

Nationella riktlinjer 2024

Indikatorer – vård vid skadligt bruk och beroende

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

ISBN: 978-91-7555-633-8

Artikelnummer: 2024-9-9202

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, september 2024,

Förord

I denna rapport presenterar Socialstyrelsen indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Indikatorerna har reviderats i samband med utvärderingarna av vården och stödet vid skadligt bruk och beroende 2024. Indikatorarbetet är en kontinuerlig process, d.v.s. indikatorerna kan komma att uppdateras i samband med att en utvärdering genomförs eller vid översyn av riktlinjerna, och utifrån aktuellt kunskapsläge eller status av datakällor.

Med hjälp av indikatorerna följer Socialstyrelsen de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna, oftast åtgärder med hög prioritet eller åtgärder som behöver fasas ut. Indikatorerna omfattar även utfallsmått som ger en helhetsbild av hur det går för patientgruppen och om vården blir mer jämlik när riktlinjerna efterlevs.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Indikatorer för god vård och omsorg.....	5
Indikatorer för vård och stöd vid skadligt bruk och beroende	6
Utvärdering av vården och stödet vid skadligt bruk och beroende	6
Förteckning över indikatorerna	7
Indikatorer för vård och stöd vid skadligt bruk och beroende	9
Referenser.....	65
Projektorganisation.....	66

Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i dessa verksamheter. Myndigheten utarbetar därför indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård och omsorg. Med god vård och omsorg menas att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och jämlik samt tillgänglig.

Indikatorerna ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppna redovisningar och utvärderingar av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Målet är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- följa upp vårdens utveckling av strukturer, processer och resultat över tid
- ligga till grund för jämförelser av vårdens strukturer, processer och resultat över tid
- initiera förbättringar av vårdens kvalitet och effektivitet.

Utvärdering, jämförelser och förbättringar ska med hjälp av indikatorerna kunna ske på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta internationella jämförelser.

Socialstyrelsen bedriver sitt arbete med att utveckla indikatorer enligt en modell som innebär att indikatorerna utformas i samarbete med sakkunniga inom området och övriga intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [1]. Enligt modellen ska en indikator för god vård och omsorg vara baserad på vetenskap, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. De uppgifter som utgör underlag för indikatorer ska också vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, som datajournaler, register och andra datakällor.

För att belysa jämlikhetsaspekter i vården bör data som inhämtas redovisas utifrån kön och ålder, men även utifrån socioekonomi och födelseland om detta är möjligt.

Indikatorer för vård och stöd vid skadligt bruk och beroende

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* [2]. Indikatorerna har reviderats i samband med utvärderingarna av vården och stödet vid skadligt bruk och beroende 2024. Vissa av indikatorerna är möjliga att mäta genom nationella register, men stora delar av vården och omsorgen för personer med skadligt bruk och beroende är i nuläget inte möjliga att belysa genom registerdata. Därför benämns en betydande del av indikatorerna som utvecklingsindikatorer där datakällorna behöver utvecklas ytterligare. En del av indikatorerna är även baserade på insamling av enkätdata från regioner och kommunal verksamhet.

Indikatorerna avser att följa upp de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna, oftast åtgärder med hög prioritet eller åtgärder som behöver fasas ut. Indikatorerna omfattar även utfallsmått som ger en helhetsbild av hur det går för patientgruppen och om vården blir bättre när riktlinjerna efterlevs.

Utvärdering av vården och stödet vid skadligt bruk och beroende

Under 2022–2024 har Socialstyrelsen utvärderat vården och stödet vid skadligt bruk och beroende. Utvärderingen har fokuserat på att kartlägga regionernas och socialtjänstens utbud av insatser, strukturer och processer för vård och behandling, samt att undersöka vad som påverkar dessa. Utvärderingen har utgått från indikatorerna, men har också belyst andra aspekter av vården och stödet. För de indikatorer som inte har varit möjliga att mäta med registerdata har datainsamling skett genom enkäter till regioner och kommunal verksamhet.

Med anledning av Socialstyrelsens kunskapsstöd *Behandling av spelmissbruk och spelberoende* [3] har även området problematiskt spel om pengar inkluderats i utvärderingen. Under 2023 gjorde Socialstyrelsen en utvärdering av följsamheten till de nationella riktlinjernas rekommendationer om vård som inte bör göras [4] och där ingick alla rekommendationer med prioritet icke-göra i *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* [2].

Förteckning över indikatorerna

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för vården och stödet vid skadligt bruk och beroende:

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, slutenvård
Indikator 6	Läkemedelsassisterad behandling med kombinationen buprenorfin-naloxon, buprenorfin eller metadon vid beroende av opioider

Psykologisk och psykosocial behandling, vuxna

Nummer	Namn
Indikator 7.1	MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi vid skadligt bruk eller beroende av alkohol, specialiserad vård
Indikator 7.2	MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT vid skadligt bruk och beroende av alkohol i socialtjänstens beroendeverksamhet för vuxna
Indikator 8*	KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET vid skadligt bruk eller beroende av cannabis, specialiserad vård
Indikator 9	KBT, återfallsprevention eller CRA inom ramen för läkemedelsassisterad behandling vid beroende av opioider, specialiserad vård

Nummer	Namn
Indikator 10*	Tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, CRA med tillägg av förstärkningsmetod, KBT eller återfallsprevention vid skadligt bruk 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 i den sociala barn- och ungdomsvården
Indikator 13.1*	Familjebehandling med FFT eller MDFT vid alkohol- eller narkotikaproblem hos ungdomar, specialiserad vård
Indikator 13.2*	Familjebehandling med FFT eller MDFT i den sociala barn- och ungdomsvården

Psykosociala stödinsatser

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

Övergripande indikatorer

Nummer	Namn
Indikator 17.1	Dödlighet bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos
Indikator 17.2	Suicid bland avlidna som vårdats för alkohol- respektive narkotikadiagnos
Indikator 18	Återinskrivning i slutna vård inom 12 månader bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos
Indikator 19*	Minskat antal dagar med substansbruk vid första uppföljning

Indikatorer för vård och stöd vid skadligt bruk och beroende

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

Mått	Andel personer med alkohol respektive narkotikadiagnos som i den specialiserade vården genomgått screening för alkohol- och narkotikaproblem med AUDIT respektive DUDIT.
Mätenhet	Procent.
Syfte	<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 ha vissa validitetsproblem (prioritet 3, rad A02 i tillstånds- och åtgärdslistan).</p>
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Bättre Beroendevård (BB) eller patientregistret vid Socialstyrelsen.
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Låg täckningsgrad i Bättre Beroendevård (BB). Enbart uppgifter från läkarbesök rapporteras till det nationella patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. AUDIT och DUDIT utförs även av andra yrkesgrupper än läkare. Från 2024 innehåller patientregistret uppgifter om patienter som behandlats av andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatrisk öppenvård.

Åtgärds-koden AU119 skiljer inte mellan olika strukturerade bedömningsinstrument och kan även omfatta andra instrument än AUDIT och DUDIT. En del personer med skadligt bruk och beroende har sin första kontakt med primärvården där bedömningen görs. Dessa uppgifter är inte tillgängliga eftersom primärvårdens verksamhet inte registreras nationellt.

Teknisk beskrivning

Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:

Datakälla utgörs av Bättre Beroendevård (BB):

Täljare 1: Antal personer enligt nämnamnaren som genomgått screening med AUDIT.

Nämnamnare 1: Antal personer 18 år eller äldre med alkoholdiagnos (F10), som nyregistrerats i öppen vård eller registrerats i slutenvård under mätperioden.

Täljare 2: Antal personer enligt nämnamnaren som genomgått screening med DUDIT.

Nämnamnare 2: Antal personer 18 år eller äldre med narkotikadiagnos (F11–F16, F18-F19), som nyregistrerats i öppen vård eller registrerats i slutenvård under mätperioden.

