjljare:* Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i SBR med diagnos alkoholberoende (F10.2) som använder: disulfiram eller akamprosot eller naltrexon

*Nämnare:* Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i SBR med diagnos alkoholberoende.

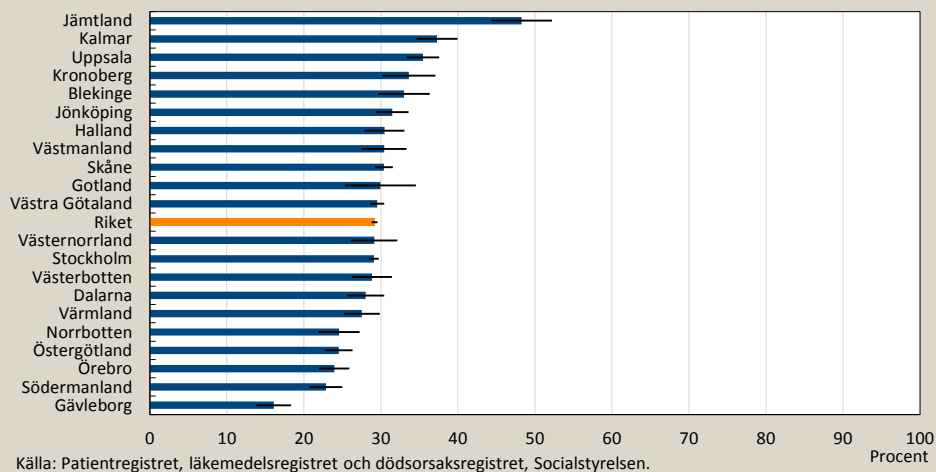
<b>Datakällor</b>	Patientregistret och läkemedelsregistret eller Svenskt Beroenderegister (SBR).
<b>Felkällor</b>	<p>Brister i diagnosregistrering i patientregistret. Läkemedelsregistret omfattar enbart förskrivna läkemedel som hämtas ut på apotek, inte läkemedel som ges när personen är inskriven i slutenvård, läkemedel dispenserade från läkemedelsförråd, så kallade rekvisitionsläkemedel och inte heller läkemedel köpta utan recept. Om läkemedlen i stor utsträckning ges vid besök på sjukvårdsinrättningen, innebär detta en underskattning av antalet behandlade. Socialstyrelsen har utrett förutsättningarna för att integrera individbaserade data för rekvisitionsläkemedel i ett hälsodataregister och i framtiden kan det bli möjligt att via ett nationellt register följa upp även denna användning som kan komplettera siffror från läkemedelsregistret. (Uppföljning av rekvisitionsläkemedel – förutsättningar för integrering i ett hälsodataregister, Socialstyrelsen 2013).</p> <p>För att uppskatta hur stort problemet är i respektive landsting när det gäller att få en fullständig bild av läkemedelsanvändningen kan i dagsläget data över uttagna läkemedel på apotek kompletteras med uppgifter över andel läkemedel som säljs till vården, via försäljningsstatistik som hämtas ur statistiksystemet Concise vid eHälsomyndigheten. Låg täckningsgrad i Svenskt Beroenderegister (SBR).</p>
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland.
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder.
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård.

---

## Resultat baserade på patientregistret

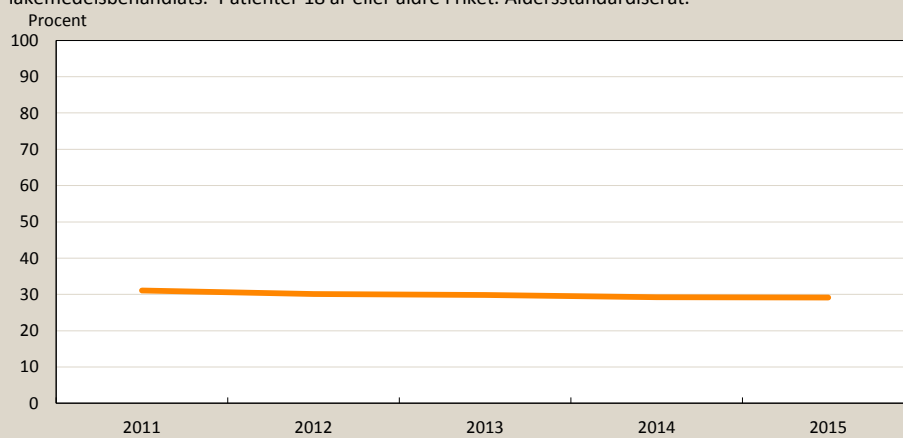
### Diagram 4.A. Disulfiram, akamprosats eller naltrexon 12 månader efter specialiserad vård vid beroende av alkohol

Andel personer vårdade med diagnosen alkoholberoende i den specialiserade vården. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat, 2014-2015.



### Diagram 4.B. Disulfiram, akamprosats eller naltrexon 12 månader efter vård vid beroende av alkohol

Andel personer vårdade med diagnosen alkoholberoende i den specialiserade vården som läkemedelsbehandlats. Patienter 18 år eller äldre i riket. Åldersstandardiserat.



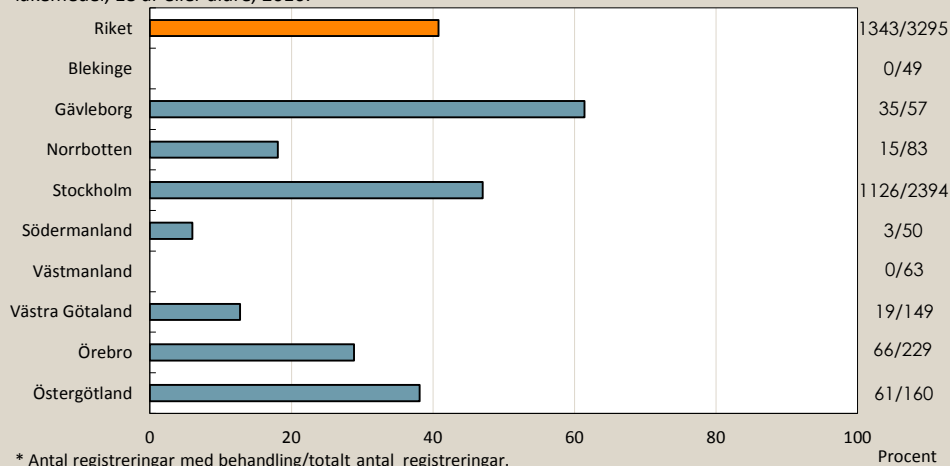
Återfallsförebyggande läkemedel förskrivs även i primärvården vid alkoholberoende. Då nationell data saknas över primärvårdens insatser är enkät till ansvariga ett alternativ men innebär ett omfattande arbete. Ett ytterligare sätt är att redovisa data från de fåtal landsting som har upprättat register över primärvårdens arbete.



## Resultat baserade på Svenskt Beroenderegister

### Diagram 4C. Återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende

Andel med diagnos alkoholberoende (F10.2) med pågående behandling med återfallsförebyggande läkemedel, 18 år eller äldre, 2016.

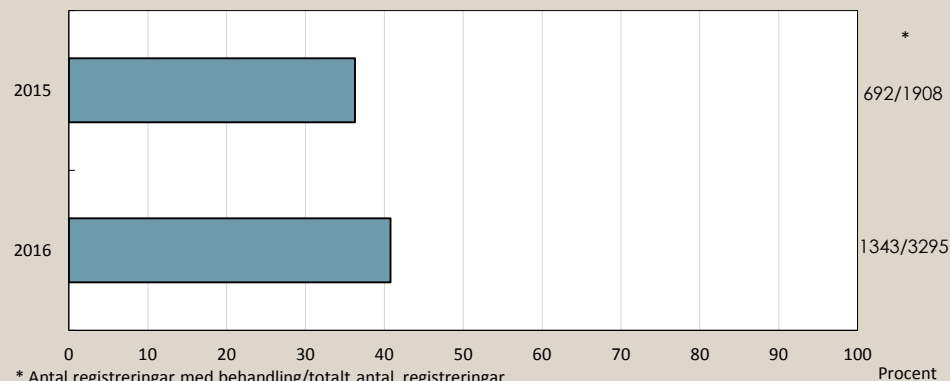


\* Antal registreringar med behandling/totalt antal registreringar.

Källa: Svenskt Beroenderegister.

### Diagram 4D. Återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende

Andel med diagnos alkoholberoende (F10.2) med pågående behandling med återfallsförebyggande läkemedel, 18 år eller äldre i riket.

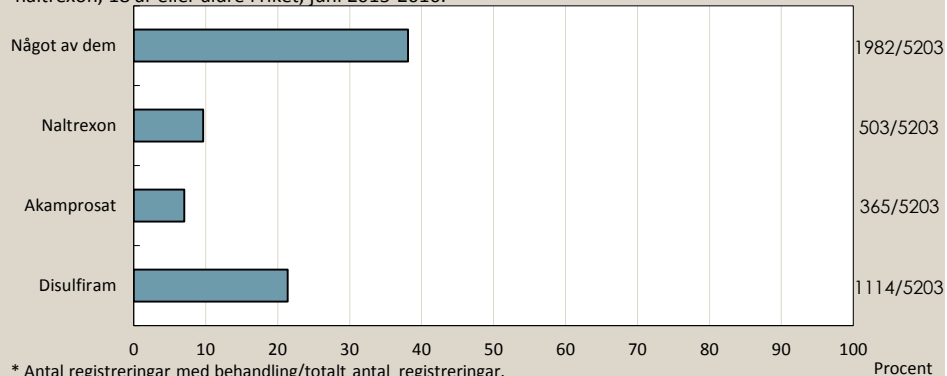


\* Antal registreringar med behandling/totalt antal registreringar.

Källa: Svenskt Beroenderegister.

#### Diagram 4E. Återfallsförebyggande läkemedel vid alkoholberoende bland samtliga patienter med diagnos alkoholberoende

Andel med alkoholberoende (F10.2) med pågående behandling med disulfiram, akamprosat eller naltrexon, 18 år eller äldre i riket, juni 2015-2016.



\* Antal registreringar med behandling/totalt antal registreringar.  
Källa: Svenskt Beroenderegister.

Data från SBR avser juni 2015 till och med år 2016 samt registreringar, inte patienter, vilket innebär att indikatorbeskrivningen ovan inte överensstämmer med de data som hämtats från registret.

## 5. Bensodiazepiner eller klometiazol vid alkoholabstinens och svår alkoholabstinens, slutna vård

<b>Mått</b>	Andel personer som i slutna vård läkemedelsbehandlats med bensodiazepiner vid alkoholabstinens och svår alkoholabstinens samt andel personer som behandlats med klometiazol vid svår alkoholabstinens, procent.
<b>Syfte</b>	Alkoholabstinens inträder när en längre tids omfattande alkoholintag upphör, i allmänhet hos personer med alkoholberoende. Alkoholabstinens är ett i många fall obehagligt och potentiellt allvarigt tillstånd. Socialstyrelsen rekommenderar behandling med bensodiazepiner vid alkoholabstinens och svår alkoholabstinens (delirium tremens), (prioritet 2, rad C01 i tillstånds- och åtgärdslistan, respektive prioritet 1, rad C11). Vid svår alkoholabstinens rekommenderas också klometiazol (prioritet 1, rad C12). Avgörande för rekommendationerna är att bensodiazepiner är det enda läkemedel som både kan lindra symtom och förebygga komplikationer, men risker finns med utveckling av beroende vid långvarig användning. Klometiazol är väl beprövat och har i studier befunnits likvärdigt med bensodiazepiner, men har biverkningar som innebär att läkemedlet endast bör ges ineliggande och i avgränsad abstinensfas.
<b>Riktning</b>	Hög andel önskvärt.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling, men låg täckningsgrad och delar av indikatorn kan inte mätas.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Bensodiazepiner vid alkoholabstinens:</i> <b>Täljare 1:</b> Antal personer i Svenskt Beroenderegister (SBR), 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i den slutna vården med diagnosen alkoholabstinens och som fått symtomlindrande behandling mot abstinens med bensodiazepiner. <b>Nämnamnare 1:</b> Totalt antal personer i SBR, 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i den slutna vården med alkoholabstinens och fått abstinensbehandling för alkoholabstinens.

Med alkoholabstinens avses:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol, abstinens	F10.3

*Bensodiazepiner eller klometiazol vid svår alkoholabstinens (delirium tremens):*

**Täljare 2:** Antal personer i SBR, 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i den slutna vården med diagnosen svår alkoholabstinens som fått symtomlindrande behandling med

- a) bensodiazepiner
- b) klometiazol
- c) bensodiazepiner eller klometiazol.

**Nämnamnare 2:** Antal personer i SBR, 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i den slutna vården med diagnosen svår alkoholabstinens och fått abstinensbehandling för alkoholabstinens.

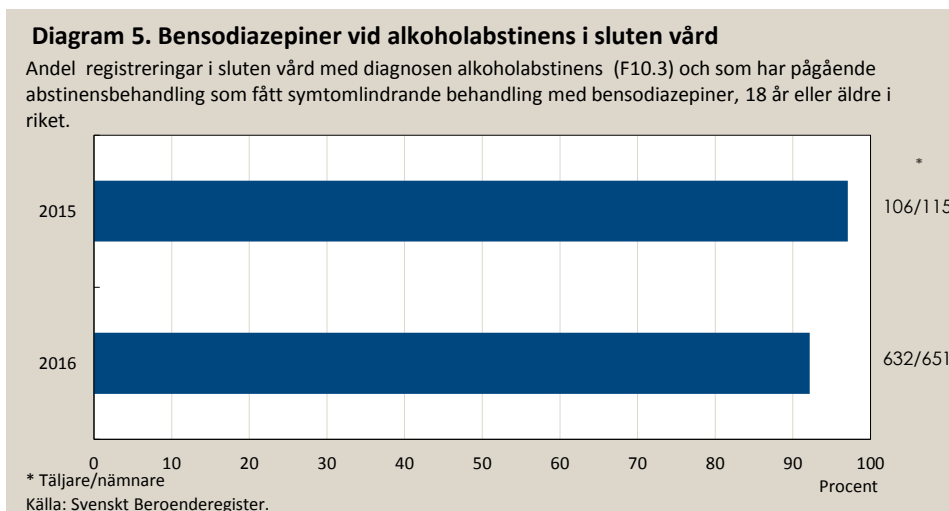
Med svår alkoholabstinens avses:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol, abstinens med delirium	F10.4
Alternativt att fråga "Har patienten utvecklat delirium tremens (DT) under vårdtiden? besvarats med "Ja".	

<b>Datakällor</b>	Svenskt Beroenderegister (SBR).
<b>Felkällor</b>	Låg täckningsgrad i Svenskt Beroenderegister (SBR). Brister i diagnosregi-

	strering, brister i registrering av läkemedel som ges vid besök på sjukvårdsinrättningen.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland.
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder.
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård.

## Resultat baserade på Svenskt Beroenderegister



Diagrammet visar behandling med bensodiazepiner bland registreringar med abstinensbehandling vid alkoholabstinens, vilket innebär att indikatorbeskrivningen ovan inte överensstämmer med de data som hämtats från registret. Det är vid denna tidpunkt inte möjligt att med data från SBR få underlag till den del av indikatorn som mäter behandling med bensodiazepiner eller klometiazol vid svår alkoholabstinens. Data från SBR avser juni 2015 och hela år 2016 samt registreringar, inte patienter.

### Resultat baserade på patientregistret

I patientregistret finns även uppgift om läkemedel som åtgärd, men kvalitén på dessa uppgifter är ännu så länge av bristfällig kvalitet. Att kombinera data från patientregistret av vårdade i den slutna vården med data från läkemedelsregistret är inte meningsfullt då läkemedel som ges till patienten under sjukhusvistelsen inte registreras i läkemedelsregistret.

## 6. Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, specialiserad vård

<b>Mått</b>	Andel personer som läkemedelbehandlats med kombinationen buprenorfin-naloxon, metadon eller enbart buprenorfin efter specialiserad vård vid beroende av opiater, procent.
<b>Syfte</b>	Syftet med läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende är att förebygga återfall, förbättra social funktion och minska medicinska komplikationer och dödlighet. Med opiatberoende avses beroende som framkallas av heroin, opium eller morfin. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården behandla personer med opiatberoende med kombinationen buprenorfin-naloxon eller metadon. Avgörande för rekommendationen är att dessa behandlingar har en god effekt på andelen som använder droger och på kvarstannande i behandling. Kombinationen buprenorfin-naloxon har fått en något högre prioritering än metadon eftersom den har mindre allvarliga biverkningar (prioritet 1, rad C41 i tillstånds- och åtgärdslistan). Metadon har prioritet 2, rad C37. Hälso- och sjukvården kan även erbjuda läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin (prioritet 6 rad C38). Denna behandling har fått lägre prioritering eftersom den är möjlig att missbruka genom att tablettorna krossas, löses upp och injiceras.
<b>Riktning</b>	Hög andel önskvärt.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:

### Datakälla utgörs av patientregistret:

*Täljare:* Antal personer 20 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats i specialiserad vård med diagnosen opiatberoende som hämtat ut

- kombinationen buprenorfin-naloxon
- metadon
- buprenorfin
- buprenorfin-naloxon eller metadon
- buprenorfin-naloxon, metadon eller buprenorfin

på recept vid minst ett tillfälle inom 12 månader efter vårdtillfället.

*Nämnare:* Totalt antal personer 20 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med diagnosen opiatberoende under motsvarande tidsperiod som i täljaren.

Med opiatberoende avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av opiater vid, <ul style="list-style-type: none"> <li>• beroendesyndrom,</li> <li>• skadligt bruk</li> </ul>	F11.2 F11.1

Diagnosuppgiften kommer antingen från ett vårdtillfälle i slutet vård eller i öppen specialiserad vård. Personens första vårdtillfälle (under exempelvis ett kalenderår) selekteras oavsett vårdform. Utskrivningsdatumet (om detta vårdtillfälle är inom den slutna vården) eller datum för besök (om besöket sker i öppen specialiserad beroendevård) utgör startdatum för att hämta information om personens läkemedelsuttag under 12 månader framåt. Eventuellt dödsdatum hämtas från dödsorsaksregistret och personer som avlidit inom 12 månader exkluderas.

Läkemedel	ATC-kod
Buprenorfin-naloxon	N07BC51
Metadon	N07BC02

**Datakälla utgörs av Svenskt Beroenderegister (SBR) (utvecklingsindikator):**

*Täjlare:* Antal personer 20 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i SBR med diagnos opiatberoende (F11.1, F11.2) och som har läkemedelsassisterad behandling för opiatberoende och behandlas med

- buprenorfin+naloxon
- metadon
- buprenorfin+naloxon eller metadon.

*Nämnare:* Totalt antal personer 20 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i SBR med diagnosen opiatberoende.

Åldersstandardiserade värden.

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman.

**Datakällor**

Patientregistret och läkemedelsregistret eller Svenskt Beroenderegister (SBR).

**Felkällor**

Brister i diagnosregistrering i patientregistret. Läkemedelsregistret omfattar enbart förskrivna läkemedel som hämtas ut på apotek, inte läkemedel som ges när personen är inskriven i slutenvård, läkemedel dispenserade från läkemedelsförråd, så kallade rekvisitionsläkemedel och inte heller läkemedel köpta utan recept. Om läkemedlen i stor utsträckning ges vid besök på sjukvårdsinrättningen, utan receptförskrivning, innebär detta en underskattning av antalet behandlade. Socialstyrelsen har utrett förutsättningarna för att integrera individbaserade data för rekvisitionsläkemedel i ett hälsodataregister och i framtiden kan det bli möjligt att via ett nationellt register följa upp även denna användning som kan komplettera siffror från läkemedelsregistret. (Uppföljning av rekvisitionsläkemedel – förutsättningar för integrering i ett hälsodataregister, Socialstyrelsen 2013).

När en läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende påbörjas ska läkemedlen överlämnas till patienten under uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal vid regelbundna återbesök på sjukvårdsinrättningen, vilket oftast inte innebär registrering av recept. Den ansvarige läkaren får dock överlåta till patienten att själv hantera sina läkemedel under vissa förutsättningar (HSLF-FS 2016:1).

