

**FoUU-enheten**

**Psykiatri, habilitering och hjälpmedel**

FoU-rapport 4/2022

# Heldygnsvård vid substansbrukssyndrom

En kartläggning av diagnoser och samtals-  
interventioner vid Beroendecentrum Malmö (BCM)

<b>Verksamhet:</b>	Vuxenpsykiatri MalmöTrelleborg Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne
<b>Enhet:</b>	Beroendecentrum Malmö (BCM)
<b>Projektansvarig chef:</b>	Karina Stein, områdeschef
<b>Projektets medarbetare:</b>	Josef Sandström-Knight, leg psykolog <a href="mailto:Josef.Sandstrom-Knight@skane.se">Josef.Sandstrom-Knight@skane.se</a>
<b>Handledare vid FoU-enheten:</b>	Åsa Waldo, fil dr, hälso- och sjukvårdsstrateg <a href="mailto:Asa.Waldo@skane.se">Asa.Waldo@skane.se</a>
<b>Utgivning:</b>	November 2022
<b>ISBN:</b>	978-91-987657-5-5
<b>Layout:</b>	Kommunikationsenheten

FoUU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom psykiatri och habiliteringen. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoUU-enheten för att få ytterligare information. Vid referens till rapporten ange: Sandström-Knight, J. (2022). *Heldygnsvård vid substansbrukssyndrom*. FoU-rapport 4/2022, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

# Sammanfattning

Skadligt bruk och beroende av substanser är en av de vanligaste anledningarna till ohälsa i samhället. Problemen uppträder ofta tillsammans med andra psykiatriska diagnoser, såsom ångest och depression. Vid svår symptombild erbjuds behandling inom Region Skånes heldygnsvård.

Studien undersöker patientgruppen inom heldygnsvården på Beroendecentrum Malmö (BCM) under 2021. Syftet är att undersöka vad som karakteriserar patienterna samt att utforska vilka samtalsinsatser som erbjuds under vårdtiden.

Resultaten visar att diagnospanoramata har förändrats det senaste decenniet. Alkohol är alltså den vanligaste substanskategorin, men det har skett en ökning av opioidrelaterade diagnoser och blandberoende (flera droger i kombination). Samsjuklighet, liksom förekomst av andra samtidiga missbruk, varierar beroende på substanskategori. Den sammanvägda bilden är en patientgrupp med mer komplex problematik sett till dessa faktorer.

Studien visar att det förekommer ett brett spektrum av samtalsinterventioner inom heldygnsvården. De insatser som ska erbjudas enligt psykiatrins standardiserade vårdprocess SVP Beroende – *Motiverande samtal* och *Återfallsprevention* – erbjuds i 18 % av fallen under 2021. Den vanligaste interventionen är *stödande samtal* och andra mer ospecificerade *samtal om mående*. Substanskategori verkar spela roll för vilka interventioner en patient får under vårdtiden.

**Förväntad nytta** för patienten är en heldygnsvård som är tydligare och mer konsekvent vad gäller diagnosticering, samsjuklighet och psykosocialt stöd.

## Förord

Förvaltningen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel ska med professionella insatser arbeta för att åstadkomma livskvalitet i livets alla skeden för barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. I samarbetet mellan FoUU-enheten (Forskning, Utveckling, Utbildning) och verksamheterna sker en ständig granskning av nya och rådande metoder för att kontinuerligt kunna förbättra kvaliteten i de olika insatserna.

FoU-rapporterna syftar till att stödja en evidensbaserad praktik, att stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling samt att skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande. Rapporterna utgår från en frågeställning i praktiken som leder till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att redan i ett tidigt stadium påbörja implementeringen. Detta görs genom att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

I detta arbete har heldygnsvårdens patientgrupp med substansbruksyndrom och de samtalsinsatser som erbjuds studerats. Projektet har genomförts av leg psykolog Josef Sanström-Knight vid Beroendecentrum Malmö (BCM). Hälso- och sjukvårdsstrateg fil dr Åsa Waldo har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd från områdeschef Karina Stein och verksamhetschef Hans Brauer. Det har genomförts och delvis finansierats med stöd av FoU-medel.

Vi riktar ett tack till Ingrid Thörngren, verksamhetsansvarig för PASiS vid Digitaliseringsenheten och Cia Vendel, enhetschef och chefssekreterare på BCM, för stor hjälp i arbetet att sammanställa statistik över patienter och interventioner. Tack även till professor Anders Håkansson för synpunkter på preliminära resultat.