Datakälla utgörs av patientregistret:

Täljare: Antal personer enligt nämnamnaren som genomgått strukturerad bedömning av alkohol- och drogvanor (t.ex. AUDIT, DUDIT) vid vårdtillfället, 6 månader innan eller 6 månader efter inskrivningsdatum eller datum för vård.

Nämnamnare: Antal personer 18 år eller äldre som vårdats för första gången i den specialiserade vården (öppen eller slutenvård) med alkohol- eller narkotikadiagnos.

Diagnosuppgiften kommer antingen från ett vårdtillfälle i slutenvård 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 opioider	F11
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis	F12
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa och hypnotika	F13
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av kokain	F14
Psykiska störningar och beteendestörningar	F15

orsakade av stimulantia, däribland koffein	
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av hallucinogener	F16
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel	
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser	F19

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

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

I nationell utvärdering av vård vid skadligt bruk och beroende 2024 samlades data till indikatorn in via enkätfrågor till primärvårdsverksamheter, socialtjänst inom verksamhetsområde vuxen beroendevård respektive barn och unga, specialistverksamheter inom sjukvården avseende vuxen beroendevård respektive beroendevård för ungdomar. *Fråga: Använder ni AUDIT respektive DUDIT för att identifiera och bedöma skadligt bruk och beroende av alkohol och narkotika hos era patienter/klienter? (Ja/Nej) För hur stor del av era patienter där det finns misstänkta alkohol- och narkotikaproblem har ni använt AUDIT respektive DUDIT under perioden? (Majoritet/ungefär hälften/minoritet).*

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, region, enhet.

1. AUDIT och DUDIT bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, specialiserad vård	
Mått	Andel personer med alkohol respektive narkotikadiagnos som i den specialiserade vården genomgått screening för alkohol- och narkotikaproblem med AUDIT respektive DUDIT.
Mätenhet	Procent.
Syfte	<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 ha vissa validitetsproblem (prioritet 3, rad A02 i tillstånds- och åtgärdslistan).</p>
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Bättre Beroendevård (BB) eller patientregistret vid Socialstyrelsen.
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Låg täckningsgrad i Bättre Beroendevård (BB). Enbart uppgifter från läkarbesök rapporteras till det nationella patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. AUDIT och DUDIT utförs även av andra yrkesgrupper än läkare. Från 2024 innehåller patientregistret uppgifter om patienter som behandlats av andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatrisk öppenvård. Åtgärds-koden AU119 skiljer inte mellan olika strukturerade bedömningsinstrument och kan även omfatta andra instrument än AUDIT och DUDIT. En del personer med skadligt bruk och beroende har sin första kontakt med primärvården där bedömningen görs. Dessa uppgifter är inte tillgängliga eftersom primärvårdens verksamhet inte registreras nationellt.

Teknisk beskrivning Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:

Datakälla utgörs av Bättre Beroendevård (BB):

Täljare 1: Antal personer enligt nämnaren som genomgått screening med AUDIT.

Nämnare 1: Antal personer 18 år eller äldre med alkoholdiagnos (F10), som nyregistrerats i öppen vård eller registrerats i slutna vård under mätperioden.

Täljare 2: Antal personer enligt nämnaren som genomgått screening med DUDIT.

Nämnare 2: Antal personer 18 år eller äldre med narkotikadiagnos (F11–F16, F18–F19), som nyregistrerats i öppen vård eller registrerats i slutna vård under mätperioden.

Datakälla utgörs av patientregistret:

Täljare: Antal personer enligt nämnaren som genomgått strukturerad bedömning av alkohol- och drogvanor (t.ex. AUDIT, DUDIT) vid vårdtillfället, 6 månader innan eller 6 månader efter inskrivningsdatum eller datum för vård.

Nämnare: Antal personer 18 år eller äldre som vårdats för första gången i den specialiserade vården (öppen eller slutna) 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 opioider	F11
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis	F12
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa och hypnotika	F13
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av kokain	F14

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av 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 (KVÄ)	Beskrivning
AU119	Strukturerad bedömning av alkohol- och drogvanor – med användning av för ändamålet avsett standardiserat instrument genom förd bedömning av patientens alkohol- och drogvanor. Exempel på instrument är AUDIT och DUDIT.

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

I nationell utvärdering av vård vid skadligt bruk och beroende 2024 samlades data till indikatorn in via enkätfrågor till primärvårdsverksamheter, socialtjänst inom verksamhetsområde vuxen beroendevård respektive barn och unga, specialistverksamheter inom sjukvården avseende vuxen beroendevård respektive beroendevård för ungdomar. Fråga: Använder ni AUDIT respektive DUDIT för att identifiera och bedöma skadligt bruk och beroende av alkohol och narkotika hos era patienter/klienter? (Ja/Nej) För hur stor del av era patienter där det finns misstänkta alkohol- och narkotikaproblem har ni använt AUDIT respektive DUDIT under perioden? (Majoritet/ungefär hälften/minoritet).

Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, enhet.
---	-----------------------

2. Standardiserade bedömningsmetoder, exempelvis ASI inom socialtjänsten	
Mått	Andel kommuner, stadsdelar/stadsområden som uppger att de använder standardiserade bedömningsmetoder som underlag vid uppföljning av insatser, exempelvis ASI i socialtjänstens beroendeverksamhet för vuxna vid alkohol- och narkotikaproblem.
Mätenhet	Procent.
Syfte	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).
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel ja-svar eftersträvas.
Typ av indikator	Strukturmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Enkät till kommunens eller stadsdelens/stadsområdets ansvariga chef för beroendeverksamheten inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser, missbruks- och beroendevården.
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	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.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: Har ni under studerad period använt någon standardiserad bedömningsmetod vid uppföljning av enskilda ärenden? Svarsalternativ: Ja, för alla/Ja, men inte för vissa/Nej Definitioner: Med standardiserade bedömningsmetoder 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.

I nationell utvärdering av vård vid skadligt bruk och beroende 2024 samlades data till indikatorn in via enkätfråga till primärvårdsverksamheter, socialtjänst inom verksamhetsområde vuxen beroendevård respektive barn och unga, specialistverksamheter inom sjukvården avseende vuxen beroendevård respektive beroendevård för ungdomar.
Fråga: Använder ni ASI för att bedöma skadligt bruk och beroende av alkohol och narkotika hos era patienter/klienter? (Ja/Nej) För hur stor del av era patienter där det finns misstänkta alkohol- och narkotikaproblem har ni använt ASI under perioden? (Majoritet/ungefär hälften/minoritet).

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, län, kommuner/stadsdelar/stadsområden.

3. ADDIS, SCID I eller MINI bland personer som vårdats med alkohol- eller narkotikadiagnos, specialiserad vård	
Mått	Andel personer med alkohol- eller narkotikadiagnos för vilka ADDIS, SCID I eller MINI använts som underlag för diagnostik i den specialiserade vården.
Mätenhet	Procent.
Syfte	<p>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.</p> <p>ADDIS (alkohol- och drogdiagnosinstrument) är en strukturerad intervju som kan ge underlag för att diagnostisera skadligt bruk och beroende av alkohol och andra droger enligt ICD-10 och skadligt bruk 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 skadligt bruk och beroende. SCID I används i första hand inom specialiserad psykiatri och beroendevård. MINI (mini international neuropsychiatric interview) är en kortfattad diagnostisk intervju som följer kriterierna för de vanligaste psykiatriska tillstånden inklusive skadligt bruk eller beroende i DSM-IV och som kan översättas till ICD-10.</p> <p>Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda ADDIS, SCID I eller MINI som underlag för att diagnostisera skadligt bruk 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).</p>
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Patientregistret vid Socialstyreslen eller Bättre Beroendevård (BB).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	En del personer med skadligt bruk och beroendeproblematik 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 till patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Om arbete med instrumenten utförs av andra yrkesgrupper inom vården underskattas användningen. Från

2024 innehåller patientregistret uppgifter om patienter som behandlats av andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatrisk öppenvård. Låg täckningsgrad i Bättre Beroendevård (BB).