För att uppskatta hur stort problemet är i respektive landsting när det gäller att få en fullständig bild av läkemedelsanvändningen kan i dagsläget data över uttagna läkemedel på apotek kompletteras med uppgifter över andel läkemedel som säljs till vården, via försäljningsstatistik som hämtas ur statistiksystemet Concise vid eHälsomyndigheten.

Låg täckningsgrad i Svenskt Beroenderegister (SBR).

**Redovisningsnivå**

Riket, landsting, enhet, utbildningsnivå, födelseland.

**Redovisningsgrupper**

Kön, ålder.

**Kvalitetsområde**

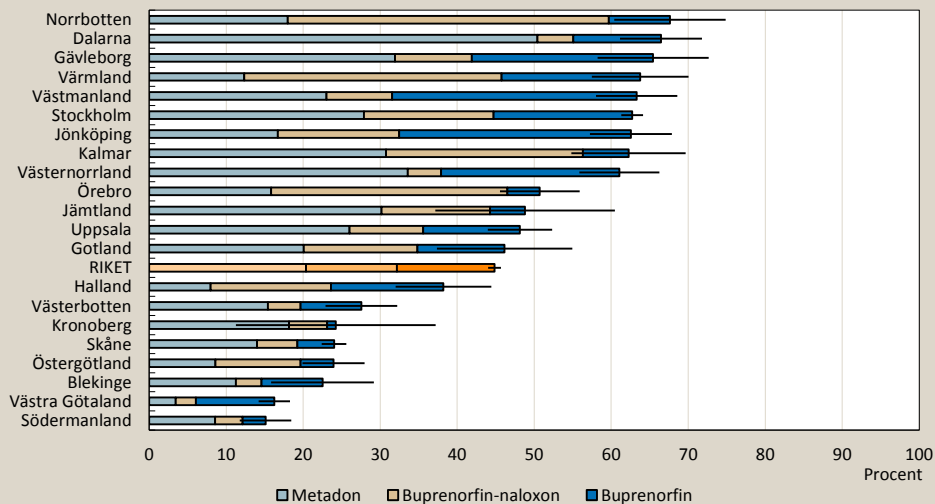
Kunskapsbaserad vård.

## Resultat baserade på patientregistret

Staplarna i diagram 6A-B visar andel personer med opiatberoende som hämtat ut metadon, buprenorfin-naloxon eller buprenorfin (enbart) på apotek 12 månader efter vård. Varje stapel summerar till 100 procent av behandlade i riket och landstingen. För de personer som under året hämtat ut mer än ett av ovanstående läkemedel gäller att de klassificeras som användare av buprenorfin-naloxon om detta läkemedel förekommer, därefter i förekommande fall som användare av metadon och sedan buprenorfin. 456 personer hade uttag av mer än ett av läkemedlen året efter vård av totalt 6034 användare (vårdade åren 2014-2015).

**Diagram 6A. Läkemedelsassisterad behandling med metadon, buprenorfin-naloxon eller buprenorfin 12 månader efter vård**

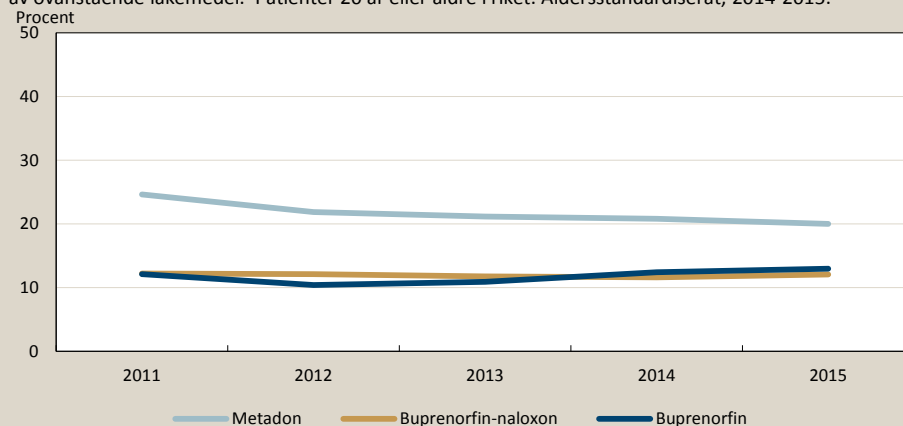
Andel personer med diagnosen opiatberoende i den specialiserade vården som fått läkemedelsassisterad behandling. Patienter 20 år eller äldre. Åldersstandardiserat, 2014-2015.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### Diagram 6B. Läkemedelassisterad behandling med metadon, buprenorfin-naloxon eller buprenorfin 12 månader efter vård

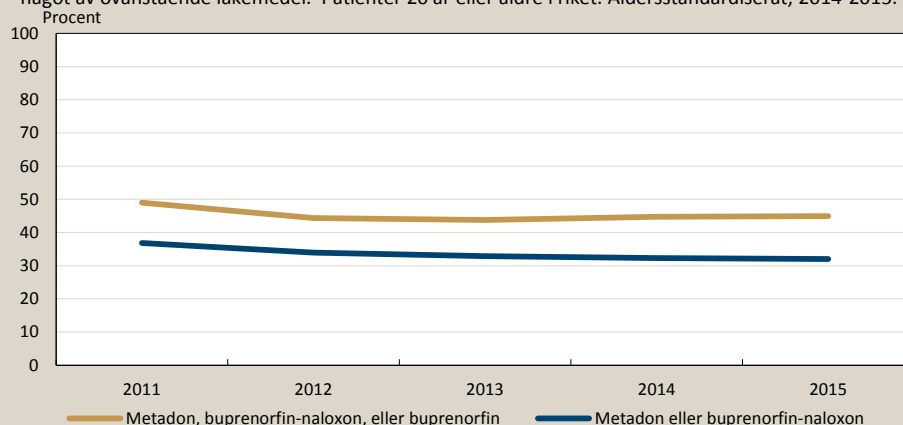
Andel personer med diagnosen opiatberoende i den specialiserade vården som behandlats med något av ovanstående läkemedel. Patienter 20 år eller äldre i riket. Åldersstandardiserat, 2014-2015.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### Diagram 6C. Läkemedelassisterad behandling med metadon eller buprenorfin-naloxon respektive buprenorfin 12 månader efter vård

Andel personer med diagnosen opiatberoende i den specialiserade vården som behandlats med något av ovanstående läkemedel. Patienter 20 år eller äldre i riket. Åldersstandardiserat, 2014-2015.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

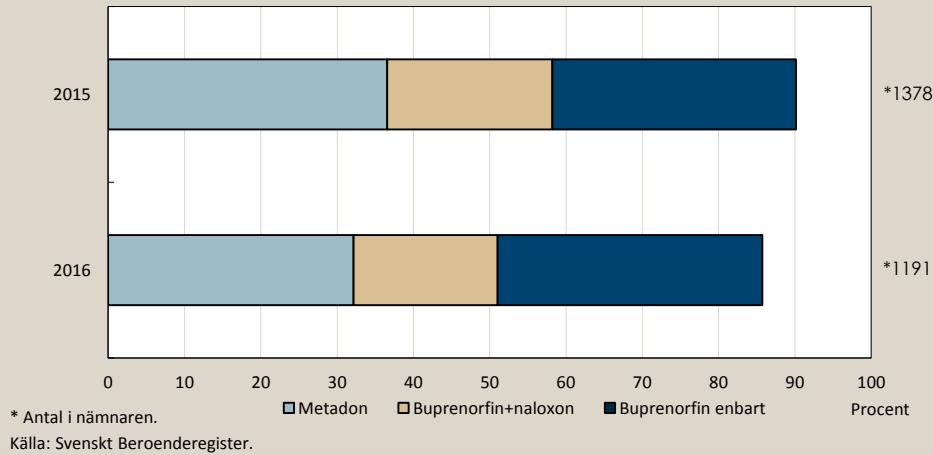
### Resultat baserade på Svenskt Beroenderegister

Diagrammen visar vilka återfallsförebyggande läkemedel som används för de som har en pågående läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende i öppenvård eller är godkända för behandling.



### Diagram 6D. Läkemedelsassisterad behandling med metadon, buprenorfin respektive buprenorfin-naloxon vid opiatberoende

Andel bland registreringar i SBR i öppen vård med diagnosen opiatberoende och som är godkända för läkemedelsassisterad behandling, 20 år eller äldre i riket.



Data från SBR avser juni 2015 samt hela år 2016 samt registreringar, inte patienter, vilket innebär att indikatorbeskrivningen ovan inte överensstämmer med de data som hämtats från registret.

# Psykologisk och psykosocial behandling, vuxna

## 7.1. MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi vid alkoholberoende, specialiserad vård

<b>Mått</b>	Andel personer i den specialiserade vården som fått psykologisk eller psykosocial behandling i form av MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi vid alkoholberoende, procent.
<b>Syfte</b>	Med psykologisk och psykosocial behandling menas generellt metoder som ska förändra den enskildes problembeteende. Det finns ett stort antal metoder som används för behandling av missbruk eller beroende av alkohol och praxis varierar i landet. Socialstyrelsen bedömer att effektiv psykosocial behandling underutnyttjas på många håll. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda motivationshöjande behandling (MET) (prioritet 1, rad D02 i tillstånds- och åtgärdslistan), kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention (prioritet 2, rad D05), community reinforcement approach (CRA) (prioritet 2, rad D04), tolvstegsbehandling (prioritet 2, rad D03) respektive social behaviour network therapy (SBNT) (prioritet 2, rad D12). Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har en god effekt till låg kostnad per effekt om de erbjuds i form av gruppbehandling. MET har även en låg kostnad per effekt för individuell behandling, och har därför fått något högre prioritet än de övriga åtgärderna. Psykodynamisk och interaktionell terapi är mindre studerat, men de studier som finns på området visar att terapiformerna har samma effekt som andra specifika metoder. Rekommendationen har en något lägre prioritet (prioritet 4, rad D08).
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling, men med låg täckningsgrad. Enbart läkarbesök rapporterades under den studerade tidsperioden till patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Psykologisk och psykosocial behandling vid missbruk eller beroende bedrivs av många professioner. Inom sjukvården är det vanligtvis kuratorer, psykologer och sjuksköterskor som ger psykosociala behandlingar och uppgifter om dessa åtgärder måste samlas in från respektive landstings patientadministrativa system, eller på annat sätt.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:</i> <b>Datakälla utgörs av Svenskt Beroenderegister (SBR):</b> <i>Täljare:</i> Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i SBR med diagnos alkoholmissbruk eller alkoholberoende som har psykologisk eller psykosocial behandling med något av alternativen MET, KBT, återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi. <i>Nämnare:</i> Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i SBR med diagnos alkoholmissbruk eller alkoholberoende. I SBR avses behandlingar oavsett var de har utförts (primärvård, specialiserad vård eller socialtjänst), eftersom frågan i SBR inte specificerar detta.  Med alkoholberoende avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beroendesyndrom</li> <li>• Skadligt bruk</li> </ul>	F10.2 F10.1

**Datakälla utgörs av patientregistret:**

*Täljare:* Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats i specialiserad vård med diagnosen alkoholberoende (enligt kod ovan) och som behandlas enligt alternativen ovan (se åtgärds-koder nedan).

*Nämnare:* Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats i specialiserad vård med diagnosen alkoholberoende.

Landstingen hämtar information från sina patientadministrativa system om antal personer som vårdats med diagnosen alkoholberoende inom öppen specialiserad vård eller sluten vård vid beroendeenhet eller inom övrig psykiatri (nämnare). Datum för första vårdtillfälle under studerad tidsperiod noteras. Bland de vårdade beräknas antal personer som fått någon eller några av åtgärderna vid detta första vårdtillfälle eller någon gång under 12 månader efter vårdtillfället för alkoholberoende (täljare).

Åtgärds-kod	Beskrivning
Kod saknas	Motivationshöjande behandling (MET).
DU011	KBT - systematisk psykologisk behandling, kognitiv beteendeterapeutisk – enligt specifik metod i enlighet med kognitiv teori
DU119	Återfallsprevention (ÅFP), Manualbaserad samtals-behandling som syftar till att förebygga återfall genom att öka patientens kunskaper, motivation och färdigheter. Behandlingen ges individuellt eller i grupp.
Kod saknas	Community reinforcement approach (CRA)
AU117	Tolvstegsbehandling, strukturerad samtalsbehandling enligt Anonyma Alkoholisters tolv steg vilken syftar till tillfrisknande från alkohol- och drogberoende. Behandlingen ges individuellt eller i grupp.
Kod saknas	Social behaviour network therapy (SBNT)
DU008	Systematisk psykologisk behandling, psykodynamisk enligt specifik metod i enlighet med psykodynamisk teori
DV087	Interaktionell terapi

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman. Antalsuppgifterna från landstingen rapporteras för vardera kön och om så bedöms lämpligt även i åldersgrupper för att ge möjlighet till stratifierade redovisningar liksom till åldersstandardisering.

**Datakällor**

Svenskt Beroenderegister (SBR) eller landstingens patientadministrativa system.

**Felkällor**

Låg täckningsgrad i Svenskt Beroenderegister (SBR). Alla personer med alkoholberoende vårdas inte i sluten eller öppen specialiserad vård och de ingår inte i den studerade gruppen. Svårigheter med att avgränsa vilka som borde ha behandlingen. Kodningen av åtgärder kan vara bristfällig. Möjliga problem med att få data från landstingen.

**Redovisnings-nivå**

Riket, landsting, enhet.

**Redovisnings-grupper**

Kön, ålder.

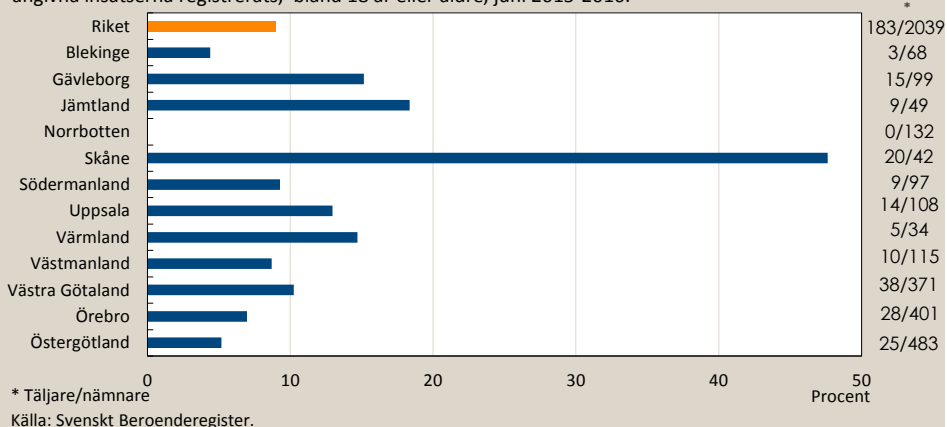
**Kvalitetsområde**

Kunskapsbaserad vård och omsorg.

## Resultat baserade på Svenskt Beroenderegister

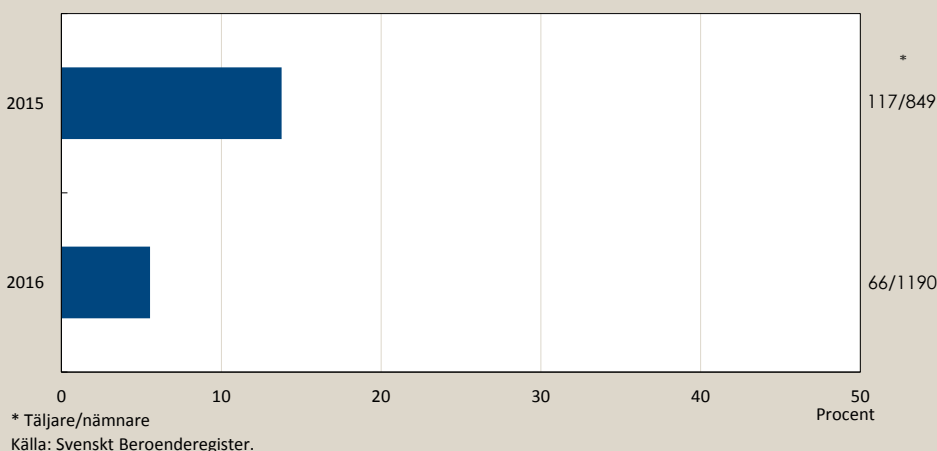
### Diagram 7.1A. MET, KBT, återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi vid alkoholmissbruk eller beroende

Andel bland registreringar i SBR med diagnoserna alkoholmissbruk eller beroende där någon av de angivna insatserna registrerats, bland 18 år eller äldre, juni 2015-2016.



### Diagram 7.1B. MET, KBT, återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi vid alkoholmissbruk eller beroende

Andel bland registreringar i SBR med diagnoserna alkoholmissbruk eller beroende där någon av de angivna insatserna registrerats, bland 18 år eller äldre i riket.



Data från SBR avser juni 2015 och hela år 2016 samt registreringar, inte patienter, vilket innebär att indikatorbeskrivningen ovan inte överensstämmer helt med de data som hämtats från registret. Landstinget Stockholm har haft problem med direktöverföring av data till SBR och ingår inte i redovisningen.

### Resultat baserade på Patientregistret

De insatser som följs upp utförs i stor utsträckning i öppen specialiserad psykiatrisk vård av andra yrkesgrupper än läkare och dessa uppgifter finns ännu inte i patientregistret. Enkät till landstingens egna patientadministrativa system är en möjlig väg att pröva.

Insatserna kan också vara aktuella inom primärvårdens arbete. Då nationell datakälla saknas över primärvårdens insatser är enkät till ansvariga ett alternativ men innebär ett omfattande arbete. Ett ytterligare sätt är att redovisa data från de fåtal landsting som har upprättat register över primärvårdens arbete.