Lund november 2022

Daniel Lindqvist  
Specialistläkare, docent  
Chef för FoUU-enheten  
Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

## Innehållsförteckning

<b>1. Bakgrund.....</b>	<b>6</b>
1.1 Beroende och skadligt bruk.....	6
1.2 Samsjuklighet.....	7
1.3 Beroendevård i svensk kontext.....	8
1.4 Covid-19: pandemieffekter för beroende och sjukvård.....	9
<b>2. Syfte.....</b>	<b>10</b>
<b>3. Metod.....</b>	<b>10</b>
3.1 Beskrivning av studien.....	10
3.2 Deltagare.....	10
3.3 Materialinsamling.....	10
3.4 Analys.....	11
3.5 Etiska överväganden.....	12
<b>4. Resultat och diskussion.....</b>	<b>13</b>
4.1 Långsiktiga trender.....	13
4.2 Patientgruppen 2021 inom BCM:s heldygnsvård.....	14
4.3 Samtal inom heldygnsvården.....	21
4.4 Studiens begränsningar.....	27
<b>5. Slutsatser.....</b>	<b>28</b>
<b>Referenser.....</b>	<b>29</b>
<b>Tidigare publikationer.....</b>	<b>32</b>

# 1. Bakgrund

## 1.1 Beroende och skadligt bruk

Substansbrukssyndrom utgör en av de ledande orsakerna till allvarlig ohälsa i världen. Enbart alkoholmissbruk uppskattas bidra till över två miljoner dödsfall om året (World Health Organization [WHO], 2018). Utöver de omedelbara hälsofarliga konsekvenserna är substansbrukssyndrom förknippade med en lång rad somatiska och psykiatriska komplikationer samt en förhöjd mortalitet (Askgaard m.fl., 2020). En hög alkoholkonsumtion har till exempel påvisats öka risken för över 200 sjukdomar (Rehm m.fl., 2017), är behäftad med svår social problematik (Missbruksutredningen, 2011) och funktionsnedsättningar i varierande grad.

Termen substansbrukssyndrom används i DSM-5 för att fånga upp sjukdomstillstånd orsakade av substansbruk (APA, 2013). Inom WHO:s klassifikationssystem ICD-10 delas dessa tillstånd upp bland annat i termer av *skadligt bruk* och *beroendesyndrom*. Med skadligt bruk avses ett substansbruk som orsakat allvarliga konsekvenser för funktion eller hälsa, medan beroende syftar på ett mer avancerat tillstånd, karaktäriserat bland annat av fysiologisk dependens. Både skadligt bruk och beroendesyndrom är utbredda i Sverige för ett flertal substanser. Det vanligaste substansberoendet är alkohol, där 4,8 % av män och 3,1 % av kvinnor uppfyller kriterierna för ett alkoholberoende (Sundin m.fl., 2018). Substansbrukssyndrom av narkotika eller narkotikaklassade läkemedel uppskattas i samma undersökning förekomma hos 1,8 % av befolkningen. Med narkotikaklassade läkemedel menas bland annat de som tillhör grupperna bensodiazepiner, opioider, centralstimulantia, samt pregabalin.

Befolkningens konsumtion av olika substanser varierar över tid och följer olika långsiktiga trender. Det senaste decenniet har påvisat en markant ökning av narkotikarelaterade diagnoser, samtidigt som förekomsten av alkoholrelaterade diagnoser har minskat, framför allt hos yngre och män (Socialstyrelsen, 2021b). En ökning av narkotikaproblematik kan innebära en mer heterogen patientgrupp, med en tillkomst av yngre individer med komplexa och varierande substansbruk (Socialstyrelsen, 2021b). Vidare finns en patientgrupp som utvecklar ett skadligt bruk av flera substanser samtidigt. Enligt Socialstyrelsen (2021b) utgör denna kategori (flera droger i kombination) numera den näst vanligaste diagnosen i svensk beroendevård. Detta kan få stor betydelse för vården, eftersom en blandproblematik har visat sig vara kopplad till en ökad problemtynghet i allmänhet – något som kan komma till uttryck i termer av överdoser, självmordsförsök och en

högre förekomst av psykiatrisk samsjuklighet (Håkansson m.fl., 2011; Martinotti m.fl., 2009).

## 1.2 Samsjuklighet

En komplicerande faktor i vården av substansbrukssyndrom är den överrepresentation av psykiatrisk samsjuklighet som konstaterats inom patientgruppen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2016). Orsakerna till denna anses komplexa och multifaktoriella. Till viss del tros samsjukligheten bero på gemensamma riskfaktorer (såväl genetiska, psykologiska, som psykosociala), men i många fall handlar det om funktionella samband mellan de olika tillstånden (EMCDDA, 2016). För en del individer uppstår beroenden som en konsekvens av en existerande psykiatrisk diagnos, medan andra utvecklar nya typer av psykisk ohälsa till följd av substansbrukssyndromet (Socialstyrelsen, 2019a). Det slutgiltiga resultatet är emellertid ett flertal sjukdomstillstånd som alla förstärker, vidmakthåller och förvärrar varandra.