Teknisk beskrivning

Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:

Dataälla 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 slutenvård 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 opioider	F11
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis	F12
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa och 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 eller 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 Bättre Beroendevård (BB):

Täljare 2: Antal personer enligt nämnaren för vilka ADDIS eller SCID eller MINI har använts som diagnosinstrument.

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.

I nationell utvärdering av vård vid skadligt bruk och beroende 2024 samlades data till indikatorn in via enkätfråga till primärvårdsverksamheter, socialtjänst inom verksamhetsområde vuxen beroendevård respektive barn och unga, specialistverksamheter inom sjukvården avseende vuxen beroendevård respektive beroendevård för ungdomar. *Fråga: Använder ni ADDIS, SCID I respektive MINI för att identifiera och bedöma skadligt bruk och beroende av alkohol och narkotika hos era patienter/klienter? (Ja/Nej) För hur stor del av era patienter där det finns misstänkta alkohol- och narkotikaproblem har ni använt ADDIS, SCID I respektive MINI under perioden? (Majoritet/ungefär hälften/minoritet).*

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, region, enhet, utbildningsnivå, födelseland.

4. Disulfiram, akamprosat eller naltrexon vid beroende av alkohol, specialiserad vård	
Mått	Andel personer som läkemedelsbehandlats med disulfiram, akamprosat eller naltrexon efter specialiserad vård för alkoholberoende.
Mätenhet	Procent.
Syfte	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård.
Datakälla	Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret eller Bättre Beroendevård (BB).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	<p>Brister i diagnosregistrering i patientregistret.</p> <p>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.</p> <p>Låg täckningsgrad i Bättre Beroendevård (BB).</p>
Teknisk beskrivning	<p><i>Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:</i></p> <p>Datakälla utgörs av patientregistret:</p> <p><i>Täljare:</i> 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.</p>

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 och beteendestörningar orsakade av alkohol	F10 (förutom F10.0)

Diagnosuppgiften kommer antingen från ett vårdtillfälle i slutenvård 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 Bättre Beroendevård (BB) (utvecklingsindikator):

Täljare: Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i BB med diagnos alkoholberoende (F10.2) som använder: disulfiram eller akamprosat eller naltrexon.

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

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, region, utbildningsnivå, födelseland.

5. Bensodiazepiner eller klometiazol vid alkoholabstinens och svår alkoholabstinens, slutna vård	
Mått	Andel personer som i slutna vård läkemedelsbehandlats med bensodiazepiner vid alkoholabstinens och svår alkoholabstinens samt andel personer som behandlats med klometiazol vid svår alkoholabstinens.
Mätenhet	Procent.
Syfte	<p>Alkoholabstinens inträder när en längre tids omfattande alkoholintag upphör, i allmänhet hos personer med alkoholberoende. Alkoholabstinens är ett i många fall obehagligt och potentiellt allvarligt tillstånd.</p> <p>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.</p>
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel önskvärt.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård.
Datakälla	Bättre Beroendevård (BB).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling, men låg täckningsgrad och delar av indikatorn kan inte mätas.
Felkällor och begränsningar	Låg täckningsgrad i Bättre Beroendevård (BB). Brister i diagnosregistrering, brister i registrering av läkemedel som ges vid besök på sjukvårdsinrättningen.
Teknisk beskrivning	<p>Bensodiazepiner vid alkoholabstinens:</p> <p>Täljare 1: Antal personer i Bättre Beroendevård (BB), 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.</p> <p>Nämnare 1: Totalt antal personer i BB, 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i den slutna vården med alkoholabstinens och fått abstinensbehandling för alkoholabstinens.</p>

Med alkoholabstinens avses:

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

Bensodiazepiner eller klometiazol vid svår alkoholabstinens (delirium tremens):

Täljare 2: Antal personer i BB, 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.

Nämnare 2: Antal personer i BB, 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 och beteendestörningar orsakade av alkohol, abstinens med delirium	F10.4
Alternativt att fråga "Har patienten utvecklat delirium tremens (DT) under vårddagen?" besvarats med "Ja".	

I nationell utvärdering av vård vid skadligt bruk och beroende 2024 samlades data till indikatorn in via enkätfråga till specialistverksamheter inom sjukvården avseende vuxen beroendevård. *Fråga: Erbjuder ni bensodiazepiner till personer med alkoholabstinens och samtidig risk för abstinensepilepsi och delirium tremens? Erbjuder ni bensodiazepiner eller klometiazol till personer med delirium tremens? Erbjuder ni klometiazol till personer med alkoholabstinens med risk för abstinensepilepsi och delirium tremens? Erbjuder ni klometiazol eller karbamazepin till personer med alkoholabstinens? (Ja/Nej)*

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, region, utbildningsnivå, födelseland.

6. Läkemedelsassisterad behandling med kombinationen buprenorfin-naloxon, buprenorfin eller metadon vid opioidberoende, specialiserad vård	
Mått	Andel personer som läkemedelbehandlats med kombinationen buprenorfin-naloxon, metadon eller enbart buprenorfin efter specialiserad vård för opioidberoende.
Mätenhet	Procent
Syfte	Syftet med läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende är att förebygga återfall, förbättra social funktion och minska medicinska komplikationer och dödlighet. Med opioidberoende avses beroende som framkallas av exempelvis heroin, opium, morfin eller någon annan opioid. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården behandla personer med opioidberoende med kombinationen buprenorfin-naloxon, metadon eller buprenorfin. 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 det är möjligt att tablettorna krossas, löses upp och injiceras, vilket är betydligt mindre sannolikt för kombinationspreparatet buprenorfin-naloxon.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel önskvärt.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård.
Datakälla	Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret eller Bättre Beroendevård (BB).
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	<p>Bristar 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.</p> <p>När en läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende 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</p>

överlåta till patienten att själv hantera sina läkemedel under vissa förutsättningar (HSLF-FS 2016:1).

Låg täckningsgrad i Bättre Beroendevård (BB).

Teknisk beskrivning

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

- a) kombinationen buprenorfin-naloxon
 - b) metadon
 - c) buprenorfin
 - d) buprenorfin-naloxon eller metadon
 - e) buprenorfin-naloxon, metadon eller buprenorfin
- på recept vid minst ett tillfälle inom 12 månader efter vårdtillfället.

Nämndare: Totalt antal personer 20 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med diagnosen opioidberoende (huvud- och bidiagnos) opioidberoende under motsvarande tidsperiod som i täljaren.

Med opioidberoende avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioider	F11 (förutom F11.0)

Diagnosuppgiften kommer antingen från ett vårdtillfälle i slutna 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
Kombinationen buprenorfin-naloxon	N07BC51
Buprenorfin	N07BC01
Metadon	N07BC02

Datakälla utgörs av Bättre Beroendevård (BB) (utvecklingsindikator):

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

- a) kombinationen buprenorfin-naloxon
- b) metadon

c) buprenorfin

d) buprenorfin-naloxon eller metadon

e) buprenorfin-naloxon, metadon eller buprenorfin

Nämnare: Totalt antal personer 20 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i BB med diagnosen opioidberoende.

Åldersstandardiserade värden.

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman.

**Om
redovisningsnivåer
och fördelningar**

Riket, region, enhet, utbildningsnivå, födelseland.