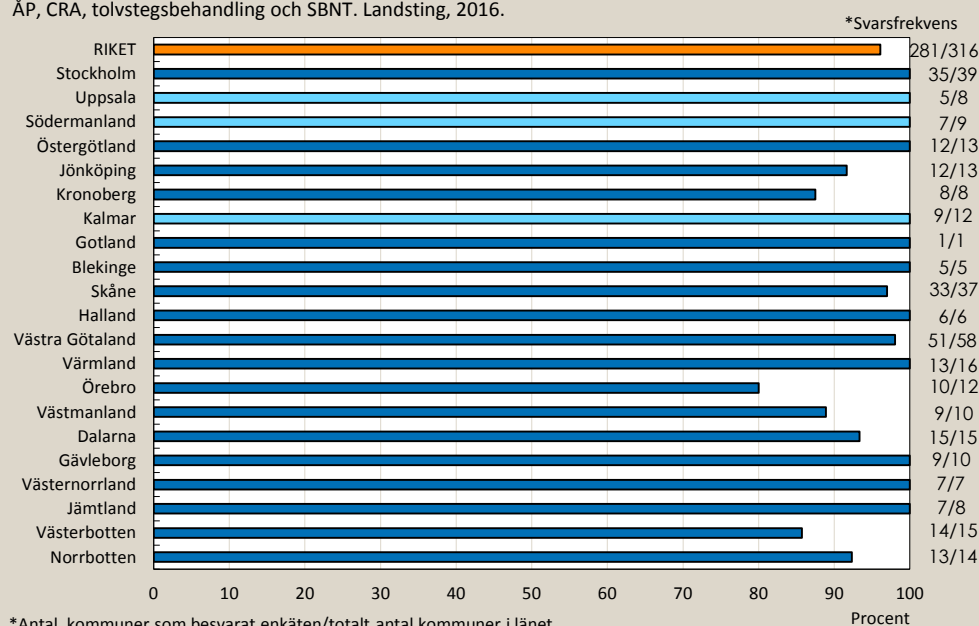
## 7.2. MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT vid alkoholmissbruk i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet för vuxna

<b>Mått</b>	<p>Andel kommuner, stadsdelar/stadsområden som uppger att de erbjuder rekommenderade insatser till personer med missbruk eller beroende i form av</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MET (Motivational Enhancement Therapy)</li> <li>• KBT (Kognitiv beteendeterapi)</li> <li>• Återfallsprevention (ÅP)</li> <li>• CRA (Community Reinforcement Approach)</li> <li>• Tolvstegsbehandling - Strukturerad behandling utifrån AA:s tolv steg för tillfrisknande</li> <li>• SBNT (Social Behaviour Network Therapy)</li> </ul> <p>Minst en av insatserna kunde erbjudas vid mättilfället.</p>
<b>Syfte</b>	<p>Socialtjänsten och hälso- och sjukvården bör erbjuda MET, KBT eller återfallsprevention (ÅP), CRA, tolvstegsbehandling eller SBNT (social behaviour network therapy) till personer med alkoholmissbruk och narkotikamissbruk (cannabis och centralstimulerande preparat). Dessa psykosociala behandlingsmetoder har hög prioritet i riktlinjerna eftersom de har en god effekt till låg kostnad om de erbjuds i form av gruppbehandling. MET har även en låg kostnad per effekt för individuell behandling.</p> <p>Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten vid alkoholmissbruk eller beroende erbjuda MET (prioritet 1, rad D02 i tillstånds- och åtgärdslistan), KBT eller ÅP (prioritet 2, rad D05), CRA (prioritet 2, rad D04), tolvstegsbehandling (prioritet 2, rad D03), SBNT (prioritet 2, rad D12). Vid cannabismissbruk eller beroende bör erbjudas KBT eller ÅP med tillägg av motiverande samtal (det senare mäts inte här) eller MET (prioritet 3, rad D15). Vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat bör erbjudas tolvstegsbehandling (prioritet 3, rad D20), CRA med tillägg av contingency management (mäts inte här) (prioritet 3, rad D21) samt KBT eller ÅP (prioritet 4, rad D22).</p>
<b>Riktning</b>	Hög andel ja-svar eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><b>Indikatorn bygger på följande enkätfråga:</b></p> <p>Erbjuder ni någon av nedanstående manualbaserade behandlingsinsatser till personer med alkoholmissbruk och personer med narkotikamissbruk?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) MET</li> <li>b) KBT eller återfallsprevention</li> <li>c) ÅP</li> <li>d) CRA</li> <li>e) Tolvstegsbehandling</li> <li>f) SBNT</li> </ul> <p><b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej - för respektive insats</p> <p><b>Definitioner:</b></p> <p>Behandlingsinsatserna finns rekommenderade och utförligare beskrivna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer "Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning" (2015). Den manualbaserade behandlingen kan utföras i egen eller annan regi och erbjudas med eller utan biståndsbeslut. Kommuner eller stadsdelar/stadsområden som svarat "Ja" på minst en av de sex behandlingsinsatserna betraktas som att de uppfyllt kriterierna för att de erbjuder rekommenderade insatser. För länen och riket redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet.</p>

<b>Datakällor</b>	Enkät till kommunens, stadsdelens/stadsområdets ansvariga chef för missbruks- och beroendeverksamhet inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser 2016, missbruks- och beroendevården.
<b>Felkällor</b>	Strukturmålet visar inte hur stor andel av de personer som borde ha insatsen som fått den. Möjliga problem med att få data från kommuner och stadsdelar. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå, bl.a. beroende på hur respondenten tolkat frågan.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, län, kommuner/stadsdelar/stadsområden.
<b>Redovisningsgrupper</b>	
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.

### Diagram 7.2A Insatser som rekommenderas i nationella riktlinjer

Andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som erbjuder rekommenderade insatser i form av MET, KBT, ÅP, CRA, tolvstegsbehandling och SBNT. Landsting, 2016.

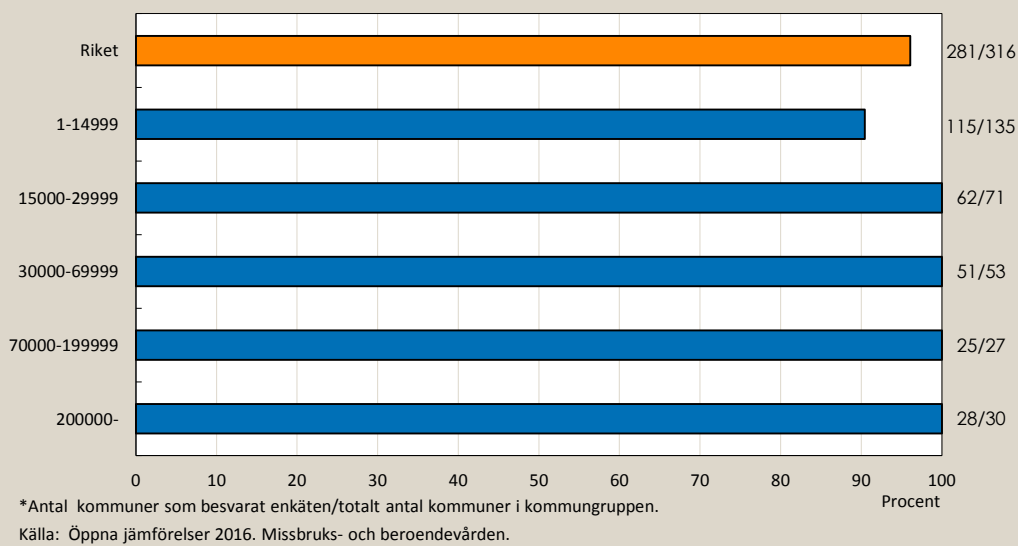


Källa: Öppna jämförelser 2016. Missbruks- och beroendevården.

### Diagram 7.2B. Insatser som rekommenderas i nationella riktlinjer

Andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som erbjuder rekommenderade insatser i form av MET, KBT, ÅP, CRA, tolvstegsbehandling och SBNT. Kommungrupper efter antal invånare, år 2016.

\*Svarsfrekvens



Insatserna avser 1 februari 2016, 89 procent av kommunerna besvarade enkäten. Uppgiften om svarsfrekvens visar hur många kommuner av de kommuner som ingår i mätningen som besvarat enkäten.

Insamling av nationella data på individnivå saknas när det gäller socialtjänstens insatser på frivillig basis för personer med missbruksproblem. För att få mer kunskap om hur stor andel av personer med missbruk eller beroende som får rekommenderade insatser i socialtjänsten kan en metod prövas som innebär att frågor ställs till ansvariga för missbruksberoendeverksamheten om:

*Täljare:* Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår fått en standardiserad bedömning med

- MET
- KBT eller återfallsprevention
- ÅP
- CRA
- Tolvstegsbehandling
- SBNT

bland de som fått insatser enligt SoL eller LVM på grund av missbruk av alkohol eller narkotika.

*Nämndare:* Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår fått beslut om insatser enligt SoL eller LVM på grund av missbruk av alkohol eller narkotika. Dessa kan avse frivilliga, individuellt behovsprövade insatser, såväl öppna insatser som heldygnsvård, samt tvångsvård.



## 8. KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET vid missbruk eller beroende av cannabis, specialiserad vård

<b>Mått</b>	Andel personer som i den specialiserade vården fått psykologisk eller psykosocial behandling i form av KBT eller återfallsprevention (ÅP) med tillägg av motiverande samtal (MI) eller MET vid missbruk eller beroende av cannabis, procent.
<b>Syfte</b>	Risker förknippade med cannabisanvändning är främst relaterade till social och psykologisk funktion. Långvarig och regelbunden användning av cannabis kan också medföra risker både för den fysiska och psykiska hälsan. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda KBT eller ÅP med tillägg av MI eller MET. Rekommendationen har fått hög prioritet (prioritet 3) i nationella riktlinjer (rad D15 i tillstånds- och åtgärdslistan).
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Utvecklingsindikator. Nationell datakälla saknas idag. Låg täckningsgrad i Svenskt Beroenderegister (SBR). Enbart läkarbesök rapporterades under den studerade tidsperioden till patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Psykologisk och psykosocial behandling vid missbruk eller beroende bedrivs av många professioner. Inom sjukvården är det vanligtvis kuratorer, psykologer och sjuksköterskor som ger psykosociala behandlingar och uppgifter om dessa åtgärder måste samlas in från respektive landstings patientadministrativa system, eller på annat sätt.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:</i>

### Datakälla utgörs av Svenskt Beroenderegister (SBR):

*Täljare 1:* Antal personer, 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i SBR med diagnos missbruk eller beroende av cannabis (enligt kod nedan) som fått KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET.

*Nämnare 1:* Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i SBR med diagnos cannabisberoende.

### Datakälla utgörs av patientregistret:

*Täljare 2:* Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats i specialiserad vård med diagnosen missbruk eller beroende av cannabis som fått KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET vid detta vårdtillfälle eller någon gång inom 12 månader efter vårdtillfället.

*Nämnare 2:* Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med diagnosen missbruk eller beroende av cannabis.

Med cannabisberoende avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av cannabis	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beroendesyndrom</li> <li>• Skadligt bruk</li> </ul>	F12.2 F12.1

Landstingen hämtar information från sina patientadministrativa system om antal personer som vårdats med diagnosen missbruk eller beroende av cannabis inom öppen specialiserad vård eller slutna vård vid beroendeenhet eller inom övrig psykiatri (nämnare). Datum för första vårdtillfälle under studerad tidsperiod noteras. Bland de vårdade beräknas antal personer som fått åtgärden KBT vid detta första vårdtillfälle eller någon gång under 12 månader efter vårdtillfället för missbruk eller beroende av cannabis (täljare).

Åtgärdskod	Beskrivning
DU011	Systematisk psykologisk behandling, kognitiv beteendeterapeutisk – enligt specifik metod i enlighet med kognitiv teori
DU119	Återfallsprevention (ÅFP). Manualbaserad samtalsbehandling som syftar till att förebygga återfall genom att öka patientens kunskaper, motivation och färdigheter. Behandlingen ges individuellt eller i grupp.
DU118	Motiverande samtal (MI). Manualbaserad samtalsbehandling som syftar till att förebygga återfall genom att öka patientens kunskaper, motivation och färdigheter. Behandlingen ges individuellt eller i grupp.
Kod saknas	Motivationshöjande behandling (MET).

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman. Antalsuppgifterna från landstingen rapporteras för vardera kön och om så bedöms vara nödvändigt även efter åldersgrupper för att ge möjlighet till stratifierade redovisningar liksom till åldersstandardisering.

**Datakällor** Svenskt Beroenderegister (SBR) eller landstingens patientadministrativa system.

**Felkällor** Alla personer med missbruk eller beroende vårdas inte i sluten eller öppen specialiserad vård och de ingår inte i den studerade gruppen. Kodning av åtgärder kan vara bristfällig. Möjliga problem med att få data från landstingen.

**Redovisningsnivå** Riket, landsting.

**Redovisningsgrupper** Kön, ålder.

**Kvalitetsområde** Kunskapsbaserad vård och omsorg.

### *Resultat baserade på Svenskt Beroenderegister*

I SBR frågas om aktuella diagnostiserade beroendediagnoser samt frågor finns även om psykosocial behandling såsom KBT, ÅP och MI och MET. För närvarande bedöms dock uppgifterna inte meningsfulla att redovisa.

### *Resultat baserade på patientregistret*

De insatser som följs upp utförs i stor utsträckning i öppen specialiserad psykiatrisk vård av andra yrkesgrupper än läkare och dessa uppgifter finns ännu inte i patientregistret. Enkät till landstingens egna patientadministrativa system är en möjlig väg att pröva.

### *Resultat baserade uppgifter från öppna jämförelser av över missbruks- och beroendevården 2016*

Resultat för indikator 7.2 redovisar andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som erbjuder någon av åtgärderna MET, KBT, ÅP, Community Reinforcement Approach (CRA), tolvstegsbehandling eller Social Behaviour Network Therapy (SBNT) till personer med alkoholmissbruk eller narkotikamissbruk (cannabis eller centralstimulerande preparat).

## 9. KBT, återfallsprevention eller CRA inom ramen för läkemedelsassisterad behandling vid missbruk eller beroende av opiater, specialiserad vård

<b>Mått</b>	Andel personer som i den specialiserade vården fått behandling i form av KBT, återfallsprevention eller CRA inom ramen för läkemedelsassisterad behandling vid missbruk eller beroende av opiater, procent.
<b>Syfte</b>	Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med missbruk eller beroende av opiater kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention (prioritet 3, rad D29 i tillstånds- och åtgärdslistan) eller CRA (prioritet 4, rad D28) inom ramen för läkemedelsassisterad behandling. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på andelen som använder droger. KBT har en något bättre effekt på andelen som använder droger än CRA, vilket påverkat prioriteringen.
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling, men låg täckningsgrad. Enbart läkarbesök rapporterades under den studerade tidsperioden till patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Psykologisk och psykosocial behandling vid missbruk eller beroende bedrivs av många professioner. Inom sjukvården är det vanligtvis kuratorer, psykologer och sjuksköterskor som ger psykosociala behandlingar och uppgifter om dessa åtgärder måste samlas in från respektive landstings patientadministrativa system, eller på annat sätt.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:</i>

### Data utgörs av Svenskt Beroenderegister (SBR):

*Täljare:* Antal personer 20 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i SBR med diagnosen missbruk eller beroende av opiater, som inom ramen för läkemedelsassisterad behandling fått KBT eller återfallsprevention eller CRA.

*Nämnare:* Totalt antal personer 20 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i SBR med diagnosen missbruk eller beroende av opiater och är i läkemedelsassisterad behandling, eller är godkända för LARO-behandling.

Med missbruk eller beroende av opiater avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av opiater	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beroendesyndrom</li> <li>• Skadligt bruk</li> </ul>	<p>F11.2</p> <p>F11.1</p>

### Data utgörs av patientregistret:

*Täljare:* Antal personer 20 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats i specialiserad vård med diagnosen missbruk eller beroende av opiater (enligt kod ovan) som är i läkemedelsassisterad behandling (se definition nedan) och som behandlats enligt alternativen ovan (se åtgärds-koder nedan).

*Nämnare:* Totalt antal personer 20 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med diagnosen missbruk eller beroende av opiater och är i läkemedelsassisterad behandling.

Datum för första vårdtillfälle med diagnos opiatberoende under studerad tidsperiod noteras (mättillfället). För de vårdade hämtas uppgift om uttag på apotek av läkemedel som används vid läkemedelsassisterad behandling (se nedan) någon gång under året efter mättillfället. För dessa personer (nämnaren) hämtas uppgifter om åtgärd avseende KBT, ÅP eller CRA antingen vid mättillfället eller någon gång under 12 månader därefter.

Läkemedel	ATC-kod
Buprenorfin-naloxon	N07BC51
Metadon	N07BC02
Buprenorfin	N07BC01

Åtgärdskod	Beskrivning
DU011	Systematisk psykologisk behandling, kognitiv beteendeterapeutisk – enligt specifik metod i enlighet med kognitiv teori
DU119	Återfallsprevention (ÅFP), Manualbaserad samtalsbehandling som syftar till att förebygga återfall genom att öka patientens kunskaper, motivation och färdigheter. Behandlingen ges individuellt eller i grupp.
Kod saknas	CRA

Ålderstandardiserade värden.

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman.

#### Datakällor

Svenskt Beroenderegister (SBR) eller patientregistret när uppgifter finns tillgängliga om samtliga yrkesgruppers åtgärder samt läkemedelsregistret.

#### Felkällor

Brister i diagnosregistrering och i kodning av åtgärder. Läkemedelsregistret omfattar enbart förskrivna och uthämtade läkemedel, inte läkemedel som ges när personen är inskriven i slutenvård, läkemedel dispenserade från läkemedelsförråd, så kallade rekvisitionsläkemedel, och inte heller läkemedel köpta utan recept. Om läkemedlen i stor utsträckning ges vid besök på sjukvårdsinrättningen, innebär detta en underskattning av antalet behandlade. Socialstyrelsen har utrett förutsättningarna för att integrera individbaserade data för rekvisitionsläkemedel i ett hälsodataregister och i framtiden kan det bli möjligt att via ett nationellt register följa upp även denna användning som kan komplettera siffror från läkemedelsregistret. (Uppföljning av rekvisitionsläkemedel – förutsättningar för integrering i ett hälsodataregister, Socialstyrelsen 2013).

När en läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende påbörjas ska läkemedlen iordningställas och överlämnas till patienten under uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal vid regelbundna återbesök på sjukvårdsinrättningen, vilket innebär att patienten inte hämtar ut sina läkemedel på recept. Den ansvarige läkaren får dock överlåta till patienten att själv hantera sina läkemedel, om

1. resultatet av den läkemedelsassisterade behandlingen vid opiatberoende varit stabilt under minst sex månader i följd,
2. läkaren bedömer att det är i överensstämmelse med vårdplanen, och
3. läkaren bedömer att det inte föreligger någon risk för att patienten säljer, ger bort eller på något annat sätt överlåter läkemedlet till någon annan person. (SOSFS 2009:27).

En kartläggning som gjordes vid Socialstyrelsen visade att bland personer som fått läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende återfanns uppgifter om läkemedel på recept i läkemedelsregistret för mer än 80 procent under kalenderåret (Kartläggning av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende, Socialstyrelsen 2012).

För att uppskatta hur stort problemet är i respektive landsting när det gäller att få en fullständig bild av läkemedelsanvändningen kan i dagsläget data över uttagna läkemedel på apotek kompletteras med uppgifter över andel läkemedel som säljs till vården, via försäljningsstatistik som hämtas ur statistiksystemet Concise vid eHälsomyndigheten.

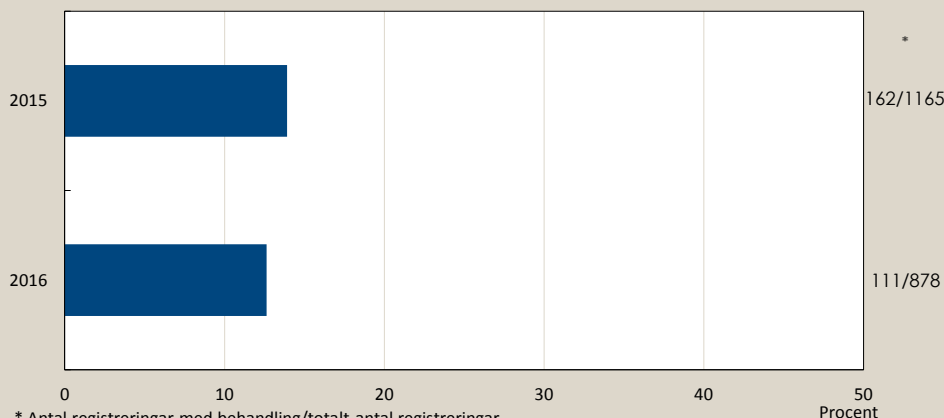
#### Redovisningsnivå Redovisnings-

Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland.  
Kön, ålder.

## Resultat baserade på Svenskt Beroenderegister

### Diagram 9. KBT, återfallsprevention eller CRA inom ramen för läkemedelsassisterad behandling vid missbruk eller beroende av opiater

Andel registreringar i SBR med diagnosen missbruk eller beroende av opiater och som ingår i LARO-behandling som har någon av de angivna insatserna., 20år eller äldre i riket.



Data från SBR avser juni 2015 och hela år 2016 samt registreringar, inte patienter, vilket innebär att indikatorbeskrivningen ovan inte överensstämmer helt med de data som hämtats från registret..

### Resultat baserade på patientregistret

De insatser som följs upp utförs i stor utsträckning i öppen specialiserad psykiatrisk vård av andra yrkesgrupper än läkare och dessa uppgifter finns ännu inte i patientregistret. Enkät till landstingens egna patientadministrativa system är en möjlig väg att pröva.