7.1. MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi vid skadligt bruk eller beroende av alkohol, specialiserad vård	
Mått	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 skadligt bruk eller beroende av alkohol.
Mätenhet	Procent.
Syfte	<p>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 skadligt bruk eller beroende av alkohol och praxis varierar i landet. Socialstyrelsen bedömer att effektiv psykosocial behandling underutnyttjas på många håll.</p> <p>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).</p>
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Bättre Beroendevård (BB) eller regionens patientadministrativa system.
Datakällans status	<p>Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling, men med låg täckningsgrad.</p> <p>Enbart läkarbesök rapporteras till patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Från 2024 innehåller patientregistret uppgifter om patienter som behandlats av andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatrisk öppenvård.</p> <p>Psykologisk och psykosocial behandling vid skadligt bruk och beroende bedrivs av många professioner. Inom sjukvården är det vanligtvis kuratorer, psykologer och sjuksköterskor som ger psykosociala behandlingar och uppgifter om dessa</p>

	åtgärder måste samlas in från respektive regions patientadministrativa system, eller på annat sätt.						
Felkällor och begränsningar	Låg täckningsgrad i Bättre Beroendevård (BB). Alla personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol 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 regionen.						
Teknisk beskrivning	<p><i>Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:</i></p> <p>Datakälla utgörs av Bättre Beroendevård (BB):</p> <p><i>Täljare:</i> Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i BB med diagnos skadligt bruk eller beroende av alkohol som har psykologisk eller psykosocial behandling med något av alternativen MET, KBT, återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT, psykodynamisk eller interaktionell terapi.</p> <p><i>Nämndare:</i> Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i BB med diagnos skadligt bruk eller beroende av alkohol.</p> <p>I BB avses behandlingar oavsett var de har utförts (primärvård, specialiserad vård eller socialtjänst), eftersom frågan i BB inte specificerar detta.</p> <p>Med skadligt bruk eller beroende av alkohol avses följande diagnoskoder:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol</td> <td>F10.2</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • alkoholberoende • skadligt bruk </td> <td>F10.1</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol	F10.2	<ul style="list-style-type: none"> • alkoholberoende • skadligt bruk 	F10.1
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10						
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol	F10.2						
<ul style="list-style-type: none"> • alkoholberoende • skadligt bruk 	F10.1						
	<p>Datakälla utgörs av patientregistret:</p> <p><i>Täljare:</i> Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats i specialiserad vård med diagnosen skadligt bruk eller beroende av alkohol (enligt kod ovan) och som behandlas enligt alternativen ovan (se åtgärds-koder nedan).</p> <p><i>Nämndare:</i> Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats i specialiserad vård med diagnosen skadligt bruk eller beroende av alkohol.</p> <p>Regionen hämtar information från sina patientadministrativa system om antal personer som vårdats med diagnosen skadligt bruk eller beroende av alkohol inom öppen specialiserad vård eller slutna vård vid beroendehet eller inom övrig psykiatri (nämndare). 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 skadligt bruk eller beroende av alkohol (täljare).</p>						

Åtgärdskod	Beskrivning
DU120	Motivationshöjande behandling (MET)
DU011	KBT - 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	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
<p>Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman. Antalsuppgifterna från regionen rapporteras för vardera kön och om så bedöms lämpligt även i åldersgrupper för att ge möjlighet till stratifierade redovisningar liksom till åldersstandardisering.</p> <p>I nationell utvärdering av vård vid skadligt bruk och beroende 2024 samlades data till indikatorn in via enkätfråga till specialistverksamheter inom sjukvården avseende vuxen beroendevård respektive primärvårdsverksamheter. <i>Fråga: Erbjuder ni följande behandlingar till patienter med skadligt bruk och beroende av alkohol och narkotika inom eller på uppdrag av er verksamhet? (Ja/Nej)</i></p>	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, enhet.

7.2. MET, KBT eller återfallsprevention, CRA, tolvstegsbehandling, SBNT vid skadligt bruk och beroende av alkohol i socialtjänstens beroendeverksamhet för vuxna

Mått	<p>Andel kommuner, stadsdelar/stadsområden som uppger att de erbjuder rekommenderade insatser till personer med skadligt bruk eller beroende i form av</p> <ul style="list-style-type: none"> • MET (Motivational Enhancement Therapy) • KBT (Kognitiv beteendeterapi) • Återfallsprevention (ÅP) • CRA (Community Reinforcement Approach) • Tolvstegsbehandling - Strukturerad behandling utifrån AA:s tolv steg för tillfrisknande • SBNT (Social Behaviour Network Therapy) <p>Minst en av insatserna kunde erbjudas vid mättillfället.</p>
Mätenhet	Procent.
Syfte	<p>Socialtjänsten och hälso- och sjukvården bör erbjuda MET, KBT eller återfallsprevention (ÅP), CRA, tolvstegsbehandling eller SBNT (social behaviour network therapy) till personer med skadligt bruk av alkohol och narkotika (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 skadligt bruk och beroende av alkohol 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 skadligt bruk och beroende av cannabis bör erbjudas KBT eller ÅP med tillägg av motiverande samtal (det senare mäts inte här) eller MET (prioritet 3, rad D15). Vid skadligt bruk och 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>
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel ja-svar eftersträvas.
Typ av indikator	Strukturmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Enkät till kommunens, stadsdelens/stadsområdets ansvariga chef för beroendeverksamhet inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser, missbruks- och beroendevården.
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.

Felkällor och begränsningar	Strukturmättet 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.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn bygger på följande enkätfråga:</p> <p>Erbjuder ni någon av nedanstående manualbaserade behandlingsinsatser till personer med skadligt bruk av alkohol och personer med skadligt bruk av narkotika?</p> <ul style="list-style-type: none">a) MET (Motivational Enhancement Therapy)b) KBT (Kognitiv beteendeterapi)c) Återfallsprevention (ÅP)d) CRA (Community Reinforcement Approach)e) Tolvstegsbehandling - Strukturerad behandling utifrån AA:s tolv steg för tillfrisknandef) SBNT (Social Behaviour Network Therapy) <p>Svarsalternativ: Ja/Nej – för respektive insats</p> <p>Definitioner: Behandlingsinsatserna finns rekommenderade och utförligare beskrivna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer "Vård och stöd vid missbruk och beroende - stöd för styrning och ledning" (2019).</p> <p>Den manualbaserade behandlingen kan utföras i egen eller annan regi och erbjudas med eller utan biståndsbeslut.</p> <p>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.</p> <p>För länen och riket redovisas andelen svarande kommuner som uppnått målvärdet.</p>
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, län, kommuner/stadsdelar/stadsområden.

8. KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET vid skadligt bruk eller beroende av cannabis, specialiserad vård	
Mått	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 skadligt bruk eller beroende av cannabis.
Mätenhet	Procent.
Syfte	<p>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.</p> <p>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).</p>
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Bättre Beroendevård (BB) eller regionens patientadministrativa system.
Datakällans status	<p>Utvecklingsindikator. Nationell datakälla saknas. Låg täckningsgrad i Bättre Beroendevård (BB).</p> <p>Enbart läkarbesök rapporteras till patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Från 2024 innehåller patientregistret uppgifter om patienter som behandlats av andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatrisk öppenvård.</p> <p>Psykologisk och psykosocial behandling vid skadligt bruk 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 regions patientadministrativa system, eller på annat sätt.</p>
Felkällor och begränsningar	Alla personer med skadligt bruk eller beroende vårdas inte i slutet 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 regionen.
Teknisk beskrivning	<p><i>Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:</i></p> <p>Datakälla utgörs av Bättre Beroendevård (BB):</p> <p><i>Täljare 1:</i> Antal personer, 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i BB med diagnos skadligt bruk eller beroende av cannabis (enligt kod nedan) som fått KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET.</p>

Nämndare 1: Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i BB med diagnos skadligt bruk eller beroende av cannabis.

Datakälla utgörs av patientregistret:

Täljare 2: Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats i specialiserad vård med diagnosen skadligt bruk 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.

Nämndare 2: Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med diagnosen skadligt bruk eller beroende av cannabis.

Med skadligt bruk eller beroende av cannabis avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis	
cannabisberoende	F12.2
skadligt bruk	F12.1

Regionen hämtar information från sina patientadministrativa system om antal personer som vårdats med diagnosen skadligt bruk eller beroende av cannabis inom öppen specialiserad vård eller sluten vård vid beroendehet eller inom övrig psykiatri (nämndare). 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 skadligt bruk eller beroende av cannabis (täljare).

Åtgärdskod	Beskrivning
DU011	Systematisk psykologisk behandling, kognitiv beteendeterapeutisk – enligt specifik metod i enlighet med kognitiv teori.
DU119	Återfallsprevention (ÅP), 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 samtals behandling som syftar till att förebygga återfall genom att öka patientens kunskaper, motivation och färdigheter. Behandlingen ges individuellt eller i grupp.
DU120	Motivationshöjande behandling (MET).

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

I nationell utvärdering av vård vid skadligt bruk och beroende 2024 samlades data till indikatorn in via enkätfråga till specialistverksamheter inom sjukvården avseende vuxen beroendevård. *Fråga: Erbjuder ni KBT eller återfallsprevention med tillägg av motiverande samtal eller MET vid skadligt bruk eller beroende av cannabis? (Ja/Nej).*

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, region.

9. KBT, återfallsprevention eller CRA inom ramen för läkemedelsassisterad behandling vid beroende av opioider, specialiserad vård	
Mått	Andel personer som i den specialiserade vården fått behandling i form av KBT, återfallsprevention eller CRA inom ramen för läkemedelsassisterad behandling vid beroende av opioider.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda personer med beroende av opioider kognitiv beteendeterapi (KBT) eller återfallsprevention (prioritet 3, rad D29 i tillstånds- och åtgärdslistan) eller CRA (prioritet 4, rad D28) inom ramen för läkemedelsassisterad behandling (LARO). 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.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Bättre Beroendevård (BB) eller patientregistret när uppgifter finns tillgängliga om samtliga yrkesgruppers åtgärder samt läkemedelsregistret.
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling, men låg täckningsgrad. Enbart läkarbesök rapporteras till patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Från 2024 innehåller patientregistret uppgifter om patienter som behandlats av andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatrisk öppenvård. Psykologisk och psykosocial behandling vid skadligt bruk 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 regions patientadministrativa system, eller på annat sätt.
Felkällor och begränsningar	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. När en LARO behandling vid opioidberoende 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 LARO behandlingen vid opioidberoende 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).

Teknisk beskrivning *Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:*

Data utgörs av Bättre Beroendevård (BB):

Täljare: Antal personer 20 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i BB med diagnosen beroende av opioider, som inom ramen för LARO behandling eller är godkända för LARO behandling fått KBT eller återfallsprevention eller CRA.

Nämnnare: Totalt antal personer 20 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i BB med diagnosen beroende av opioider och är i läkemedelsassisterad behandling, eller är godkända för LARO-behandling.

LARO identifieras i BB om något av följande är uppfyllt:

- Registrering att patienten deltar i något LARO-program
- Patienten fått LARO-läkemedel.

Data utgörs av patientregistret:

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

Nämnnare: Totalt antal personer 20 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med diagnosen beroende av opioider och är i LARO behandling.

Med beroende av opioider avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioider	
<ul style="list-style-type: none"> • opioidberoende • skadligt bruk 	<p>F11.2</p> <p>F11.1</p>

Datum för första vårdtillfälle med diagnos opioidberoende under studerad tidsperiod noteras (mättillfället). För de vårdade hämtas uppgift om uttag på apotek av läkemedel som används vid LARO behandling (se nedan) någon gång under året efter mättillfället. För dessa personer (nämnnaren) 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.

I nationell utvärdering av vård vid skadligt bruk och beroende 2024 samlades data till indikatorn in via enkätfråga till specialistverksamheter inom sjukvården avseende vuxen beroendevård. *Fråga: Erbjuder ni följande psykologiska och psykosociala behandlingar inom ramen för LARO-behandling? (Ja/Nej).*

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, region, utbildningsnivå, födelseland.

10. Tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, CRA med tillägg av förstärkningsmetod, KBT eller återfallsprevention vid skadligt bruk eller beroende av centralstimulerande preparat, specialiserad vård	
Mått	Andel personer som i den specialiserade vården fått behandling i form av tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, CRA med tillägg av förstärkningsmetod, KBT eller återfallsprevention vid skadligt bruk eller beroende av centralstimulerande preparat.
Mätenhet	Procent.
Syfte	<p>Med centralstimulantia menas preparat som stimulerar det centrala nervsystemet, exempelvis amfetamin och kokain. Med psykologisk och psykosocial behandling menas generell metod 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).</p> <p>Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna har god effekt på andel som blir drogfria.</p>
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård.
Datakälla	Bättre Beroendevård (BB) eller regionens patientadministrativa system.
Datakällans status	<p>Utvecklingsindikator. Nationell datakälla saknas. Låg täckningsgrad i Bättre Beroendevård (BB).</p> <p>Enbart läkarbesök rapporteras till det nationella patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Från 2024 innehåller patientregistret uppgifter om patienter som behandlats av andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatrisk öppenvård.</p> <p>Psykologisk eller psykosocial behandling utförs i stor utsträckning av andra yrkesgrupper inom vården och dessa uppgifter måste samlas in från respektive regions patientadministrativa system.</p>
Felkällor och begränsningar	Alla personer med skadligt bruk eller beroende av centralstimulerande medel 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 regionen.

Teknisk beskrivning *Alternativ sätt att mäta indikatorn beskrivs:*

Data utgörs av Bättre Beroendevård (BB):

Täljare: Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i BB med diagnosen skadligt bruk 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 BB med diagnosen skadligt bruk eller beroende av centralstimulerande medel.

Med skadligt bruk eller beroende av centralstimulerande medel avses följande diagnoskoder:

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

Data utgörs av patientregistret:

Täljare: Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats i specialiserad vård med diagnoser för skadligt bruk eller beroende av centralstimulerande 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 i specialiserad vård med diagnoser för skadligt bruk eller beroende av centralstimulerande medel.

Regionen hämtar information från sina patientadministrativa system om antal personer som vårdats med diagnoser för skadligt bruk eller beroende av centralstimulerande medel inom öppen specialiserad vård eller sluten vård vid beroendeenhet eller inom övrig psykiatri (nämnare). Datum för första vårdtillfälle (mättillfället) under studerad tidsperiod noteras. Bland de vårdade beräknas antal personer som fått åtgärderna vid mättillfället eller någon gång under 12 månader efter.

Åtgärdskod	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 (ÅP), Manualbaserad samtalsbehandling som syftar till att förebygga återfall genom att öka patientens kunskaper, motivation och färdigheter. Behandlingen ges individuellt eller i grupp.
<p>Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman. Antalsuppgifterna från regionen rapporteras för vardera kön och om så bedöms vara nödvändigt även efter åldersgrupper för att ge möjlighet till stratifierade redovisningar liksom till åldersstandardisering.</p> <p>I nationell utvärdering av vård vid skadligt bruk och beroende 2024 samlades data till indikatorn in via enkätfråga till specialistverksamheter inom sjukvården avseende vuxen beroendevård. <i>Fråga: Erbjuder ni tolvstegsbehandling, MATRIX-programmet, CRA med tillägg av förstärkningsmetod, KBT eller återfallsprevention vid skadligt bruk eller beroende av centralstimulerande preparat? (Ja/Nej).</i></p>	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region.

11. Nedtrappning av bensodiazepin samt nedtrappning med tillägg av KBT vid långvarigt bruk av bensodiazepiner, specialiserad vård	
Mått	Andel personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner som i den specialiserade vården fått nedtrappning av bensodiazepin eller nedtrappning med tillägg av KBT.
Mätenhet	Procent.
Syfte	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 åtgärdslistan).
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård.
Datakällans status	Utvecklingsindikator. Nationell datakälla saknas. Enbart läkarbesök rapporteras till det nationella patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Från 2024 innehåller patientregistret uppgifter om patienter som behandlats av andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatrisk öppenvård. Många behandlingar utförs av andra yrkesgrupper inom vården och dessa uppgifter måste samlas in från respektive regions patientadministrativa system.
Felkällor och begränsningar	Låg täckningsgrad i Bättre Beroendevård (BB). Alla personer med skadligt bruk eller beroende av hypnotika eller sedativa medel vårdas inte i slutet 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 regionen.