## 10. Tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, CRA med tillägg av förstärkningsmetod, KBT eller återfallsprevention vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat, specialiserad vård

<b>Mått</b>	Andel personer som i den specialiserade vården fått behandling i form av tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, CRA med tillägg av förstärkningsmetod, KBT eller återfallsprevention vid missbruk eller beroende av centralstimulerande preparat, procent.
<b>Syfte</b>	Med centralstimulantia menas preparat som stimulerar det centrala nervsystemet, exempelvis amfetamin och kokain. Med psykologisk och psykosocial behandling menas generellt metoder eller tekniker som ska förändra eller bearbeta den enskildes problembeteende. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet (som kombinerar tolvstegs-behandling och återfallsprevention med socialt nätverksstöd och regelbundna urinprover), community reinforcement approach (CRA) med tillägg av förstärkningsmetod (contingency management) (rad D20, D25, D21, samtliga prioritet 3) eller kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention (rad D22, prioritet 4). Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på andel som blir drogfria.
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Utvecklingsindikator. Nationell datakälla saknas idag. Låg täckningsgrad i Svenskt Beroenderegister (SBR). Enbart läkarbesök rapporteras till det nationella patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Psykologisk eller psykosocial behandling utförs i stor utsträckning av andra yrkesgrupper inom vården och dessa uppgifter måste samlas in från respektive landstings patient-administrativa system. Socialstyrelsen har 2014 utrett och föreslagit att uppgiftsskyldigheten till patientregistret ska utökas till att omfatta även andra yrkesgruppers åtgärder inom den psykiatriska öppenvården.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Alternativ sätt att mäta indikatorn beskrivs:

### Data utgörs av Svenskt Beroenderegister (SBR):

**Täljare:** Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i SBR med diagnosen missbruk eller beroende av centralstimulerande medel som fått

- a) tolvstegsbehandling
- b) MATRIX-programmet
- c) CRA med tillägg av förstärkningsmetod
- d) KBT eller återfallsprevention
- e) tolvstegsbehandling eller MATRIX-programmet eller CRA med tillägg av förstärkningsmetod eller KBT eller återfallsprevention.

**Nämnare:** Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i SBR med diagnosen missbruk eller beroende av centralstimulerande medel.

Med missbruk av centralstimulerande medel avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av kokain <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beroendesyndrom</li> <li>• Skadligt bruk</li> </ul>	F14.2 F14.1
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beroendesyndrom</li> <li>• Skadligt bruk</li> </ul>	F15.2 F15.1

### Data utgörs av patientregistret:

**Täjljare:** Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats i specialiserad vård med diagnoser för missbruk eller beroende av centralstimulerande medel (enligt kod ovan) som behandlats enligt alternativen ovan (se åtgärds-koder nedan).

**Nämnnare:** Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats i specialiserad vård med diagnoser för missbruk eller beroende av centralstimulerande medel.

Landstingen hämtar information från sina patientadministrativa system om antal personer som vårdats med diagnoser för missbruk eller beroende av centralstimulerande medel inom öppen specialiserad vård eller slutna vård vid beroende-enhet eller inom övrig psykiatri (nämnnare). Datum för första vårdtillfälle (mättillfället) under studerad tidsperiod noteras. Bland de vårdade beräknas antal personer som fått åtgärder-na vid mättillfället eller någon gång under 12 månader efter.

Åtgärds-kod	Beskrivning
AU117	Tolvstegsbehandling, strukturerad samtalsbehandling enligt Anonyma Alkoholisters 12 steg vilken syftar till tillfrisknande från alkohol- och drogberoende. Behandlingen ges individuellt eller i grupp
Kod saknas	MATRIX-programmet
Kod saknas	CRA
Kod saknas	Förstärkningsmetod
DU011	Systematisk psykologisk behandling, kognitiv beteendeterapeutisk – enligt specifik metod i enlighet med kognitiv teori
DU119	Återfallsprevention (ÅFP), Manualbaserad samtalsbehandling som syftar till att förebygga återfall genom att öka patientens kunskaper, motivation och färdigheter. Behandlingen ges individuellt eller i grupp.

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman. Antalsuppgifterna från landstingen rapporteras för vardera kön och om så bedöms vara nödvändigt även efter åldersgrupper för att ge möjlighet till stratifierade redovisningar liksom till åldersstandardisering.

<b>Datakällor</b>	Svenskt Beroenderegister (SBR) eller landstingens patientadministrativa system
<b>Felkällor</b>	Alla personer med missbruk eller beroende av centralstimulerande medel vårdas inte i slutna eller öppna specialiserad vård och de ingår inte i den studerade gruppen. Kodningen av åtgärder kan vara bristfällig. Möjliga problem med att få data från landstingen.
<b>Redovisnings-nivå</b>	Riket, landsting.
<b>Redovisnings-grupper</b>	Kön, ålder.
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård.

### Resultat baserade på Svenskt Beroenderegister

I SBR frågas om aktuella diagnostiserade beroendediagnoser samt frågor finns även om psykosocial behandling såsom tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, CRA, förstärkningsmetod, KBT och ÅFP. För närvarande bedöms dock uppgifterna inte meningsfulla att redovisa.

### Resultat baserade på patientregistret

De insatser som följs upp utförs i stor utsträckning i öppna specialiserad psykiatrisk vård av andra yrkesgrupper än läkare och dessa uppgifter finns

ännu inte i patientregistret. Enkät till landstingens egna patientadministrativa system är en möjlig väg att pröva.

*Resultat baserade uppgifter från öppna jämförelser av över missbruks- och beroendevården 2016*

Resultat för indikator 7.2 redovisar andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som erbjuder någon av åtgärderna MET, KBT, ÅP, Community Reinforcement Approach (CRA), tolvstegsbehandling eller Social Behaviour Network Therapy (SBNT) till personer med alkoholmissbruk eller narkotikamissbruk (cannabis eller centralstimulerande preparat).



## 11. Nedtrappning av bensodiazepin samt nedtrappning med tillägg av KBT vid långvarigt bruk av bensodiazepiner, specialiserad vård

<b>Mått</b>	Andel personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner som i den specialiserade vården fått nedtrappning av bensodiazepin eller nedtrappning med tillägg av KBT, procent.
<b>Syfte</b>	Det är vanligt med abstinensbesvär efter längre tids bruk av bensodiazepiner. Patienter kan därför behöva hjälp med nedtrappning. Abstinensperioden är ofta långvarig och det kan finnas risk för allvarliga abstinenskomplikationer. Nedtrappning innebär att patientens dos av bensodiazepiner minskas stegvis och risker för komplikationer minskas. I riktlinjerna ingår även kognitiv beteendeterapi (KBT) som tillägg till nedtrappning. KBT-behandlingen har varit inriktad på antingen bensodiazepinanvändningen eller sömnsvårigheter och ångest, eller båda. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda personer med långvarigt bruk, för vilka utsättning på sedvanligt sätt inte varit möjligt, nedtrappning av bensodiazepin eller nedtrappning med tillägg av KBT. Avgörande för rekommendationen är att insatsen ökar andelen patienter som blir bensodiazepinfria. Åtgärden har fått hög prioritet (prioritet 2, rad C24, respektive D13 i tillstånds- och åtgärds-listan).
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Utvecklingsindikator. Nationell datakälla saknas idag. Enbart läkarbesök rapporteras till det nationella patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Många behandlingar utförs av andra yrkesgrupper inom vården och dessa uppgifter måste samlas in från respektive landstings patientadministrativa system. Socialstyrelsen har 2014 utrett och föreslagit att uppgiftsskyldigheten till patientregistret ska utökas till att omfatta även andra yrkesgruppers åtgärder inom den psykiatriska öppenvården.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:

### Data utgörs av Svenskt Beroenderegister (SBR):

**Täljare:** Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i SBR med diagnosen beroende av hypnotika eller sedativa medel som fått

- a) nedtrappning
- b) nedtrappning samt behandling med KBT.

**Nämnare:** Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i SBR med diagnosen beroende av hypnotika eller sedativa medel.

Med bensodiazepinberoende avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av sedativa och hypnotika	
• Beroendesyndrom	F13.2
• Skadligt bruk	F13.1

### Data utgörs av patientregistret:

**Täljare:** Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med diagnosen beroende av hypnotika eller sedativa medel (enligt kod ovan) som behandlats enligt alternativen ovan (se åtgärds-koder nedan).

**Nämnare:** Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med diagnosen beroende av hypnotika eller sedativa medel.

Landstingen hämtar information från sina patientadministrativa system om antal personer som vårdats med diagnosen missbruk eller beroende

av hypnotika eller sedativa medel inom öppen specialiserad vård eller sluten vård vid beroendeenhet eller inom övrig psykiatri (nämnare). Datum för första vårdtillfälle (mättillfället) under kalenderåret noteras. För att mäta långvarig sjukdom hämtas uppgifter om personen vårdats vid något ytterligare tillfälle minst två år innan mättillfället och enbart långvariga brukare inkluderas.

Bland långvariga brukare beräknas antal personer som fått åtgärderna vid mättillfället eller någon gång under 12 månader efter mättillfället (täljare).

Åtgärdskod	Beskrivning
DV004	Avgiftning vid överkonsumtion av läkemedel – upprättande av nedtrappningsschema, överenskommelse med patienten samt uppföljning av tidigare överenskommelser
DU011	Systematisk psykologisk behandling, kognitiv beteendeterapeutisk – enligt specifik metod i enlighet med kognitiv teori

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman. Antalsuppgifterna från landstingen rapporteras för vardera kön och om så bedöms vara nödvändigt även efter åldersgrupper för att ge möjlighet till stratifierade redovisningar liksom till åldersstandardisering.

**Datakällor**

Svenskt Beroenderegister (SBR) eller landstingens patientadministrativa system

**Felkällor**

Låg täckningsgrad i Svenskt Beroenderegister (SBR).

Alla personer med missbruk eller beroende av hypnotika eller sedativa medel vårdas inte i sluten eller öppen specialiserad vård och de ingår inte i den studerade gruppen. Svårigheter med att ringa in det tillstånd som avses. Möjliga problem med att få data från landstingen. I framtiden, om alla yrkesgruppers insatser registreras i patientregistret, kan patientregistret länkas till läkemedelsregistret och långvariga användare av bensodiazepiner fångas med hjälp av uppgifter från läkemedelsregistret.

**Redovisningsnivå**

Riket, landsting.

**Redovisningsgrupper**

Kön, ålder.

**Kvalitetsområde**

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.

### *Resultat baserade på Svenskt Beroenderegister*

I SBR frågas om aktuella diagnostiserade beroendediagnoser samt frågor finns även om strukturerad nedtrappning av beroendeframkallande läkemedel. Registret frågar inte om hur länge ett bruk av bensodiazepiner varat. För närvarande bedöms dock uppgifterna inte meningsfulla att redovisa.

### *Resultat baserade på patientregistret*

De insatser som följs upp utförs i stor utsträckning i öppen specialiserad psykiatrisk vård av andra yrkesgrupper än läkare och dessa uppgifter finns ännu inte i patientregistret. Enkät till landstingens egna patientadministrativa system är en möjlig väg att pröva.

## Psykologisk och psykosocial behandling, ungdomar

Indikatorerna 12 (12.1–3) samt 13 (13.1–3) har specificerats för att mäta i vilken mån ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem får rekommenderade behandlingar både inom ramen för den specialiserade vården och inom socialtjänstens arbete. Alla indikatorer som rör barn och ungdomar är så kallade utvecklingsindikatorer, dvs. det finns för närvarande inga datakällor som kan användas. Inte heller finns några färdiga strukturer för att samla in data, exempelvis som den årsvisa insamlingen inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser av socialtjänsten.

De insatser som följs upp utförs i stor utsträckning i öppen specialiserad psykiatrisk vård av andra yrkesgrupper än läkare och dessa uppgifter finns ännu inte i patientregistret. Enkäter till ansvariga för landstingens egna patientadministrativa system kan vara en möjlig väg att pröva. Det saknas dock flera relevanta åtgärds-koder som används i dessa system. I Svenskt Beroenderegister ingår enbart personer som är 18 år eller äldre, så detta register är inte aktuellt som datakälla.

De indikatorer som föreslås inom socialtjänsten har specificerats enligt två olika sätt att mäta:

- En version där mätningar på individnivå av rekommenderade insatser föreslås, som uttrycker andel individer som får insatserna.
- En version som speglar verksamhetens struktur och följer upp vad verksamheten tillhandahåller.

## 12.1 Kort intervention eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC vid alkohol- eller narkotikaproblem hos ungdomar, specialiserad vård

<b>Mått</b>	Andel ungdomar i den specialiserade vården som fått kort intervention eller MET, MET i kombination med KBT, ACRA eller ACC vid alkohol- eller narkotikaproblem, procent.
<b>Syfte</b>	Vid missbruk och beroende av alkohol eller narkotika i ungdomsåren finns ökad risk för försämrad skolgång, antisociala och kriminella aktiviteter, minskande av sociala aktiviteter, psykiska besvär samt utsatthet för våld och övergrepp. För ungdomar krävs särskilda interventioner som är utarbetade och utprovade på ungdomar och deras förutsättningar. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda kort intervention som bygger på motiverande samtal (MI) eller motivationshöjande behandling (MET), MET i kombination med kognitiv beteendeterapi (KBT), adolescent community reinforcement approach (ACRA) eller assertive continuing care (ACC) vid alkohol- eller narkotikaproblem. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på andel ungdomar som använder alkohol eller narkotika. Rekommendationen har fått hög prioritet (prioritet 3) i nationella riktlinjer (rad G01, G02 respektive G07 i tillstånds- och åtgärdslistan).
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Utvecklingsindikator. Nationell datakälla saknas idag. Enbart läkarbesök rapporteras till det nationella patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Många behandlingar utförs av andra yrkesgrupper inom vården och dessa uppgifter måste samlas in från respektive landstings patientadministrativa system. Socialstyrelsen har 2014 utrett och föreslagit att uppgiftsskyldigheten till patientregistret ska utökas till att omfatta även andra yrkesgruppers åtgärder inom den psykiatriska öppenvården.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal ungdomar 12–20 år som under ett kalenderår vårdats för alkohol- eller narkotikaproblem som fått insatser med <ul style="list-style-type: none"> <li>a) kort intervention eller MET</li> <li>b) MET och KBT</li> <li>c) ACRA eller ACC</li> <li>d) någon av insatserna under a–c.</li> </ul> vid vårdtillfället eller någon gång inom 12 månader efter vårdtillfället. <i>Nämnare:</i> Totalt antal ungdomar 12–20 år som under ett kalenderår vårdats för alkohol- eller narkotikaproblem.

Med alkohol- eller narkotikaproblem avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol	F10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av opiater	F11
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av cannabis	F12
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av sedativa eller hypnotika	F13
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av kokain	F14
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein	F15
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av hallucinogener	F16
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel	F18

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser	F19
Problem som har samband med livsstil, alkoholbruk	Z72.1
Problem som har samband med livsstil, drogbruk	Z72.2

Landstingen hämtar information från sina patientadministrativa system om ungdomar som vårdats för ovanstående diagnoser inom öppen specialiserad vård eller sluten vård (inom barn- och ungdomspsykiatri respektive, barn- och ungdomshabilitering samt verksamheter med specialinriktning på alkohol- och narkotikamissbruk). Datum för första vårdtillfälle under studerad tidsperiod noteras. Bland de vårdade beräknas antal som fått åtgärderna vid detta första vårdtillfälle eller någon gång under 12 månader efter vårdtillfället för alkohol- eller narkotikaproblem.

Åtgärdskod	Beskrivning
DU118	Motiverande samtal (MI). Manualbaserad samtalsbehandling med målet att tydliggöra och förstärka personens egen motivation till förändring. Används i första hand för att åstadkomma livsstilsförändringar
Kod saknas	Motivationshöjande behandling (MET)
DU011	Systematisk psykologisk behandling, kognitiv beteendeterapeutisk (KBT) – enligt specifik metod i enlighet med kognitiv teori
Kod saknas	ACRA
Kod saknas	ACC

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman. Antalsuppgifterna från landstingen rapporteras för vardera kön och om så bedöms lämpligt även åldersindelad (yngre/äldre barn och ungdomar) för att ge möjlighet till stratifierade redovisningar.

**Datakällor**

Landstingens patientadministrativa system.

**Felkällor**

Alla barn och ungdomar med missbruksproblem vårdas inte i sluten eller öppen specialiserad vård och de ingår inte i den studerade gruppen. Koder saknas för vissa åtgärder. Då koder finns kan rapporteringen av de åtgärder som görs vara bristfällig. Möjliga problem med att få data från landstingen.

**Redovisningsnivå**

Riket, landsting, enhet.

**Redovisningsgrupper**

Kön, åldersgrupper (t.ex. 12–17, 18–20 år).

**Kvalitetsområde**

Kunskapsbaserad vård och omsorg.

## 12.2 Kort intervention eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC bland de som fått insatser i den sociala barn- och ungdomsvården

<b>Mått</b>	Andel ungdomar som inom ramen för socialtjänstens arbete fått kort intervention eller MET, MET i kombination med KBT, ACRA eller ACC bland dem med insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om vård av unga (LVU) på grund av alkohol- eller narkotikaproblem, procent.
<b>Syfte</b>	Vid missbruk och beroende av alkohol eller narkotika i ungdomsåren finns ökad risk för försämrade skolgång, antisociala och kriminella aktiviteter, minskande av sociala aktiviteter, psykiska besvär samt utsatthet för våld och övergrepp. För ungdomar krävs särskilda interventioner som är utarbetade och utprovade på ungdomar och deras förutsättningar. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda kort intervention som bygger på motiverande samtal (MI) eller motivationshöjande behandling (MET), MET i kombination med kognitiv beteendeterapi (KBT), adolescent community reinforcement approach (ACRA) eller assertive continuing care (ACC) vid alkohol- eller narkotikaproblem. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på andel ungdomar som använder alkohol eller narkotika. Rekommendationen har fått hög prioritet (prioritet 3) i nationella riktlinjer (rad G01, G02 respektive G07 i tillstånds- och åtgärdslistan).
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Utvecklingsindikator. Kontinuerlig insamling av personnummerbaserad statistik saknas när det gäller öppenvårdsinsatser som beslutats enligt SoL och LVU. Däremot finns idag individuppgifter med personnummer när det gäller heldygnsinsatser. För att kunna följa upp i vilken utsträckning rekommenderade insatser används inom den sociala barn- och ungdomsvården vid alkohol- eller narkotikaproblem krävs att: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnummerbaserad statistik samlas in för öppenvårdsinsatser enligt SoL och LVU.</li> <li>• Uppgifter samlas in om skäl relaterade till barnets problem eller beteende, i detta fall alkohol- eller annat drogmissbruk.</li> <li>• Uppgifter om stöd- och hjälpinsatser samlas in för varje individ.</li> </ul>
<b>Teknisk beskrivning</b>	Täjljare: Antal ungdomar 12–20 år som under ett kalenderår fått insatser med <ol style="list-style-type: none"> <li>a) kort intervention eller MET</li> <li>b) MET och KBT</li> <li>c) ACRA eller ACC</li> <li>d) någon av insatserna under a–c.</li> </ol> bland dem med öppenvårds- eller heldygnsinsatser som beslutats enligt SoL eller LVU och där skälet till insats är alkohol- eller narkotikaproblem. Nämnare: Totalt antal ungdomar 12–20 år med öppenvårds- eller heldygnsinsatser under ett kalenderår som beslutats enligt SoL eller LVU och där skälet till insats är alkohol- eller narkotikaproblem. Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman.
<b>Datakällor</b>	Enkät till kommunens ansvariga chef inom individ- och familjeomsorgen. På sikt kan ett system för utvidgad insamling av data inom den sociala barn- och ungdomsvården innebära bättre möjligheter till verksamhetsuppföljning, genom utveckling av personnummerstatistik, insamling av data om stöd- och hjälpinsatser, och skäl till insatsen.
<b>Felkällor</b>	Svårigheter för kommunerna att ta fram de uppgifter som efterfrågas.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, län, kommuner samt stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö, enheter, öppna insatser respektive heldygnsvård.
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder (t.ex. 12–17, 18–20 år).
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.

### 12.3 Kort intervention eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC i den sociala barn- och ungdomsvården

<b>Mått</b>	Psykosociala insatser med kort intervention eller MET, MET i kombination med KBT, ACRA eller ACC används i den sociala barn- och ungdomsvården på grund av alkohol- eller narkotikaproblem (ja/nej).
<b>Syfte</b>	Vid missbruk och beroende av alkohol eller narkotika i ungdomsåren finns ökad risk för försämrade skolgång, antisociala och kriminella aktiviteter, minskande av sociala aktiviteter, psykiska besvär samt utsatthet för våld och övergrepp. För ungdomar krävs särskilda interventioner som är utarbetade och utprovade på ungdomar och deras förutsättningar. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda kort intervention som bygger på motiverande samtal (MI) eller motivationshöjande behandling (MET), MET i kombination med kognitiv beteendeterapi (KBT), adolescent community reinforcement approach (ACRA) eller assertive continuing care (ACC) vid alkohol- eller narkotikaproblem. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på andel ungdomar som använder alkohol eller narkotika. Rekommendationen har fått hög prioritet (prioritet 3) i nationella riktlinjer (rad G01, G02 respektive G07 i tillstånds- och åtgärdslistan).
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått.
<b>Indikatorns status</b>	Utvecklingsindikator
<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: Använder ni kontinuerligt följande åtgärder vid behandling av ungdomar 12–20 år med alkohol- och narkotikaproblem? a) Kort intervention eller MET b) MET och KBT c) ACRA eller ACC d) någon av insatserna under a–c. <i>Definitioner:</i> Med kontinuerligt avses här att metoden används regelbundet. <i>Svarsalternativ:</i> Ja/Nej för respektive län/kommun/stadsdel/stadsområde. Kan även redovisas som exempelvis andelar av alla kommuner i ett län som använder metoden.
<b>Datakällor</b>	Enkät till landets kommuner och stadsdelar i de tre storstäderna.
<b>Felkällor</b>	Strukturmåttet visar inte hur många personer som borde ha fått insatsen som får denna. Möjliga problem med att få data från kommuner eller stadsdelar. I samband med insamlingen kan olika fel uppstå, bl.a. beroende på hur respondenten tolkat frågan.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, län, kommuner, stadsdelar/stadsområden.
<b>Redovisningsgrupper</b>	
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.

### 13.1 Familjebehandling med FFT eller MDFT vid alkohol- eller narkotika-problem hos ungdomar, specialiserad vård

<b>Mått</b>	Andel ungdomar i den specialiserade vården som fått familjebehandling i form av FFT eller MDFT vid alkohol- eller narkotikaproblem, procent.
<b>Syfte</b>	Behandling baserad på familjeterapi bygger på att hela eller delar av familjen på olika sätt involveras i behandlingen. Metoden har visat effekt även för andra problem än missbruk, till exempel antisocialt beteende. Familjebehandling används ofta för lite yngre ungdomar. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem familjebehandling eller systemisk behandling i form av functional family treatment (FFT) eller multidimensional family treatment (MDFT). Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på cannabis- och alkoholanvändande. Rekommendationen har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 3, rad G04 och G05 i tillstånds- och åtgärdslistan).
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Utvecklingsindikator. Nationell datakälla saknas idag. Enbart läkarbesök rapporteras till det nationella patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Många behandlingar utförs av andra yrkesgrupper inom vården och dessa uppgifter måste samlas in från respektive landstings patientadministrativa system. Socialstyrelsen har 2014 utrett och föreslagit att uppgiftsskyldigheten till patientregistret ska utökas till att omfatta även andra yrkesgruppers åtgärder inom den psykiatriska öppenvården.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal ungdomar 12–20 år som under ett kalenderår vårdats för alkohol- eller narkotikaproblem som behandlats med</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) FFT</li> <li>b) MDFT</li> <li>c) FFT eller MDFT</li> </ul> <p>vid vårdtillfället eller någon gång inom 12 månader efter vårdtillfället.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal ungdomar 12–20 år som under ett kalenderår vårdats för alkohol- eller narkotikaproblem.</p>

Med alkohol- eller narkotikaproblem avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol	F10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av opiater	F11
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av cannabis	F12
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av sedativa eller hypnotika	F13
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av kokain	F14
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein	F15
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av hallucinogener	F16
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel	F18
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser	F19
Problem som har samband med livsstil, alkoholbruk	Z72.1
Problem som har samband med livsstil, drogbruk	Z72.2



Landstingen hämtar information från sina patientadministrativa system om antal ungdomar som vårdats för ovanstående diagnoser inom öppen specialiserad vård eller sluten vård (inom barn- och ungdomspsykiatri respektive, barn- och ungdomshabilitering samt verksamheter med specialinriktning på alkohol- och narkotikamissbruk). Datum för första vårdtillfälle under studerad tidsperiod noteras. Bland de vårdade beräknas antal som fått respektive åtgärder vid detta första vårdtillfälle eller någon gång under 12 månader efter vårdtillfället för alkohol- eller narkotikaproblem.

Åtgärdskod	Beskrivning
DU024	Funktionell familjeterapi (FFT)
Kod saknas	Multidimensional Family Therapy (MDFT)

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman. Antalsuppgifterna från landstingen rapporteras för vardera kön och om så bedöms lämpligt även åldersindelad (yngre/äldre ungdomar) för att ge möjlighet till stratifierade redovisningar.

**Datakällor**

Landstingens patientadministrativa system.

**Felkällor**

Alla personer med missbruksproblem vårdas inte i sluten eller öppen specialiserad vård och de ingår inte i den studerade gruppen. Kodningen av åtgärder kan vara bristfällig. Möjliga problem med att få data från landstingen.

**Redovisningsnivå**

Riket, landsting, enhet.

**Redovisningsgrupper**

Kön, åldergrupper (t.ex. 12–17, 18–20 år).

**Kvalitetsområde**

Kunskapsbaserad vård och omsorg.

## 13.2 Familjebehandling med FFT eller MDFT i bland de som fått insatser i den sociala barn- och ungdomsvården

<b>Mått</b>	Andel ungdomar som fått familjebehandling i form av FFT eller MDFT, bland dem med insatser enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om vård av unga (LVU) på grund av alkohol- eller narkotikaproblem, procent.
<b>Syfte</b>	Behandling baserad på familjeterapi bygger på att hela eller delar av familjen på olika sätt involveras i behandlingen. Metoden har visat effekt även för andra problem än missbruk, till exempel antisocialt beteende. Familjebehandling används ofta för lite yngre ungdomar. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem familjebehandling eller systemisk behandling i form av functional family treatment (FFT) eller multidimensional family treatment (MDFT). Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på cannabis- och alkoholanvändande. Rekommendationen har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 3, rad G04 och G05 i tillstånds- och åtgärdslistan).
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Indikatorns status</b>	Utvecklingsindikator. Kontinuerlig insamling av personnummerbaserad statistik saknas när det gäller öppenvårdsinsatser som beslutats enligt SoL och LVU. Däremot finns idag individuppgifter med personnummer när det gäller heldygnsinsatser. För att kunna följa upp i vilken utsträckning dessa behandlingar används inom den sociala barn- och ungdomsvården vid alkohol- eller narkotikaproblem krävs att: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnummerbaserad statistik samlas in för öppenvårdsinsatser enligt SoL och LVU.</li> <li>• Uppgifter samlas in om skäl relaterade till barnets problem och/eller beteende, i detta fall alkohol- eller annat drogmissbruk.</li> <li>• Uppgifter om stöd- och hjälpinsatser samlas in för varje individ.</li> </ul>
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal ungdomar 12–20 år som under ett kalenderår fått</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>FFT</li> <li>MDFT</li> <li>FFT eller MDFT</li> </ol> <p>bland dem med öppenvårds- eller heldygnsinsatser som beslutats enligt SoL eller LVU under och där skälet till insats är alkohol- eller narkotikaproblem.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal ungdomar 12–20 år med öppenvårds- eller heldygnsinsatser under ett kalenderår som beslutats enligt SoL eller LVU och där skälet till insats är alkohol- eller narkotikaproblem.</p>
<b>Datakällor</b>	Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman. Enkät till kommunens ansvariga chef inom individ- och familjeomsorgen. På sikt kan ett system för utvidgad insamling av data inom den sociala barn- och ungdomsvården innebära bättre möjligheter till verksamhetsuppföljning, genom utveckling av personnummerstatistik, insamling av data om stöd- och hjälpinsatser, och skäl till insatsen.
<b>Felkällor</b>	Svårigheter för kommunerna att ta fram de uppgifter som efterfrågas.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, län, kommuner samt stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö, enheter, öppna insatser respektive heldygnsvård.
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder (t.ex. 12–17, 18–20 år).
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.

### 13.3 Familjebehandling i form av FFT eller MDFT i den sociala barn- och ungdomsvården

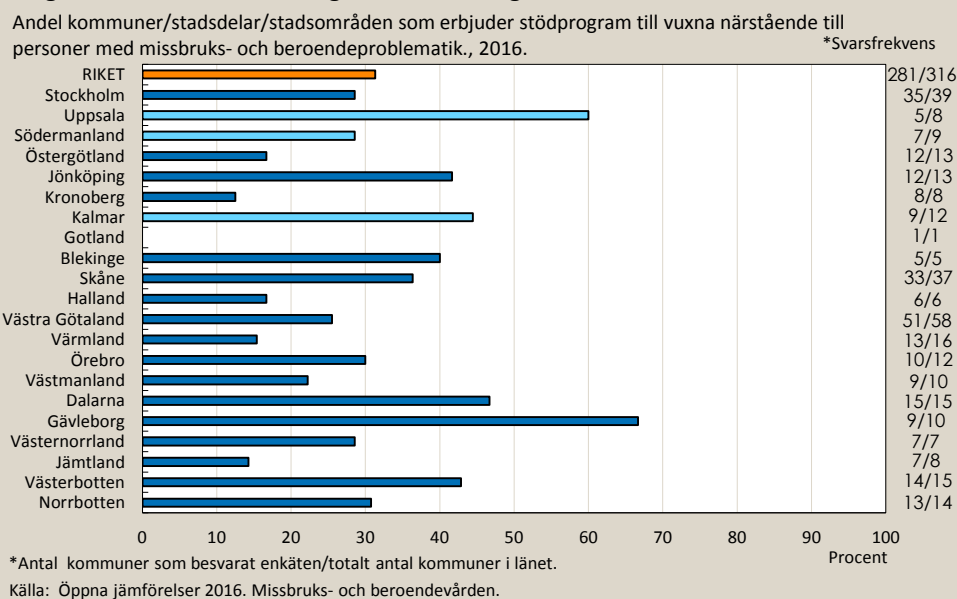
<b>Mått</b>	Familjebehandling i form av FFT eller MDFT används i den sociala barn- och ungdomsvården på grund av alkohol- och narkotikaproblem (ja/nej).
<b>Syfte</b>	Behandling baserad på familjeterapi bygger på att hela eller delar av familjen på olika sätt involveras i behandlingen. Metoden har visat effekt även för andra problem än missbruk, till exempel antisocialt beteende. Familjebehandling används ofta för lite yngre ungdomar. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem familjebehandling eller systemisk behandling i form av functional family treatment (FFT) eller multidimensional family treatment (MDFT). Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på cannabis- och alkoholanvändande. Rekommendationen har fått hög prioritet i nationella riktlinjer (prioritet 3, rad G04 och G05 i tillstånds- och åtgärdslistan).
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått.
<b>Indikatorns status</b>	Utvecklingsindikator
<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: Använder ni kontinuerligt följande åtgärder vid behandling av ungdomar 12–20 år med alkohol- och narkotikaproblem? a) FFT b) MDFT c) FFT eller MDFT. <i>Definitioner:</i> Med kontinuerligt avses här att metoden används regelbundet. <i>Svarsalternativ:</i> Ja/Nej för respektive verksamhet/ stadsdel/ kommun/ län. Kan även redovisas som exempelvis andelar av alla kommuner i ett län som använder metoden.
<b>Datakällor</b>	Enkät till landets kommuner och stadsdelar i de tre storstäderna.
<b>Felkällor</b>	Strukturmåttet visar inte hur många personer som borde ha fått insatsen som får denna. Möjliga problem med att få data från kommuner eller stadsdelar.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, län, kommuner, stadsdelar/stadsområden/verksamheter.
<b>Redovisningsgrupper</b>	
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.

## Psykosociala stödinsatser

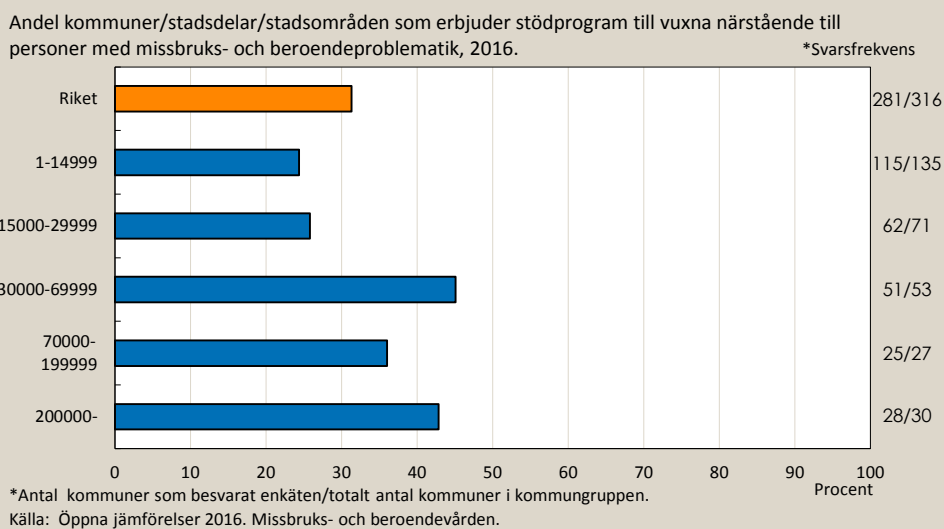
### 14. Psykosocialt stöd till anhöriga i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet

<b>Mått</b>	Andel kommuner, stadsdelar/stadsområden som uppger att vuxna närstående till personer med missbruk- och beroendeproblematik erbjuds stödprogram.
<b>Syfte</b>	Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda anhöriga till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika psykosocialt stöd i form av al-anon eller nar-anon-inspirerade stödprogram eller coping skills training (CST). Stödprogrammen syftar till att hjälpa deltagaren att hantera livet som anhörig till en person med missbruksproblem. Rekommendationerna har fått hög prioritet i nationella riktlinjer. Al- eller nar-anon inspirerade stödprogram har prioritet 2 (rad E09 i fillstånds- och åtgärdslistan), psykosocialt stöd i form av coping skills training har prioritet 3 (rad E10).
<b>Riktning</b>	Hög förekomst eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått.
<b>Indikatorns status</b>	Indikator med befintlig data.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: Erbjuder ni någon av nedanstående stöd till närstående (anhöriga) till personer med missbruk- och beroendeproblematik? <ul style="list-style-type: none"><li>• Al-anon--inspirerade stödprogram (inkl AFT)</li><li>• Nar-anon-inspirerade stödprogram</li><li>• Coping skills training (CST)</li><li>• Annat.</li></ul> Om annat, ange vad. <b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej <b>Definitioner:</b> Med <b>stöd</b> avses här nedanstående stödprogram till vuxna närstående (anhöriga) till personer som har missbruk- eller beroendeproblematik. Med <b>närstående</b> (anhöriga) avses här vuxna personer som har en nära relation med och/eller lever (helt eller delvis) tillsammans med en person med missbruk eller beroendeproblematik. Dessa stödprogram kan utföras i egen eller annan regi och erbjudas med eller utan biståndsbeslut. För att uppnå målvärdet krävs att kommunen svarat Ja på minst ett av de tre programmen Al-anon, Nar-anon och CST. För län och riket redovisas andelen svaranden som uppfyller målvärdet.
<b>Datakällor</b>	Enkät till kommunens, stadsdelens/stadsområdets ansvarige chef för missbruks- och beroendeverksamheten inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser 2016, missbruks- och beroendevården.
<b>Felkällor</b>	Strukturmålet visar inte hur stor andel av de personer som borde ha insatsen som har fått den. Möjliga problem med att få data från kommuner och stadsdelar. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl.a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenterna tolkat frågorna.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, län, kommuner, stadsdelar/stadsområden.
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.

### Diagram 14A. Stöd till anhöriga efter landsting



### Diagram 14B. Stöd till anhöriga, kommungrupper efter antal invånare



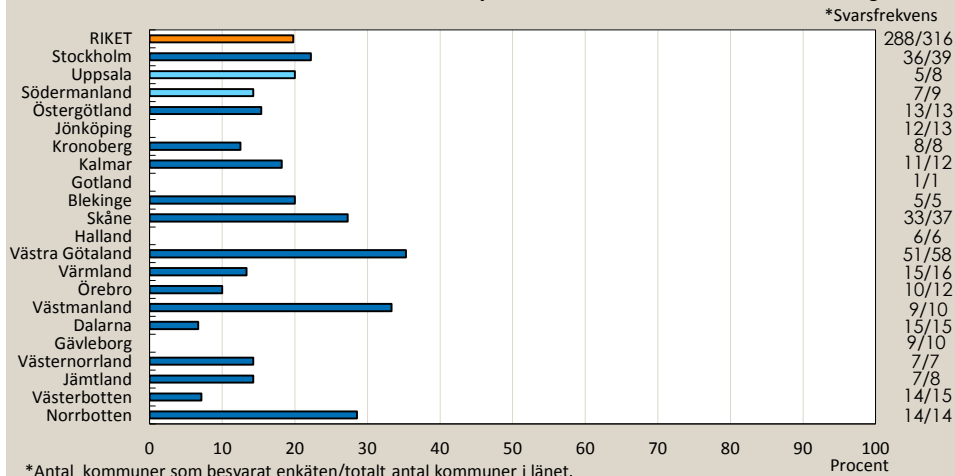
Insatserna avser 1 februari 2016, 89 procent av kommunerna besvarade enkäten. Uppgiften om svarsfrekvens visar hur många kommuner av de kommuner som ingår i mätningen som besvarat enkäten.

## 15. Boendeinsatser till hemlösa personer i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet

<b>Mått</b>	Andel kommuner, stadsdelar/stadsområden som uppger att de kan erbjuda boendeinsatser i form av bostad först eller vårdkedja till personer med missbruk, beroende eller psykisk sjukdom.
<b>Syfte</b>	Vårdkedja är en modell som syftar till att hemlösa personer ska få ett stabilt boende. Detta sker genom att behandla bakomliggande problematik och därefter erbjuda en egen bostad i olika steg. Modellen fokuserar på stöd- och vårdinsatser till den enskilde. Att erbjuda boende utan krav på behandlingsföljksamhet eller annan meritering enligt bostad först avhjälpel hemlöshet i större utsträckning än om erbjudandet om boende följs av sådana krav. Socialtjänsten bör erbjuda en varaktig boendelösning till hemlösa personer med psykisk funktionsnedsättning och missbruk utan krav på behandlingsföljksamhet eller annan meritering. Båda modellerna rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och har fått prioritet 4 (rad E05 respektive E06 i tillstånds- och åtgärdslistan).
<b>Riktning</b>	Hög andel ja-svar eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><b>Indikatorn bygger på följande enkätfråga:</b></p> <p>Erbjuder ni någon av boendeinsatserna nedan till hemlösa personer med missbruk eller beroende, psykisk sjukdom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) bostad först</li> <li>b) vårdkedja.</li> </ul> <p><b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej.</p> <p>Kommuner/stadsdelar/stadsområden som besvarat frågan med "Ja" för respektive modell betraktas som att de uppfyllt kriterierna för att erbjuda insatserna.</p>
<b>Datakällor</b>	Enkät till kommunens eller stadsdelens/stadsområdets ansvariga chef för missbruks- och beroendeverksamheten inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser 2016, missbruks- och beroendevården.
<b>Felkällor</b>	Strukturmåtten visar inte hur stor andel av de personer som borde ha stödinsatsen som fått den. Möjliga problem med att få data från kommuner och stadsdelar/stadsområden. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå, bl. a. beroende på hur respondenten tolkat frågorna.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, län, kommuner, stadsdelar/stadsområden.
<b>Redovisningsgrupper</b>	
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad och tillgänglig vård och omsorg.