Teknisk beskrivning *Alternativa sätt att mäta indikatorn beskrivs:*

Data utgörs av Bättre Beroendevård (BB):

Täljare: Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår registrerats i BB med diagnosen skadligt bruk eller 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 BB med diagnosen skadligt bruk eller beroende av hypnotika eller sedativa medel.

Med bensodiazepinberoende avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa och hypnotika	
<ul style="list-style-type: none"> • beroende av sedativa och hypnotika • skadligt bruk 	F13.2
	F13.1

Data utgörs av patientregistret:

Täljare: Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med diagnosen skadligt bruk eller 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 skadligt bruk eller beroende av hypnotika eller sedativa medel.

Regionen hämtar information från sina patientadministrativa system om antal personer som vårdats med diagnosen skadligt bruk eller beroende av hypnotika eller sedativa medel inom öppen specialiserad vård eller slutna 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).

Åtgärds-kod	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 regionen rapporteras för vardera kön och om så bedöms vara nödvändigt även efter åldersgrupper för att ge möjlighet till stratifierade redovisningar liksom till åldersstandardisering.

I nationell utvärdering av vård vid skadligt bruk och beroende 2024 samlades data till indikatorn in via enkätfråga till specialistverksamheter inom sjukvården avseende vuxen beroendevård respektive primärvårdsverksamheter. *Fråga: Erbjuder ni KBT till patienter med långvarigt bruk av bensodiazepiner där sedvanlig utsättning inte är möjlig? (Ja/Nej).*

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, region.

12.1 Kort intervention eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC vid alkohol- eller narkotikaproblem hos ungdomar, specialiserad vård	
Mått	Andel ungdomar i den specialiserade vården som fått kort intervention eller MET, MET i kombination med KBT, ACRA eller ACC vid alkohol- eller narkotikaproblem.
Mätenhet	Procent.
Syfte	<p>Vid skadligt bruk 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.</p> <p>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).</p>
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Regionens patientadministrativa system.
Datakällans status	<p>Utvecklingsindikator. Nationell datakälla saknas idag. Enbart läkarbesök rapporteras till det nationella patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Från 2024 innehåller patientregistret uppgifter om patienter som behandlats av andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatrisk öppenvård.</p> <p>Många behandlingar utförs av andra yrkesgrupper inom vården och dessa uppgifter måste samlas in från respektive regions patientadministrativa system.</p>
Felkällor och begränsningar	Alla barn och ungdomar med skadligt bruk och beroendeproblem vårdas inte i slutet 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 regionen.

Teknisk beskrivning *Täljare:* Antal ungdomar 12–20 år som under ett kalenderår vårdats för alkohol- eller narkotikaproblem som fått insatser med

- kort intervention eller MET
- MET och KBT
- ACRA eller ACC
- någon av insatserna under a–c.

vid vårdtillfället eller någon gång inom 12 månader efter vårdtillfället.

Nämnare: 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 och beteendestörningar orsakade av alkohol	F10
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioider	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
Problem som har samband med livsstil, alkoholbruk	Z72.1
Problem som har samband med livsstil, drogbruk	Z72.2

Regionen hämtar information från sina patientadministrativa system om ungdomar som vårdats för ovanstående diagnoser inom öppen specialiserad vård eller slutna vård (inom barn- och ungdomspsykiatri respektive, barn- och ungdomshabilitering samt verksamheter med specialinriktning på alkohol- och narkotikaberoende). 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.

Åtgärds-kod	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.
DU120	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 regionen rapporteras för vardera kön och om så bedöms lämpligt även åldersindelade (yngre/äldre barn och ungdomar) för att ge möjlighet till stratifierade redovisningar.

I nationell utvärdering av vård vid skadligt bruk och beroende 2024 samlades data till indikatorn in via enkätfråga till specialistverksamheter inom sjukvården avseende beroendevård för ungdomar. *Fråga: Erbjuder ni följande behandling till ungdomar med skadligt bruk och beroende inom eller på uppdrag av er verksamhet? (Ja/Nej)*

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, region, enhet.

12.2 Kort intervention eller MET, MET och KBT, ACRA eller ACC i den sociala barn- och ungdomsvården	
Mått	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).
Mätenhet	Procent.
Syfte	<p>Vid skadligt bruk 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.</p> <p>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).</p>
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Typ av indikator	Strukturmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Enkät till landets kommuner och stadsdelar i de tre storstäderna.
Datakällans status	Utvecklingsindikator.
Felkällor och begränsningar	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.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn bygger på följande enkätfråga:</p> <p>Använder ni kontinuerligt följande åtgärder vid behandling av ungdomar 12–20 år med alkohol- och narkotikaproblem?</p> <p>a) Kort intervention eller MET b) MET och KBT c) ACRA eller ACC d) någon av insatserna under a–c.</p>

	<p>Definitioner: Med kontinuerligt avses här att metoden används regelbundet.</p> <p>Svarsalternativ: Ja/Nej för respektive län/kommun/stadsdel/stadsområde.</p> <p>Kan även redovisas som exempelvis andelar av alla kommuner i ett län som använder metoden.</p>
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, län, kommuner, stadsdelar/stadsområden.

13.1 Familjebehandling med FFT eller MDFT vid alkohol- eller narkotikaproblem hos ungdomar, specialiserad vård	
Mått	Andel ungdomar i den specialiserade vården som fått familjebehandling i form av FFT eller MDFT vid alkohol- eller narkotikaproblem.
Mätenhet	Procent
Syfte	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 skadligt bruk, 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).
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Typ av indikator	Processmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Regionens patientadministrativa system.
Datakällans status	Utvecklingsindikator. Nationell datakälla saknas idag. Enbart läkarbesök rapporteras till det nationella patientregistret när det gäller den specialiserade öppenvården. Från 2024 innehåller patientregistret uppgifter om patienter som behandlats av andra yrkeskategorier än läkare inom psykiatrisk öppenvård. Många behandlingar utförs av andra yrkesgrupper inom vården och dessa uppgifter måste samlas in från respektive regions patientadministrativa system.
Felkällor och begränsningar	Alla personer med skadligt bruk och beroendeproblem vårdas inte i slutet 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 regionen.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal ungdomar 12–20 år som under ett kalenderår vårdats för alkohol- eller narkotikaproblem som behandlats med a) FFT b) MDFT c) FFT eller MDFT

vid vårdtillfället eller någon gång inom 12 månader efter vårdtillfället.

Nämnare: 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 och beteendestörningar orsakade av alkohol	F10
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioider	F11
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis	F12
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa och 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
Problem som har samband med livsstil, alkoholbruk	Z72.1
Problem som har samband med livsstil, drogbruk	Z72.2

Regionen hämtar information från sina patientadministrativa system om antal ungdomar som vårdats för ovanstående diagnoser inom öppen specialiserad vård eller slutna vård (inom barn- och ungdoms-psykiatri respektive, barn- och ungdomshabilitering samt verksamheter med specialinriktning på alkohol- och narkotikaberoende). 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 (MDF)

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

I nationell utvärdering av vård vid skadligt bruk och beroende 2024 samlades data till indikatorn in via enkätfråga till specialistverksamheter inom sjukvården avseende beroendevård för ungdomar. *Erbjuder ni följande behandlingar till barn och unga med skadligt bruk och beroende inom eller på uppdrag av er verksamhet? (Ja/Nej).*

Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, enhet.
---	-----------------------