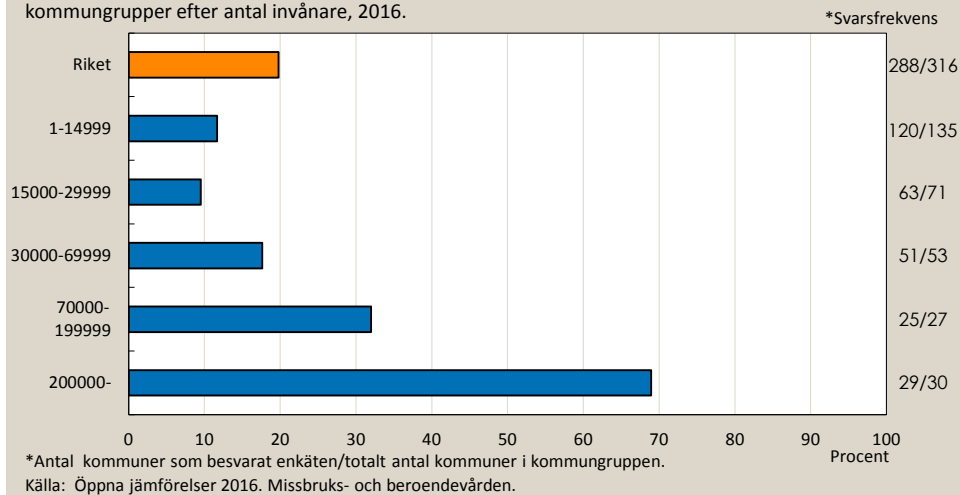
### Diagram 15A. Boendeinsatser - bostad först

Andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som erbjuder boendeinsatsen bostad först , landsting 2016



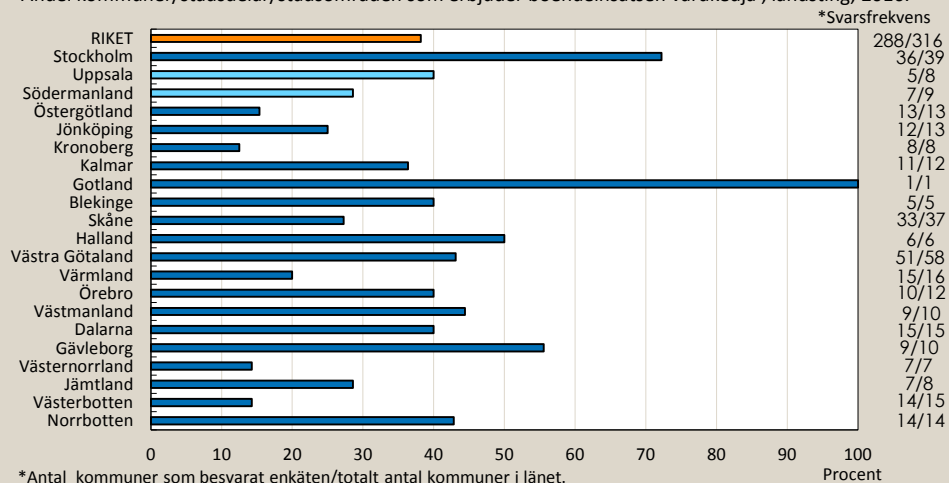
### Diagram 15B. Boendeinsatser - bostad först

Andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som erbjuder boendeinsatsen bostad först , kommungrupper efter antal invånare, 2016.



### Diagram 15C. Boendeinsatser - vårdkedja

Andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som erbjuder boendeinsatsen vårdkedja, landsting, 2016.

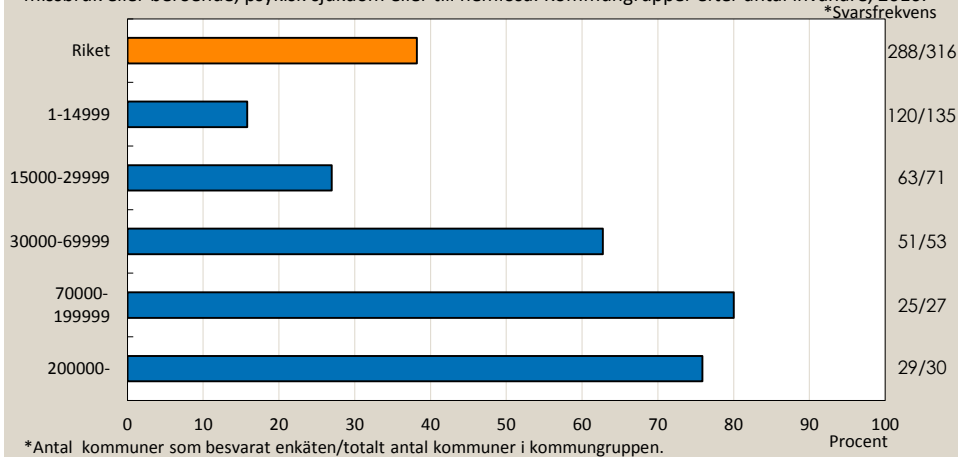


\*Antal kommuner som besvarat enkäten/totalt antal kommuner i länet.

Källa: Öppna jämförelser 2016. Missbruks- och beroendevården.

### Diagram 15D. Boendeinsatser - vårdkedja

Andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som erbjuder boendeinsatsen vårdkedja till personer med missbruk eller beroende, psykisk sjukdom eller till hemlösa. Kommungrupper efter antal invånare, 2016.



\*Antal kommuner som besvarat enkäten/totalt antal kommuner i kommungruppen.

Källa: Öppna jämförelser 2016. Missbruks- och beroendevården.



## 16. Multiprofessionella team i vård och stöd vid missbruk eller beroende av alkohol och narkotika

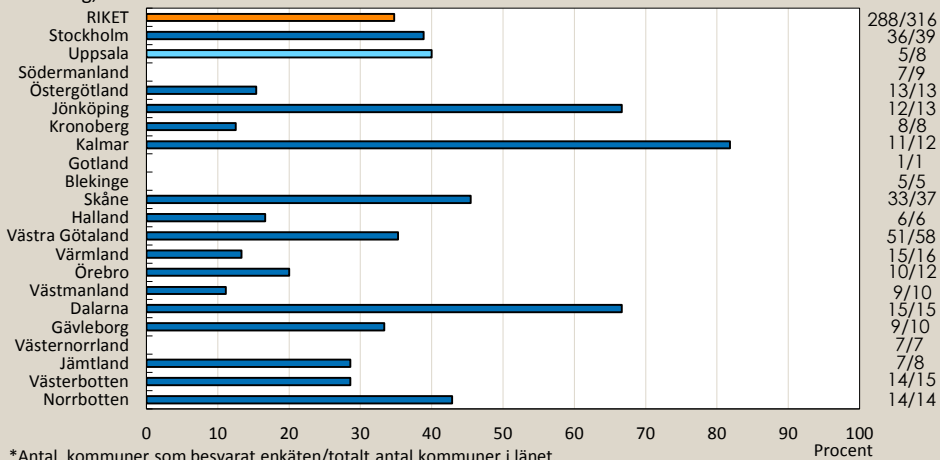
<b>Mått</b>	Andel kommuner, stadsdelar/stadsområden som uppger att de kan erbjuda insatsen case management i form av integrerade team eller i form av strengths model till personer med missbruk eller beroende
<b>Syfte</b>	<p>Case management-modeller syftar till att samordna och se till att den enskilde får tillgång till adekvata vård- och stödinsatser.</p> <p>Enligt Socialstyrelsens rekommendationer bör socialtjänsten erbjuda insatsen case management i form av integrerade eller samverkande team för personer med missbruk eller beroende med samtidig svår psykisk sjukdom och i behov av samordning av sina vård- och stödinsatser.</p> <p>Ett multiprofessionellt team samordnar individuellt anpassade vård- och stödåtgärder. Såväl behandling av missbruk eller beroende och psykiska sjukdomar samt psykosociala stödinsatser erbjuds oftast av teamet. Modellen minskar antalet dagar på sjukhus och ökar boendestabiliteten. Därutöver har den en positiv effekt på livskvaliteten, psykiska symtom och substansmissbruk och beroende</p> <p>Socialtjänsten bör erbjuda case management i form av strengths model till personer med missbruk eller beroende och som är i behov av samordning. Strengths model fokuserar på individens förmågor, möjligheter och självbestämmande när det gäller form, inriktning och innehåll i insatser som planeras och genomförs. Modellen bidrar till fler betalda arbetsdagar och kan bidra till avhållsamhet från alkohol.</p> <p>Båda modellerna rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och case management integrerade team har fått prioritet 3 (rad E08 i tillstånds- och åtgärdslistan) och case management strengths model prioritet 4 (rad E07).</p>
<b>Riktning</b>	Hög andel ja-svar eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><b>Indikatorn bygger på följande enkätfråga:</b></p> <p>Erbjuder ni någon av insatserna:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Case management i form av integrerade team till personer med missbruk eller beroende, psykisk sjukdom eller hemlösa?</li> <li>Case management i form av strengths model för personer med missbruk eller beroendeproblematik och i behov av samordning av sina vård- och stödinsatser?</li> </ol> <p><b>Svarsalternativ:</b> Ja/Nej.</p> <p>Kommuner/stadsdelar/stadsområden som besvarat frågan med "Ja" för respektive modell betraktas som att de uppfyllt kriterierna för att erbjuda insatserna.</p>
<b>Datakällor</b>	Enkät till kommunens eller stadsdelens/stadsområdets ansvariga chef för missbruks- och beroendeverksamheten inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser 2016, missbruks- och beroendevården.
<b>Felkällor</b>	Strukturmålet visar inte hur stor andel av de personer som borde ha stödinsatsen som fått den. Möjliga problem med att få data från kommuner och stadsdelar/stadsområden. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå, bl. a. beroende på hur respondenten tolkat frågorna.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, län, kommuner, stadsdelar/stadsområden.
<b>Redovisningsgrupper</b>	
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad och tillgänglig vård och omsorg.

### Diagram 16A. Case management - multiprofessionella team

Andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som erbjuder case management - integrerade team.

Landsting, 2016.

\*Svarsfrekvens



\*Antal kommuner som besvarat enkäten/totalt antal kommuner i länet.

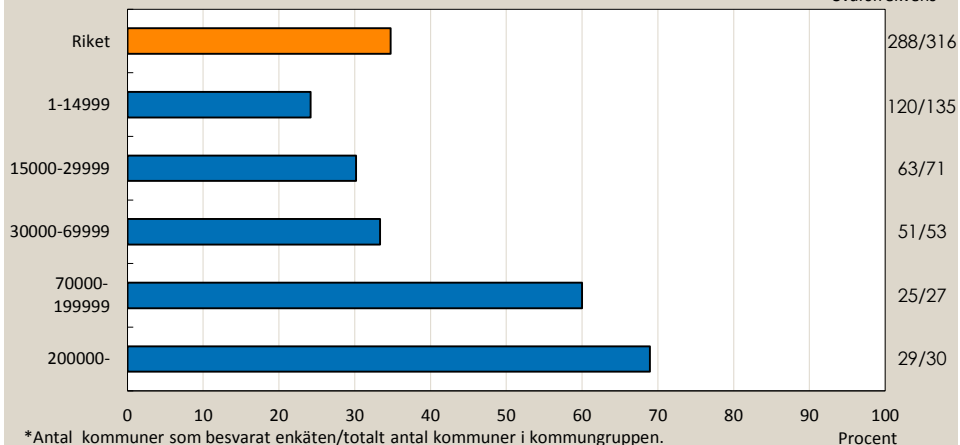
Källa: Öppna jämförelser 2016. Missbruks- och beroendevården.

### Diagram 16B. Case management - multiprofessionella team

Andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som erbjuder case management - integrerade team.

Kommungrupper efter antal invånare, 2016.

\*Svarsfrekvens

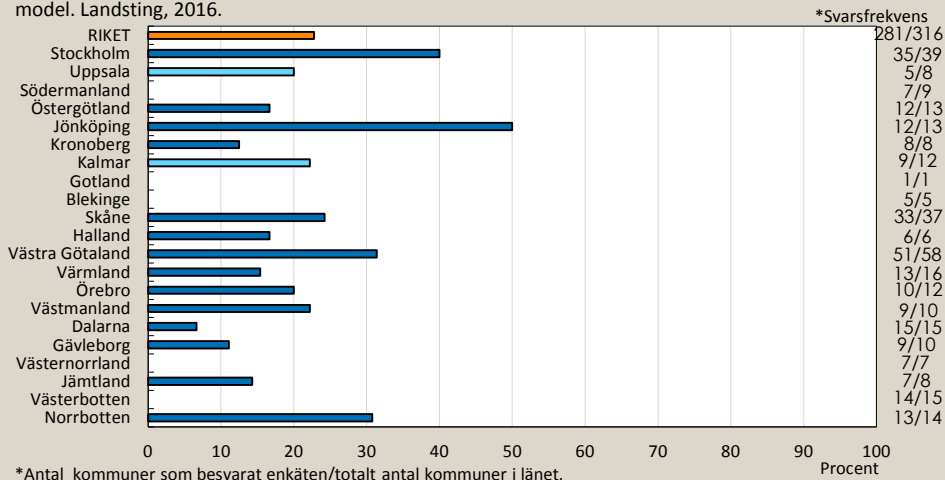


\*Antal kommuner som besvarat enkäten/totalt antal kommuner i kommungruppen.

Källa: Öppna jämförelser 2016. Missbruks- och beroendevården.

### Diagram 16C. Case management i form av strengths model

Andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som erbjuder case management i form av strengths model. Landsting, 2016.

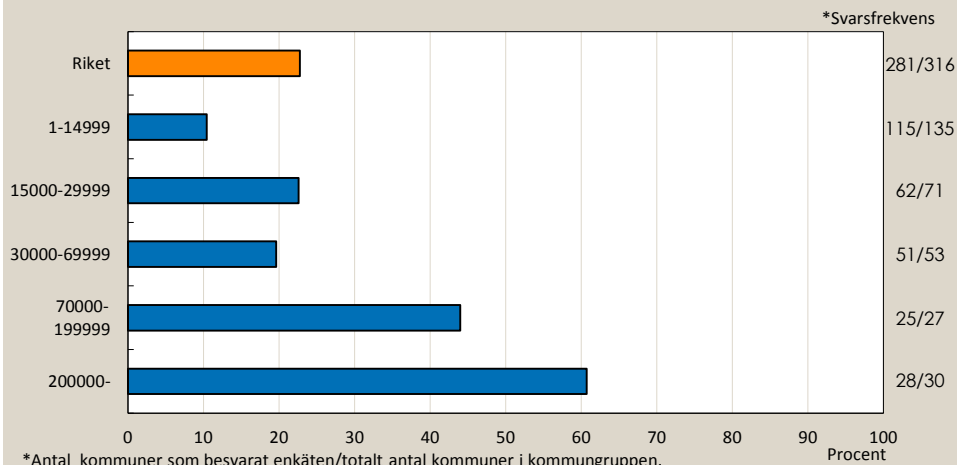


\*Antal kommuner som besvarat enkäten/totalt antal kommuner i länet.

Källa: Öppna jämförelser 2016. Missbruks- och beroendevården.

### Diagram 16D. Case management i form av strengths model

Andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som erbjuder case management i form av strengths model.



\*Antal kommuner som besvarat enkäten/totalt antal kommuner i kommungruppen.

Källa: Öppna jämförelser 2016. Missbruks- och beroendevården.

## Övergripande indikatorer

### 17. Dödlighet bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos

<b>Mått</b>	Andel döda ett år efter vård för alkohol- respektive narkotikadiagnos, procent.
<b>Syfte</b>	Hög dödlighet kan tyda på samsjuklighet och bristande omhändertagande inom såväl psykiatrisk som somatisk vård. Det är viktigt att följa att grupperna inte missgynnas i den positiva utvecklingen av medellivslängd och dödlighet.
<b>Riktning</b>	Låg andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täljare 1:</i> Antal döda, oavsett orsak, under 365 dagar efter vård med alkoholdiagnos under ett kalenderår, bland personer, 18 år eller äldre. <i>Nämnare 1:</i> Totalt antal personer 18 år eller äldre som vårdats med alkoholdiagnos under ett kalenderår. Med alkoholdiagnos avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol	F10

*Täljare 2:* Antal döda, oavsett orsak, under 365 dagar efter vård med narkotikadiagnos, bland personer, 18 år eller äldre.

*Nämnare 2:* Totalt antal personer 18 år eller äldre som vårdats med narkotikadiagnos under ett kalenderår.

Med narkotikadiagnos avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av opiater	F11
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av cannabis	F12
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av sedativa eller hypnotika	F13
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av kokain	F14
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein	F15
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av hallucinogener	F16
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel	F18
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser	F19

Diagnosuppgiften kommer antingen från ett vårdtillfälle i slutna vård eller i öppen specialiserad vård. Personens första vårdtillfälle (under exempelvis ett kalenderår) selekteras oavsett var det ägt rum. Utskrivningsdatumet (om detta vårdtillfälle är inom den slutna vården) eller datum för besök (om besöket sker i öppen specialiserad beroendevård) utgör startdatum för att hämta information om personen avlidit eller inte under 365 dagar framåt.

Åldersstandardiserade värden.

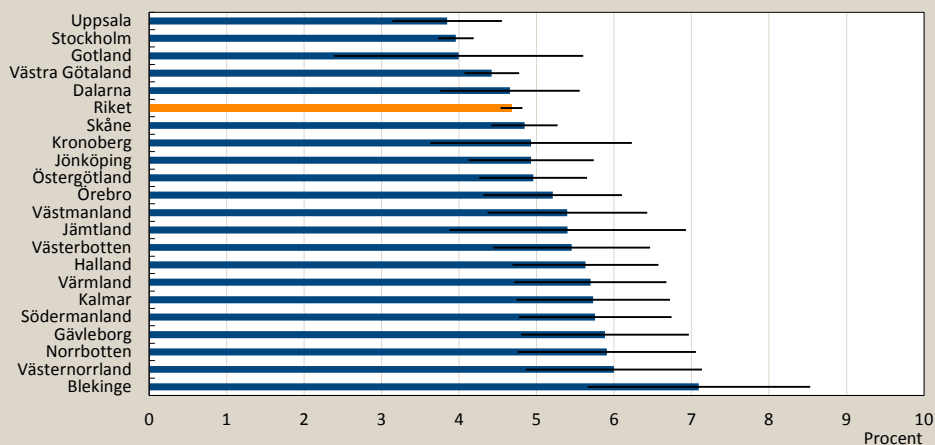
Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

<b>Datakällor</b>	Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman. Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Brister i diagnosregistrering. Alla personer som missbrukar alkohol eller narkotika vårdas inte i sluten eller öppen specialiserad vård och de ingår inte i de studerade grupperna.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland.
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder.
<b>Kvalitetsområde</b>	Säker och kunskapsbaserad vård och omsorg.

## Data från patientregistret

### Diagram 17A. Dödlighet bland vårdade med alkoholdiagnos

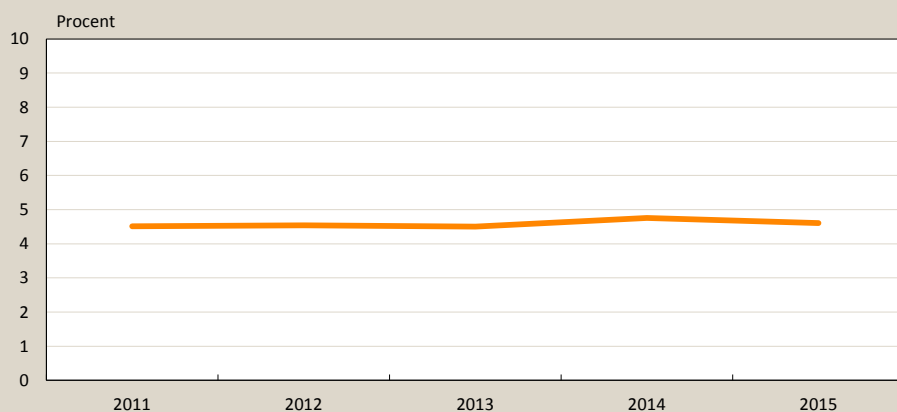
Andel döda 365 dagar efter alkoholdiagnos i den specialiserade vården. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat, 2014-2015.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### Diagram 17B. Dödlighet bland vårdade med alkoholdiagnos

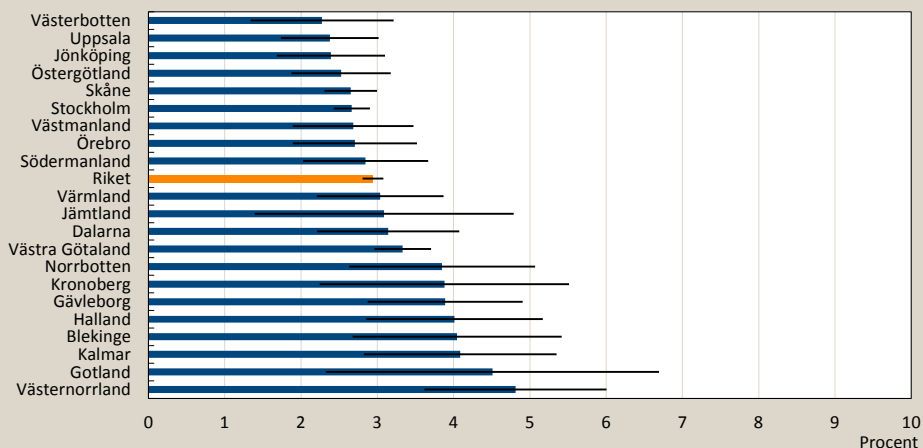
Andel döda 365 dagar efter alkoholdiagnos i den specialiserade vården. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### Diagram 17C. Dödlighet bland vårdade med narkotikadiagnos

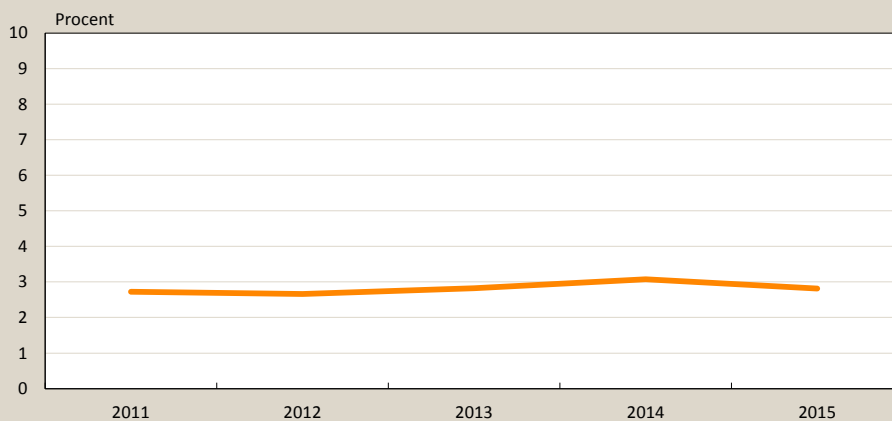
Andel döda 365 dagar efter narkotikadiagnos i den specialiserade vården. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat, 2014-2015.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### Diagram 17D. Dödlighet bland vårdade med narkotikadiagnos

Andel döda 365 dagar efter narkotikadiagnos i den specialiserade vården. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

## 18. Återinskrivning i slutenvård inom 12 månader bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos

<b>Mått</b>	Andel personer återinskrivna i slutenvård ett år efter vård med alkohol- respektive narkotikadiagnos, procent.
<b>Syfte</b>	Återinskrivning inom 12 månader avser att belysa uppföljningen och det fortsatta omhändertagandet efter patienternas utskrivning. Återinskrivningar kan belysa kvaliteten i öppenvården, i kommunens och socialtjänstens insatser samt samspelet dem emellan.
<b>Riktning</b>	Låg andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare 1:</i> Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med alkoholdiagnos i slutenvård och som inom 365 dagar efter utskrivning vårdas igen i den slutna vården med alkohol- eller narkotikadiagnos.</p> <p><i>Nämnare 1:</i> Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med alkoholdiagnos i slutenvård.</p> <p><i>Täljare 2:</i> Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med narkotikadiagnos i slutenvård och som inom 365 dagar efter utskrivning vårdas igen i den slutna vården med alkohol- eller narkotikadiagnos.</p> <p><i>Nämnare 2:</i> Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med narkotikadiagnos i slutenvård.</p>

Med alkoholdiagnos avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol	F10

Med narkotikadiagnos avses följande diagnoskoder:

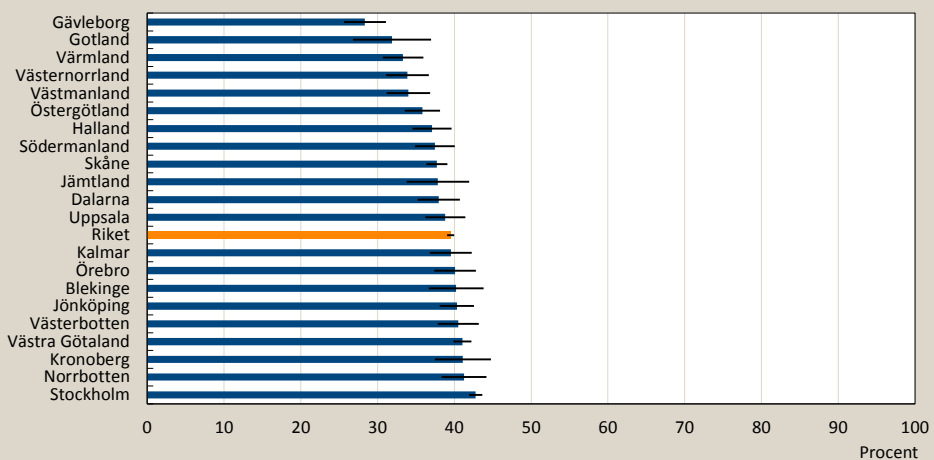
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av opiater	F11
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av cannabis	F12
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av sedativa eller hypnotika	F13
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av kokain	F14
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein	F15
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av hallucinogener	F16
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel	F18
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser	F19

Personens första vårdtillfälle (under exempelvis ett kalenderår) selektaras. Utskrivningsdatum utgör startdatum för att hämta information om personen vårdats i slutenvård med alkohol- eller narkotikadiagnos inom 365 dagar. Eventuellt dödsdatum hämtas från dödsorsaksregistret och personer som avlidit inom 12 månader exkluderas. Åldersstandardiserade värden.

	Den geografiska fördelningen avser personernas hemort. Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman.
<b>Datakällor</b>	Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.
<b>Felkällor</b>	Brister i diagnosregistrering. Alla personer som missbrukar alkohol eller narkotika söker inte vård. Det är viktigt att definiera när ett vårdtillfälle är slut och ett nytt börjar. Personer kan skrivas ut och in på nytt p.g.a. administrativa omständigheter.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelse-land.
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder.
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.

### Diagram 18A. Återinskrivning i slutenvård bland vårdade med alkoholdiagnos

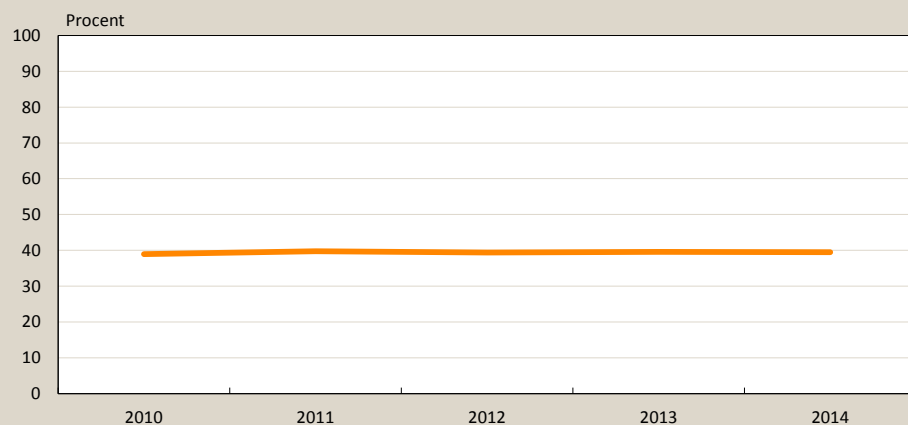
Andel personer återinskrivna i slutenvård med alkoholdiagnos 365 dagar efter tidigare slutenvård med alkoholdiagnos. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat, 2013-2014.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### Diagram 18B. Återinskrivning i slutenvård bland vårdade med alkoholdiagnos

Andel personer återinskrivna i slutenvård med alkoholdiagnos 365 dagar efter tidigare slutenvård med alkoholdiagnos. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat.

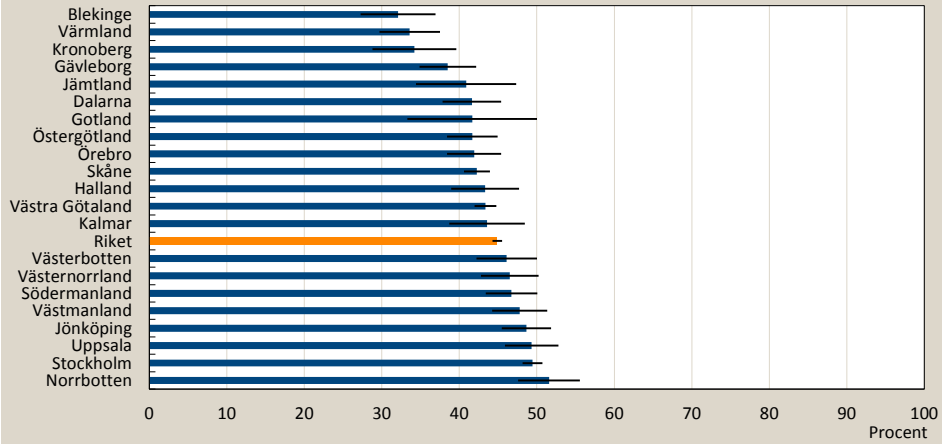


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.



### Diagram 18C. Återinskrivning i slutenvård bland vårdade med narkotikadiagnos

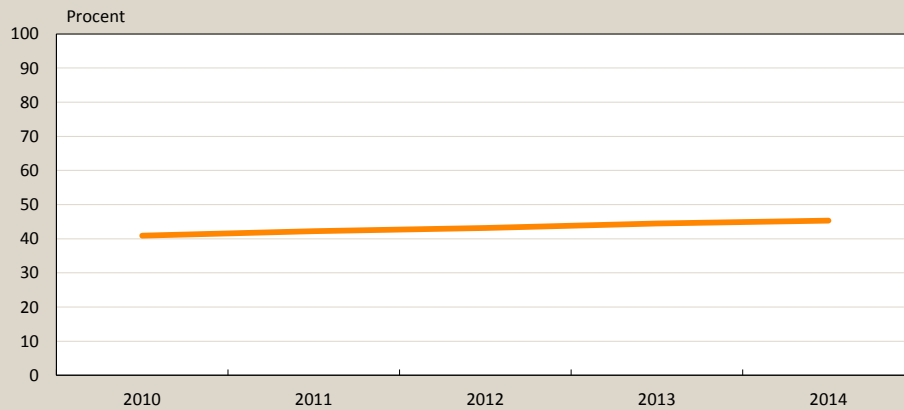
Andel personer återinskrivna i slutenvård med narkotikadiagnos 365 dagar efter tidigare slutenvård med narkotikadiagnos. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat, 2013-2014.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### Diagram 18D. Återinskrivning i slutenvård bland vårdade med narkotikadiagnos

Andel personer återinskrivna i slutenvård med narkotikadiagnos 365 dagar efter tidigare slutenvård med narkotikadiagnos. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

## 19. Självmord eller självmordsförsök bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos

<b>Mått</b>	Andel döda i självmord eller vårdade för självmordsförsök året efter vårdtillfälle med alkohol- respektive narkotikadiagnos, procent.
<b>Syfte</b>	Indikatorn visar andelen döda i självmord eller andel som vårdats för självmordsförsök året efter vårdtillfälle med alkohol- eller narkotikadiagnos. En hög andel självmord eller självmordsförsök i gruppen kan tyda på bristande tillgänglighet och kvalitet i vård och behandling av alkohol- och narkotikarelaterade problem.
<b>Riktning</b>	Låg andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare 1:</i> Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med alkoholdiagnos i sluten eller öppen specialiserad vård och som inom 365 dagar efter utskrivning avlider i dödsorsaken självmord eller vårdas för självmordsförsök.</p> <p><i>Nämnare 1:</i> Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med alkoholdiagnos i sluten eller öppen specialiserad vård.</p> <p><i>Täljare 2:</i> Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med narkotikadiagnos i sluten eller öppen specialiserad vård och som inom 365 dagar efter utskrivning avlider i dödsorsaken självmord eller vårdas för självmordsförsök.</p> <p><i>Nämnare 2:</i> Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med narkotikadiagnos i sluten eller öppen specialiserad vård.</p>

Med alkoholdiagnos avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol	F10

Med narkotikadiagnos avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av opiater	F11
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av cannabis	F12
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av sedativa eller hypnotika	F13
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av kokain	F14
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein	F15
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av hallucinogener	F16
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel	F18
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser	F19

Med självmord eller självmordsförsök avses följande diagnoskoder:

Yttre orsaker till sjukdom	ICD 10
Avsiktligt självdestruktiv handling	X60-X84

Diagnosuppgiften avseende alkohol eller narkotika kommer antingen från ett vårdtillfälle i slutna vård eller i öppen specialiserad vård. Personens första vårdtillfälle (under exempelvis ett kalenderår) selekteras. Utskrivningsdatum (om detta vårdtillfälle är inom den slutna vården) eller datum för besök (om besöket sker i öppen specialiserad beroendevård) utgör startdatum för att hämta information om personen avlidit med självmordsdiagnos eller vårdats för självmord/självmordsförsök eller inte under 365 dagar framåt.

Åldersstandardiserade värden.

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman.

**Datakällor**

Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

**Felkällor**

Brister i diagnosregistrering. Alla personer som missbrukar alkohol eller narkotika vårdas inte i slutna eller öppna specialiserad vård och de ingår inte i den studerade gruppen.

**Redovisningsnivå**

Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland.

**Redovisningsgrupper**

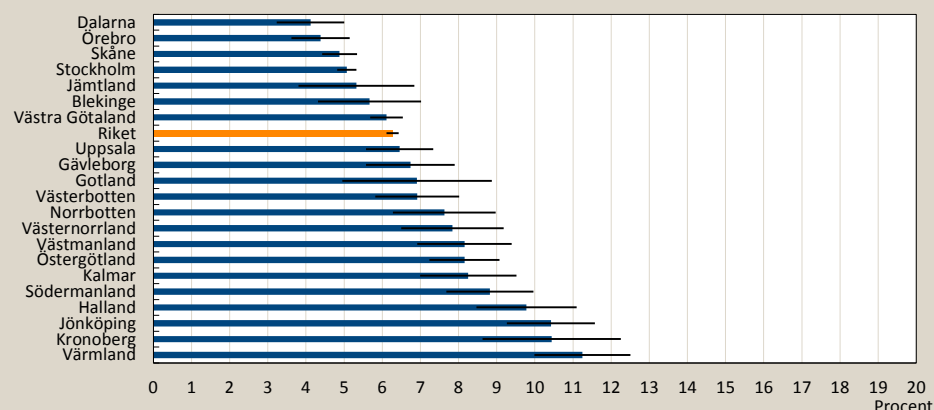
Kön, ålder.

**Kvalitetsområde**

Säker och kunskapsbaserad vård och omsorg.

**Diagram 19A. Självmord eller självmordsförsök bland vårdade med alkoholdiagnos**

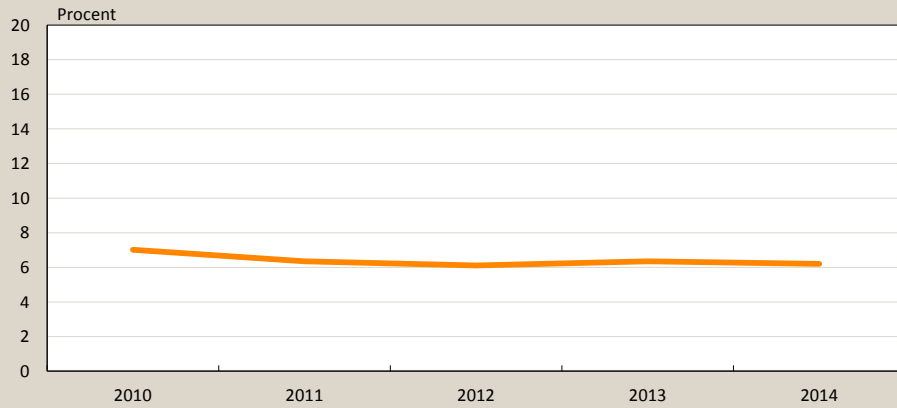
Andel döda i självmord eller vårdade för självmordsförsök vid alkoholdiagnos. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat, 2013-2014. vården. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat, 2014-2015.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### Diagram 19B. Själv mord eller självmordsförsök bland vårdade med alkoholdiagnos

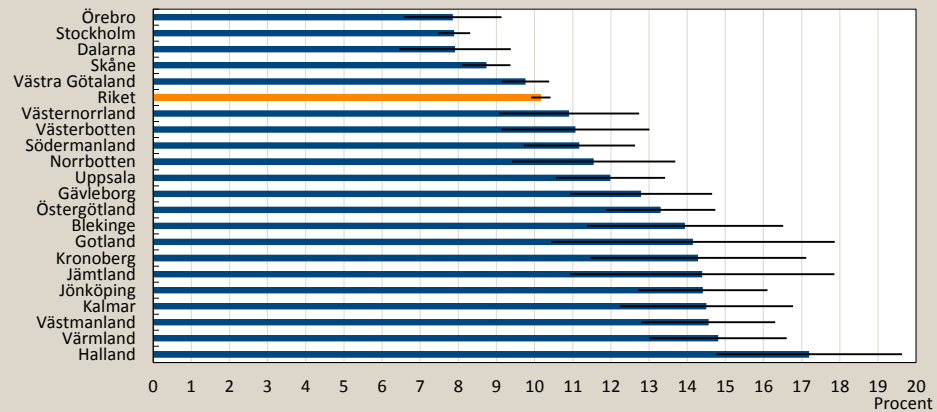
Andel döda i självmord eller vårdade för självmordsförsök vid alkoholdiagnos i den specialiserade vården. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### Diagram 19C. Själv mord eller självmordsförsök bland vårdade med narkotikadiagnos

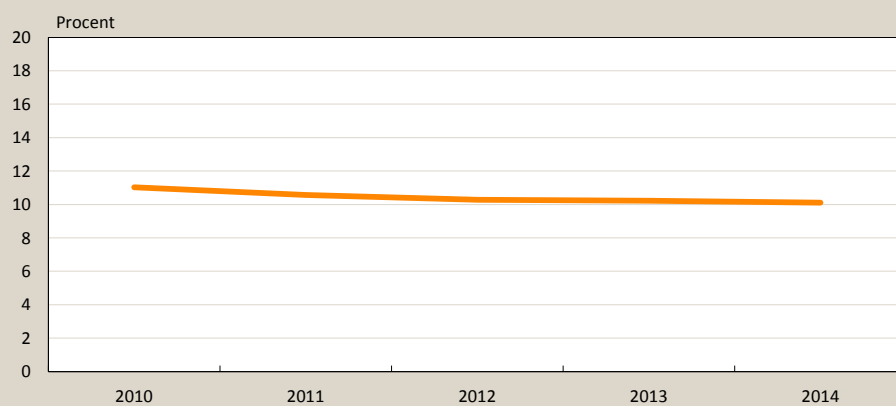
Andel döda i självmord eller vårdade för självmordsförsök vid narkotikadiagnos. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat, 2013-2014. vården. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat, 2014-