13.2 Familjebehandling i form av FFT eller MDFT i den sociala barn- och ungdomsvården	
Mått	Familjebehandling i form av FFT eller MDFT används i den sociala barn- och ungdomsvården på grund av alkohol- och narkotikaproblem (ja/nej).
Mätenhet	Procent.
Syfte	<p>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 skadligt bruk, 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).</p> <p>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).</p>
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Typ av indikator	Strukturmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Enkät till landets kommuner och stadsdelar i de tre storstäderna.
Datakällans status	Utvecklingsindikator.
Felkällor och begränsningar	Strukturmåttet visar inte hur många personer som borde ha fått insatsen som får denna. Möjliga problem med att få data från kommuner eller stadsdelar.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn bygger på följande enkätfråga:</p> <p>Använder ni kontinuerligt följande åtgärder vid behandling av ungdomar 12–20 år med alkohol- och narkotikaproblem?</p> <p>a) FFT</p> <p>b) MDFT</p> <p>c) FFT eller MDFT.</p> <p>Definitioner: Med kontinuerligt avses här att metoden används regelbundet.</p> <p>Svarsalternativ: Ja/Nej för respektive verksamhet/ stadsdel/ kommun/ län.</p> <p>Kan även redovisas som exempelvis andelar av alla kommuner i ett län som använder metoden.</p>

Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, län, kommuner, stadsdelar/stadsområden/verksamheter.
14. Psykosocialt stöd till anhöriga i socialtjänstens beroendeverksamhet	
Mått	Andel kommuner, stadsdelar/stadsområden som uppger att vuxna närstående till personer med skadligt bruk- och beroendeproblematik erbjuds stödprogram.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör socialtjänsten erbjuda anhöriga till personer med skadligt bruk 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 skadligt bruk och beroendeproblem. Rekommendationerna har fått hög prioritet i nationella riktlinjer. Al- eller nar-anon inspirerade stödprogram har prioritet 2 (rad E09 i tillstånds- och åtgärdslistan), psykosocialt stöd i form av coping skills training har prioritet 3 (rad E10).
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög förekomst eftersträvas.
Typ av indikator	Strukturmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Enkät till kommunens, stadsdelens/stadsområdets ansvarige chef för beroendeverksamheten inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser, missbruks- och beroendevården.
Datakällans status	Indikator med befintliga data.
Felkällor och begränsningar	Strukturmättet 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.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: Erbjuder ni någon av nedanstående stöd till närstående (anhöriga) till personer med skadligt bruk och beroendeproblematik? <ul style="list-style-type: none"> • Al-anon--inspirerade stödprogram (inkl AFT) • Nar-anon-inspirerade stödprogram • Coping skills training (CST)

-
- Annat.

Om annat, ange vad.

Svarsalternativ: Ja/Nej

Definitioner: Med stöd avses här nedanstående stödprogram till vuxna närstående (anhöriga) till personer som har skadligt bruk eller beroendeproblematik.

Med närstående (anhöriga) avses här vuxna personer som har en nära relation med och/eller lever (helt eller delvis) tillsammans med en person med skadligt bruk 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.

**Om
redovisningsnivåer
och fördelningar**

Riket, län, kommuner, stadsdelar/stadsområden.

15. Boendeinsatser till hemlösa personer i socialtjänstens beroendeverksamhet	
Mått	Andel kommuner, stadsdelar/stadsområden som uppger att de kan erbjuda boendeinsatser i form av bostad först eller vårdkedja till personer med skadligt bruk, beroende eller psykisk sjukdom.
Mätenhet	Procent.
Syfte	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 behandlingsföljsamhet 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 skadligt bruk utan krav på behandlingsföljsamhet eller annan meritering. Båda modellerna rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och har fått prioritet 4 (rad E05 respektive E06 i tillstånds- och åtgärdslistan).
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel ja-svar eftersträvas.
Typ av indikator	Strukturmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad och tillgänglig vård och omsorg.
Datakälla	Enkät till kommunens eller stadsdelens/stadsområdets ansvariga chef för beroendeverksamheten inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser, missbruks- och beroendevården.
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Strukturmåttet 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.
Teknisk beskrivning	Indikatorn bygger på följande enkätfråga: Erbjuder ni någon av boendeinsatserna nedan till hemlösa personer med skadligt bruk eller beroende, psykisk sjukdom: a) bostad först b) vårdkedja. Svarsalternativ: Ja/Nej. Kommuner/stadsdelar/stadsområden som besvarat frågan med "Ja" för respektive modell betraktas som att de uppfyllt kriterierna för att erbjuda insatserna.

Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, län, kommuner, stadsdelar/stadsområden.
16. Multiprofessionella team i vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika	
Mått	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 skadligt bruk eller beroende.
Mätenhet	Procent.
Syfte	<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 skadligt bruk 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 skadligt bruk eller beroende och psykiska sjukdomar samt psykosociala stödinsatser erbjuds oftast av teamet.</p> <p>Modellen minskar antalet dagar på sjukhus och ökar boendestabiliteten. Därutöver har den en positiv effekt på livskvaliteten, psykiska symtom och skadligt substansbruk och beroende.</p> <p>Socialtjänsten bör erbjuda case management i form av strengths model till personer med skadligt bruk 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>
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel ja-svar eftersträvas.
Typ av indikator	Strukturmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad och tillgänglig vård och omsorg.
Datakälla	Enkät till kommunens eller stadsdelens/stadsområdets ansvariga chef för beroendeverksamheten inom ramen för

	Socialstyrelsens öppna jämförelser, missbruks- och beroendevården.
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Strukturmättet 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.
Teknisk beskrivning	<p>Indikatorn bygger på följande enkätfråga:</p> <p>Erbjuder ni någon av insatserna:</p> <p>a) Case management i form av integrerade team till personer med skadligt bruk eller beroende, psykisk sjukdom eller hemlösa?</p> <p>b) Case management i form av strengths model för personer med skadligt bruk eller beroendeproblematik och i behov av samordning av sina vård- och stödinsatser?</p> <p>Svarsalternativ: 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> <p>I nationell utvärdering av vård vid skadligt bruk och beroende 2024 samlades data till indikatorn in via enkätfråga till primärvårdsverksamheter, socialtjänst inom verksamhetsområde vuxen beroendevård respektive barn och unga, specialistverksamheter inom sjukvården avseende vuxen beroendevård. <i>Fråga: Erbjuder ni följande case management insatser till era patienter med skadligt bruk och beroende? (Ja/Nej) Hur stor andel av era patienter har fått ta del av någon av dessa case management-insatser under perioden? (majoritet/ungefär hälften/minoritet).</i></p>
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, län, kommuner, stadsdelar/stadsområden.

17.1 Dödlighet bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos													
Mått	Andel döda ett år efter vård för alkohol- respektive narkotikadiagnos.												
Mätenhet	Procent.												
Syfte	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.												
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.												
Riktning	Låg andel eftersträvas.												
Typ av indikator	Resultatmått.												
Kvalitetsdimension	Säker och kunskapsbaserad vård och omsorg.												
Datakälla	Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.												
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.												
Felkällor och begränsningar	Brister i diagnosregistrering. Alla personer som med skadligt bruk och beroende av alkohol eller narkotika vårdas inte i slutna eller öppna specialiserade vård och de ingår inte i de studerade grupperna.												
Teknisk beskrivning	<p><i>Täljare 1:</i> Antal döda, oavsett orsak, under 365 dagar efter vård med alkoholdiagnos under ett kalenderår, bland personer, 18 år eller äldre.</p> <p><i>Nämnare 1:</i> Totalt antal personer 18 år eller äldre som vårdats med alkoholdiagnos under ett kalenderår.</p> <p>Med alkoholdiagnos avses följande diagnoskoder:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol</td> <td>F10</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Täljare 2:</i> Antal döda, oavsett orsak, under 365 dagar efter vård med narkotikadiagnos, bland personer, 18 år eller äldre.</p> <p><i>Nämnare 2:</i> Totalt antal personer 18 år eller äldre som vårdats med narkotikadiagnos under ett kalenderår.</p> <p>Med narkotikadiagnos avses följande diagnoskoder:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioider</td> <td>F11</td> </tr> <tr> <td>Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis</td> <td>F12</td> </tr> <tr> <td>Psykiska störningar och beteendestörningar</td> <td>F13</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol	F10	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioider	F11	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis	F12	Psykiska störningar och beteendestörningar	F13
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10												
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol	F10												
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10												
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioider	F11												
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis	F12												
Psykiska störningar och beteendestörningar	F13												

	orsakade av sedativa och hypnotika	
	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
	<p>Diagnosuppgiften kommer antingen från ett vårdtillfälle i sluten 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.</p> <p>Åldersstandardiserade värden.</p> <p>Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.</p> <p>Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman.</p>	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, utbildningsnivå, födelse land.	