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

### Diagram 19D. Självord eller självordsförsök bland vårdade med narkotikadiagnos

Andel döda i självord eller vårdade för självordsförsök vid narkotikadiagnos. Patienter 18 år eller äldre. Åldersstandardiserat.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

## 20. Positiva upplevelser och förväntningar på vården vid LARO-mottagningar

<b>Mått</b>	Andel patienter inom LARO-vården, som har en positiv inställning till vården när det gäller tillgänglighet, bemötande och upplevd nytta av behandling, procent
<b>Syfte</b>	Mötet mellan vårdare och patient är kärnan i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Att få emotionellt stöd, ett respektfullt bemötande, få information och känna sig delaktig i vården är viktiga dimensioner i en god vård, liksom att vården är tillgänglig och koordineras med andra aktörer. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska med sin kunskap och tillämpad vetenskap förklara sjukdomen, behandlingen och vilka resultat som kan uppnås. Men de ska också förstå och se patientens kunskaper om sin sjukdom och möjligheter till samarbete där var och en bidrar med sin kunskap.
<b>Riktning</b>	Hög förekomst eftersträvas för samtliga dimensioner.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns inte, regionala data redovisas.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><b>Täljare:</b> Personer enligt nämnaren som uppger positiva svar, dvs. på en femgradig skala där 1 och 2 klassificeras som negativa svar, 3 som neutrala och 4-5 som positiva, har kryssat i 4 eller 5.</p> <p><b>Nämnare:</b> Personer som besökt LARO-mottagning i Region Skåne december 2015 till januari 2016 och som besvarat enkät i väntrummet med något av alternativen 1–5.</p> <p>Mellan 7 december 2015 och 22 januari 2016 genomförde samtliga LARO-mottagningar inom Region Skåne väntrumsenkäter inom ramen för Nationell Patientenkät. Det övergripande syftet med frågorna är att fånga upp patienternas upplevelser och förväntningar av vården på mottagningarna. Svaren på frågorna har grupperats enligt sju dimensioner:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Information och kunskap</b> sammanfattar frågorna "Har du fått tillräckligt med information om mottagningens rutiner, t.ex. tider och regler?", "Har du blivit väl upplyst om dina rättigheter som patient?".</li><li>• <b>Kontinuitet och koordinering</b> belyses med frågan "Tycker du att samarbetet i ditt fall fungerar tillfredsställande mellan mottagningen och andra verksamheter?".</li><li>• <b>Tillgänglighet</b> sammanfattar frågorna "Upplever du att det finns möjlighet till att anpassa dina besökstider på mottagningen om du skulle få arbete eller börja studera?", "Upplever du att mottagningens tillgänglighet är god?", "Upplever du att tillgängligheten till läkaren är god?", "Tycker du att du har fått träffa din behandlare så mycket som du har behövt under de senaste sex månaderna?".</li><li>• <b>Delaktighet och involvering</b> sammanfattar frågorna "Tycker du att personalen lyssnar på dina önskemål?", "Är du nöjd med den hjälp du får av personalen i underhållsbehandlingen?", "Har du och din behandlare en nedskrivna plan för din fortsatta vård?".</li><li>• <b>Respekt och bemötande</b> belyses med frågan "Känner du att du blivit bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?".</li><li>• <b>Emotionellt stöd</b> belyses med frågan "Har du varit rädd för att bli utskrivna ur behandlingen mot din vilja?".</li><li>• <b>Helhetsintryck</b> sammanfattar frågorna "Är du nöjd med din läkemedelsdos?", "Anser du att dina aktuella behov av behandling blivit tillgodosedda vid dina besök på mottagningen?".</li></ul>
<b>Datakällor</b>	Väntrumsenkät vid samtliga LARO-mottagningar inom Region Skåne inom ramen för Nationell Patientenkät (Sveriges Kommuner och landsting (SKL)).
<b>Felkällor</b>	Svarsfrekvens är 53,8 procent (641 av 1191) men varierar mellan enheter.

Då de nationella data som samlas in via Nationell Patientenkät inte ger möjlighet att redovisa resultat specifikt för missbruks- och beroendevården, är dessa siffror för Region Skåne de enda som finns att redovisa.

**Redovisningsnivå**

Region Skåne

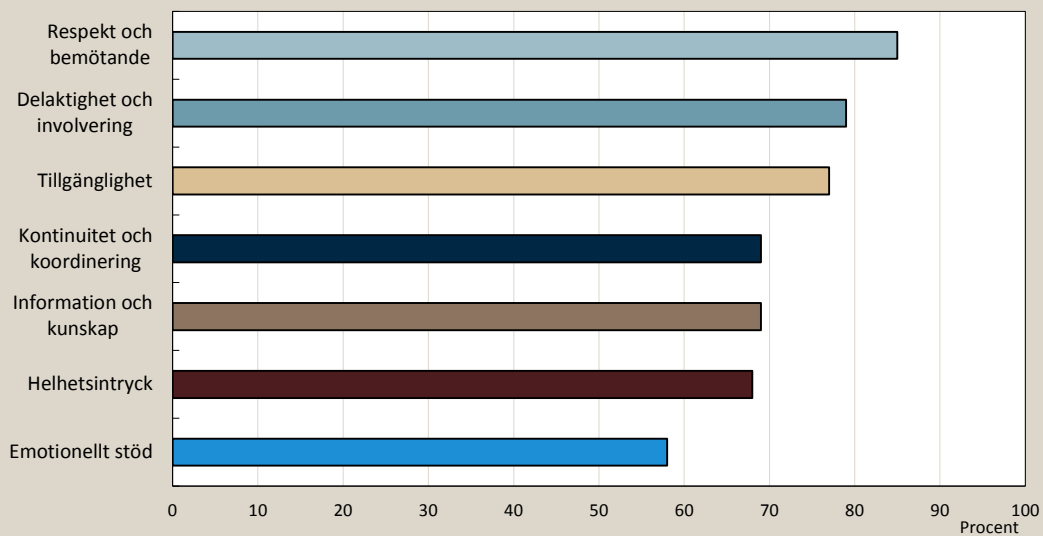
**Redovisningsgrupper**

**Kvalitetsområde**

Individanpassad vård och omsorg

### Diagram 20. Positiva upplevelser och förväntningar på vården vid LARO-mottagningar

Andel patienter inom LARO-vården, som har en positiv inställning till vården när det gäller dimensioner som rör tillgänglighet, bemötande och upplevd nytta av behandling december 2015 till januari 2016 i Region Skåne.



Källa: Väntrumskät vid samtliga LARO-mottagningar inom Region Skåne.

## 21. Brukarinflytande på individuell nivå i socialtjänstens missbruks- och beroendeverksamhet

<b>Mått</b>	Andel kommuner eller stadsdelar/stadsområden som uppger att de har aktuella rutiner om att genomförandeplaner upprättas som tas fram med och undertecknas av den som planen gäller.
<b>Syfte</b>	Socialtjänstens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS). Det är viktigt att arbetet planeras, bedrivs målinriktat och följs upp tillsammans med den enskilde. En gemensam planering ökar förutsägbarheten för den enskilde. Att den enskilde skriver under genomförandeplaner är ett sätt att säkerställa hans eller hennes delaktighet och planering av insatsen. Detta kan stärka de enskildes inflytande vilket jämnar ut maktbalansen mellan de aktörer som beslutar eller utför insatser, och de personer som får insatserna (Metoder för brukarinflytande och medverkan inom Socialtjänst och psykiatri. En kartläggning av forskning och praktik. Socialstyrelsen, 2011).
<b>Riktning</b>	Hög förekomst eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått.
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><b>Indikatorn bygger på följande enkätfrågor:</b></p> <p>A. Har ni en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin om att upprätta en genomförandeplan för alla som får en biståndsbeslutad insats för missbruks- och beroendeproblematik?</p> <p>Svarsalternativ: Ja/Nej</p> <p><b>Definitioner A:</b></p> <p>Med <b>ledningsnivå</b> avses den nivå inom organisationen som har mandat att fastställa gemensamma rutiner.</p> <p>Med <b>rutin</b> avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen. Rutinen ska vara känd och användas av ansvariga handläggare.</p> <p>Med <b>genomförandeplan</b> avses här en dokumenterad planering om hur en eller flera biståndsbeslutade insatser ska genomföras av utföraren, även målet med insatserna ska framgå.</p> <p>Insatsen kan utföras i egen eller annan regi.</p> <p>Genomförandeplanen upprättas för alla, med undantaget om den enskildes tillstånd/situation inte möjliggör det.</p> <p>B. Innehåller rutinen nedanstående delar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alla genomförandeplaner ska upprättats tillsammans med den enskilde</li><li>• Alla genomförandeplaner ska undertecknats av den enskilde?</li></ul> <p>Svarsalternativ: Ja/Nej - för respektive del.</p> <p>C. Har ni någon gång under perioden XX till YY (ex. 12 mån) följt upp rutinen?</p> <p><b>Definitioner C:</b></p> <p>Med <b>följt upp</b> avses att ni har kontrollerat att rutinen används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad.</p> <p>Svarsalternativ: Ja/Nej/ Ej aktuellt, då rutinen upprättades nyligen, enligt definition.</p> <p>Kommuner/stadsdelar/stadsområden som besvarat fråga A och B med Ja och fråga C med Ja eller Ej aktuellt betraktas som att de uppfyllt kriteriet för den aktuella rutinen.</p>
<b>Datakällor</b>	Enkät till kommunens eller stadsdelens/stadsområdets ansvariga chef för missbruks- och beroendeverksamhet inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser.



**Felkällor**

Strukturmålet visar inte för hur stor andel av berörda personer för vilka genomförandeplaner upprättats och undertecknats. I samband med datainsamlingen kan olika fel uppstå. Felen kan bl. a. bero på mätinstrumentets utformning, hur frågorna är ställda och hur respondenten tolkat frågorna.

**Redovisningsnivå**

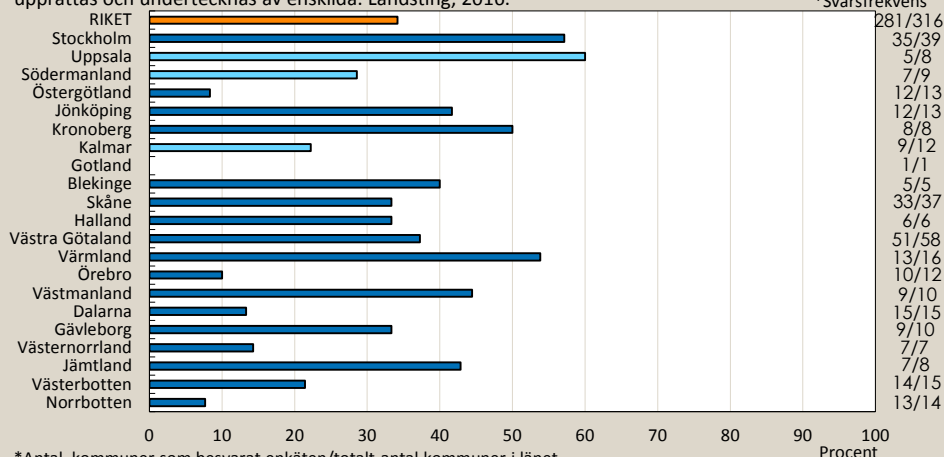
Riket, län, kommuner, stadsdelar/stadsområden.

**Redovisningsgrupper**

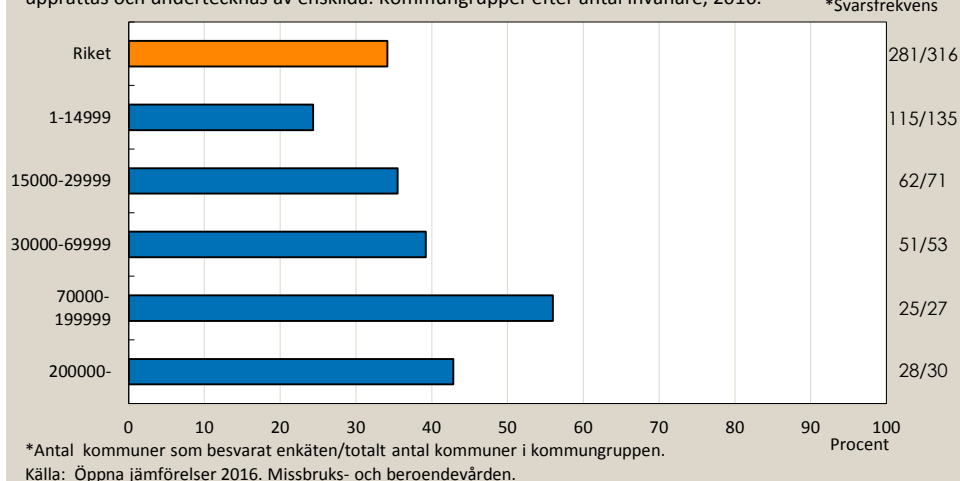
**Kvalitetsområde** Individanpassad vård och omsorg.

**Diagram 21A. Aktuell rutin för genomförandeplaner**

Andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som har aktuell rutin för att en genomförandeplan upprättas och undertecknas av enskilda. Landsting, 2016.

**Diagram 21B. Aktuell rutin för genomförandeplaner**

Andel kommuner/stadsdelar/stadsområden som har aktuell rutin för att en genomförandeplan upprättas och undertecknas av enskilda. Kommungrupper efter antal invånare, 2016.



Resultat visas för rutiner som finns på plats 1 februari 2016. Uppföljning ska ha genomförts någon gång under perioden 1 februari 2015 – 31 januari 2016 (12 månader). 89 procent av kommunerna besvarade enkäten. Uppgiften om svarsfrekvens visar hur många kommuner av de kommuner som ingår i mätningen som besvarat enkäten.

## 22. Minskat antal dagar med substansbruk vid första uppföljning

<b>Mått</b>	Andel personer som registrerats i Svenskt Beroenderegister (SBR) i öppen specialiserad vård som vid första uppföljning uppvisar ett minskat antal dagar med substansbruk, procent.
<b>Syfte</b>	Ett huvudsyfte med missbruks- och beroendevården är att hjälpa och stödja den enskilde att minska skadligt bruk av alkohol och droger. Ett ökat antal nyktra eller substansfria dagar är därför ett viktigt resultat att följa.
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målvärde</b>	Nationell målnivå saknas.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Indikatorns status</b>	Utvecklingsindikator. Låg täckningsgrad i Svenskt Beroenderegister (SBR).
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal personer, 18 år eller äldre som registrerats i SBR i öppen specialiserad vård och som vid första uppföljning uppvisar en minskning av antal dagar med substansbruk. <i>Nämnare:</i> Totalt antal personer, 18 år eller äldre som registrerats i SBR i öppen specialiserad vården med minst en uppföljning. Med minskning avses alla värden > 0.
<b>Datakällor</b>	Svenskt Beroenderegister (SBR).
<b>Felkällor</b>	Validiteten i registreringen av antalet nyktra/substansfria dagar kan brista. För att mäta indikatorn krävs minst två registreringar i SBR med uppgifter om antal nyktra/substansfria dagar vid båda tillfällena, vilket påverkar underlagets storlek.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, enhet, primärdrog, utbildning, levnadsform. Kön, ålder.
<b>Redovisningsgrupper</b>	
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård och omsorg.

I Svenskt Beroenderegister finns möjlighet att beräkna antal dagar med substansbruk vid nyregistrering samt vid senare uppföljning. För närvarande bedöms dock uppgifterna inte meningsfulla att redovisa då det finns alltför få uppföljningsregistreringar.

### 23. Rapportering till Svenskt Beroenderegister

<b>Mått</b>	Andel vårdade med beroendediagnos vid vårdenheter med specialiserad beroendevård i patientregistret som registrerats i Svenskt Beroenderegister (SBR) år 2015, procent.
<b>Syfte</b>	Nationella kvalitetsregister beskriver vårdkvalitet och möjliggör olika typer av uppföljning och jämförelser. Anslutning till nationella kvalitetsregister indikerar en vilja till förbättring. En hög anslutningsgrad till registren är en förutsättning för att registrens syften ska uppfyllas.
<b>Måttets status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal personer enligt nämnaren som registrerats i SBR under 2015. <i>Nämnare:</i> Totalt antal personer som vårdats med alkohol- eller narkotika diagnos i den specialiserade vården under samma tidsperiod som i täljaren.

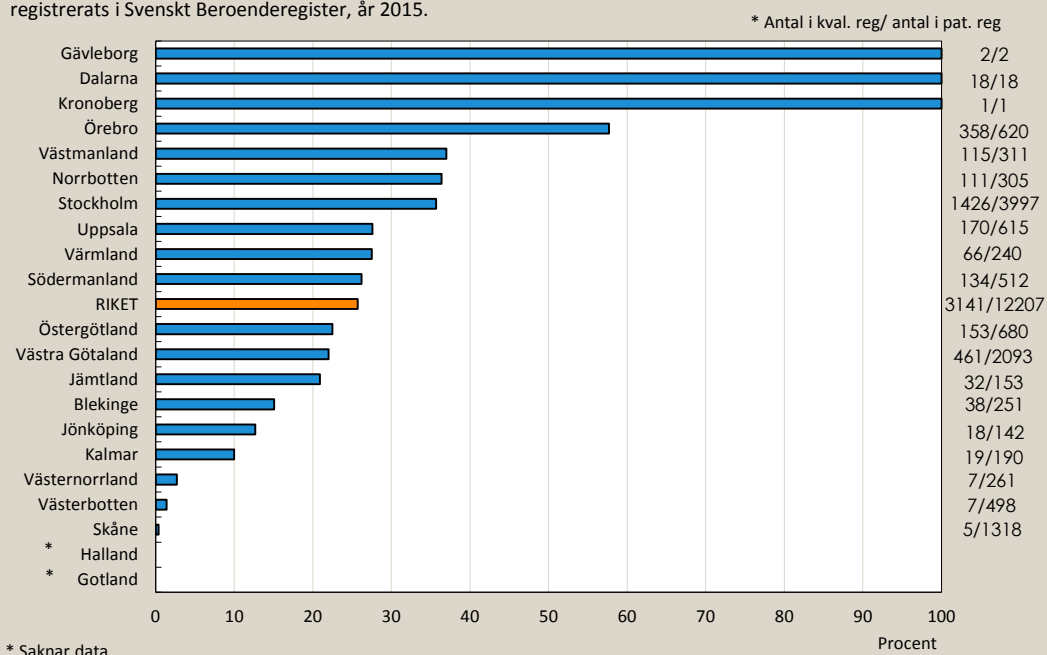
Följande diagnoskoder ska förekomma tillsammans med medicinskt vårdområde (MVO): 901, 928, 943, 944, 945, 953, 954 eller 957 (endast vårdenheter med specialiserad beroendevård inkluderas).

Huvuddiagnos i patientregistret	ICD 10
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol, beroendesyndrom	F102
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av opiater, beroendesyndrom	F112
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av cannabis, beroendesyndrom	F122
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av sedativa eller hypnotika, beroendesyndrom	F132
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av kokain, beroendesyndrom	F142
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av andra stimulantia, däribland koffein, beroendesyndrom	F152
Psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av hallucinogener, beroendesyndrom	F162
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av tobak, beroendesyndrom	F172
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel, beroendesyndrom	F182
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser, beroendesyndrom	F192

<b>Datakällor</b>	Svenskt Beroenderegister (SBR), patientregistret vid Socialstyrelsen
<b>Felkällor</b>	Brister i specifikationen av personer med beroende i patientregistret.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, enhet
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder, uppdelning efter alkohol- respektive narkotikadiagnos
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård.

### Diagram 23. Rapportering till Svenskt Beroenderegister

Andel vårdade med beroendediagnos vid vårdenheter med specialiserad beroendevård i patientregistret som registrerats i Svenskt Beroenderegister, år 2015.



Källa: Svenskt Beroenderegister, patientregistret, Socialstyrelsen.