17.2 Suicid bland avlidna som vårdats för alkohol- respektive narkotikadiagnos

Mått Suicid bland de som avlidit ett år efter vård för alkohol- respektive narkotikadiagnos.

Mätenhet Procent.

Syfte En hög andel suicid i gruppen kan tyda på bristande tillgänglighet och kvalitet i vård och behandling av alkohol- och narkotikarelaterade problem.

Nationellt kunskapsstöd Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.

Riktning Låg andel eftersträvas

Typ av indikator Resultatmått.

Kvalitetsdimension Säker och kunskapsbaserad vård och omsorg.

Datakälla Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Datakällans status Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.

Felkällor och begränsningar Brister i diagnosregistrering. Alla personer som med skadligt bruk och beroende av alkohol eller narkotika vårdas inte i slutna eller öppna specialiserade vård och de ingår inte i de studerade grupperna.

Teknisk beskrivning *Täljare:* Dödsorsaker uppdelat på suicid eller annan dödsorsak hos de enligt nämnaren.

Nämnare 1: Totalt antal personer 18 år eller äldre som vårdats med alkohol- respektive narkotikadiagnos under ett kalenderår och som avlidit inom 365 dagar från vårdtillfälle.

ICD-10 koder för inkludering i täljaren

Yttre orsaker till sjukdom	ICD-10
Avsiktlig destruktiv handling	X60-X84
Skadehändelser med oklar avsikt	Y10-Y34
Annan dödsorsak	Alla andra koder

Med alkoholdiagnos avses följande diagnoskoder:

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

Med narkotikadiagnos avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioider	F11

	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis	F12
	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa och 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
	<p>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.</p> <p>Åldersstandardiserade värden.</p> <p>Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.</p> <p>Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman.</p>	
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, utbildningsnivå, födelseland.	

18. Återinskrivning i slutenvård inom 12 månader bland vårdade med alkohol- respektive narkotikadiagnos	
Mått	Andel personer återinskrivna i slutenvård ett år efter vård med alkohol- respektive narkotikadiagnos.
Mätenhet	Procent.
Syfte	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.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Låg andel eftersträvas.
Typ av indikator	Resultatmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.
Datakällans status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Felkällor och begränsningar	Brister i diagnosregistrering. Personer med diagnos som inte har vårdats i den specialiserade vården ingår inte i rapporten.
Teknisk beskrivning	<p><i>Täljare 1:</i> Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med alkoholdiagnos (huvud- eller bidiagnos) i slutenvård och som inom 365 dagar efter utskrivning vårdas igen i den slutna vården med alkohol- eller narkotikadiagnos.</p> <p><i>Nämngare 1:</i> Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med alkoholdiagnos (huvud- eller bidiagnos) i slutenvård. Utskrivningsdatum utgör startdatum för att hämta information om personen vårdats i slutenvård med alkohol- eller narkotikadiagnos inom 365 dagar.</p> <p><i>Täljare 2:</i> Antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med narkotikadiagnos (huvud- eller bidiagnos) i slutenvård och som inom 365 dagar efter utskrivning vårdas igen i den slutna vården med alkohol- eller narkotikadiagnos.</p> <p><i>Nämngare 2:</i> Totalt antal personer 18 år eller äldre som under ett kalenderår vårdats med narkotikadiagnos (huvud- eller bidiagnos) i slutenvård. Utskrivningsdatum utgör startdatum för att hämta information om personen vårdats i slutenvård med alkohol- eller narkotikadiagnos inom 365 dagar.</p>

Med alkoholdiagnos avses följande diagnoskoder:

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

Med narkotikadiagnos avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioider	F11
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis	F12
Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av sedativa och 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

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.

Åldersstandardiserade värden.

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Uppgifter från flera kalenderår kan slås samman.

Om redovisningsnivåer och fördelningar

Riket, region, utbildningsnivå, födelseland.

19. Minskat antal dagar med substansbruk vid första uppföljning	
Mått	Andel personer som registrerats i Bättre Beroendevård (BB) i öppen specialiserad vård som vid första uppföljning uppvisar ett minskat antal dagar med substansbruk.
Mätenhet	Procent.
Syfte	Ett huvudsyfte med 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.
Nationellt kunskapsstöd	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, 2019.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Typ av indikator	Resultatmått.
Kvalitetsdimension	Kunskapsbaserad vård och omsorg.
Datakälla	Bättre Beroendevård (BB).
Datakällans status	Utvecklingsindikator. Låg täckningsgrad i Bättre Beroendevård (BB).
Felkällor och begränsningar	Validiteten i registreringen av antalet nyktra/substansfria dagar kan brista. För att mäta indikatorn krävs minst två registreringar i BB med uppgifter om antal nyktra/substansfria dagar vid båda tillfällena, vilket påverkar underlagets storlek.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal personer, 18 år eller äldre som registrerats i BB i öppen specialiserad vård och som vid första uppföljning uppvisar en minskning av antal dagar av substansanvändning. <i>Nämnare:</i> Totalt antal personer, 18 år eller äldre som registrerats i BB i öppen specialiserad vården med minst en uppföljning med en dokumenterad substansanvändning. Med minskning avses alla värden > 0.
Om redovisningsnivåer och fördelningar	Riket, region, enhet, primärdrog, utbildning, levnadsform.

Referenser

1. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
2. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
3. Behandling av spelmissbruk och spelberoende. Kunskapsstöd med nationella rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
4. Vård som inte bör göras. Följsamheten till nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.

Projektorganisation

Madelene Barboza	utredare, Socialstyrelsen
Kristina Berglund	docent, psykologiska institutionen, Göteborgs universitet
Heval Beydogan	statistiker, Socialstyrelsen
Christina Broman	metodstöd utvärdering, Socialstyrelsen
Mikael Dahlberg	fil dr (PhD) socialt arbete, lektor och forskare vid Linnéuniversitetet, Växjö.
Mikael Eklöf	koordinator, Bättre beroendevård beroenderegister
Anders Hammarberg	docent klinisk beroendeforskning, leg. psykoterapeut, enhetschef Centrum för psykiatriforskning, Karolinska institutet & Beroendecentrum Stockholm.
Anders Håkansson	överläkare, professor i beroendemedicin, medicinska fakulteten vid Lunds universitet. Beroendecentrum Malmö, Spelberoendemottagningen.
Moa Isacsson	biträdande registerhållare, Bättre beroendevård
Ehline Larsson	projektledare (under 2022–2024)
Tiina Laukkanen	produktionsledare
Håkan Leifman	ordförande indikatorgruppen. Direktör, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
Gunilla Ringbäck Weitoft	projektledare (under 2017), Socialstyrelsen
Helena von Schewen	sektionschef, sjuksköterska, Maria ungdom, Beroendecentrum Stockholm.
Annette Skårner	fil dr (PhD), professor i socialt arbete, Göteborgs universitet.
Maria State	enhetschef (fr.o.m. mars 2023), Socialstyrelsen
Anders Bengtsson	enhetschef (t.o.m. februari 2023), Socialstyrelsen

Indikatorer – vård vid skadligt bruk och beroende

Nils Stenström	fil dr socionom, projektledare, SBU.
Daniel Svensson	utredare, Socialstyrelsen
Härje Widing	statistiker, Nationellt kvalitetsregister Bättre beroendevård, Beroendecentrum Stockholm.



Socialstyrelsen

Nationella riktlinjer 2024 – Indikatorer – vård vid skadligt bruk och beroende
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.