Enligt nationella riktlinjer är det av stor vikt att samsjuklighet utreds och behandlas (Socialstyrelsen, 2019b). I jämförelse med individer som endast uppfyller kriterierna för beroende eller skadligt bruk har patienter med en avancerad samsjuklighet en svårare sjukdomsbild och en sämre långsiktig prognos (EMCDDA, 2016). Detta kan manifesteras sig i en ökad frekvens av inläggningar, en förhöjd suicidrisk, ett mer riskfyllt substansbruk eller tidigare narkotikarelaterad död (EMCDDA, 2016; Fridell m.fl., 2019). Det går dessutom inte att förvänta sig någon behandlingseffekt om inte interventionen riktar sig effektivt mot båda berörda tillstånd samtidigt (EMCDDA, 2016).

Prevalens av psykiatrisk samsjuklighet varierar beroende på vilka populationer man undersöker och hur långt tidsspänn som studeras (EMCDDA, 2016). I en granskning av patienter inom den specialiserade beroendevården i Sverige 2016–2018 fann man att de vanligaste diagnoserna var depression, ångestsyndrom, ADHD, samt personlighetsyndrom bland unga kvinnor (Socialstyrelsen, 2019a). Samma undersökning visade att 64 % av kvinnorna och 52 % av männen även hade vårdats för en eller flera psykiatriska diagnoser under samma period.

### 1.3 Beroendevård i svensk kontext

Den svenska beroendevården kännetecknas av ett delat huvudmannaskap mellan hälso- och sjukvård och kommun (socialtjänst). Sjukvården ansvarar för läkemedelsbehandling och kommunen för sociala insatser samt tvångsvård vid livshotande substansbruk, enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM, 1988). Hälso- och sjukvårdens ansvar är dessutom uppdelat över primär- och specialistanivåer, där den specialiserade beroendevården faller under vuxenpsykiatrins område. Denna organisation har i uppdrag att förebygga, utreda och behandla skadligt bruk och beroende, liksom eventuell psykiatrisk samsjuklighet.

Substansbrukssyndrom kan delas upp i olika svårighetsgrader och insatser förutsätter olika vårdnivåer. Inom psykiatri i Region Skåne används standardiserade vårdprocesser (SVP) för bedömning och behandling av flera olika tillstånd. I *SVP Beroende* beskrivs en tänkt trappstegsmodell. Akuta tillstånd hänvisas till sjukvården för en akut bedömning. I Malmö sker detta på beroendekuten (BCM-akut) där cirka 5000 patienter bedöms årligen. När patienten bedöms vara kliniskt abstinent erbjuds behandling med läkemedel så som diazepam eller buprenorfin. Behandlingen kan ske ineliggande på slutenpsykiatrisk vårdavdelning eller, i mindre komplicerade fall, via poliklinisk avgiftning (PKA).

Den genomsnittliga vårdtiden för en ineliggande abstinensbehandling varierar beroende på tillståndets typ och svårighetsgrad, tillgång till kommuninsatser samt eventuell samsjuklighet. Under vårdtiden får patienter i enlighet med *SVP Beroende* ta ställning till olika öppenvårds- och behandlingsalternativ. Ofta initieras farmakologisk behandling vid alkoholberoende. Det är även möjligt att påbörja behandling för andra somatiska och psykiatriska åkommor såsom depression eller ångest. Patienter remitteras sedan till lämplig uppföljning inom hälso- och sjukvård och/eller till planerad kommunkontakt för psykosocial behandling eller vård enligt LVM. Fall som inte kompliceras av svår psykiatrisk samsjuklighet ska följas inom primärvården, medan man vid medelsvår till svår psykiatrisk samsjuklighet har möjlighet att remittera patienten till specialiserade beroendemottagningar. Dessa mottagningar erbjuder provtagning och kontroller, läkemedelsuppföljning samt psykosociala insatser så som motiverande samtal (MI), återfallsprevention (ÅP), kognitiv beteendeterapi (KBT) eller andra strukturerade behandlingsformer som rekommenderas av Socialstyrelsen (2019b).



Heldygnsvården fyller således en bredare funktion än enbart abstinensbehandling. I själva verket blir den en plattform för bedömning, planering och även uppstart av samverkan eller långsiktiga behandlingar. Detta förutsätter emellertid ett psykosocialt arbete vid sidan av abstinensbehandlingen. Arbetet sker i form av samtalsinterventioner, fokuserade på patientens motivation, sociala omständigheter samt eventuell psykiatrisk samsjuklighet. Det senare blir alltmer aktuellt med tanke på den ökade medvetenheten kring samsjuklighet och dess betydelse för effektiv behandling.

I SVP Beroende fastställs att psykologisk och psykosocial behandling ska erbjudas för *de flesta* vid akut stabilisering eller heldygnsvård. Detta ska göras i form av motiverande samtal (MI)(prioritet 5-10, beroende på substans) eller i form av någon annan lämplig *kort intervention*. Ur klinisk synvinkel är det därför angeläget att erhålla en bild av vilka insatser som erbjuds inom heldygnsvården och hur dessa implementeras idag. För att uttala sig närmare kring vad som bör prioriteras framöver är det även viktigt med en uppdaterad bild av patientgruppen, samt ett klagörande kring hur mycket den har följt de trender som beskrivits nationellt.

#### **1.4 Covid-19: pandemieffekter för beroende och sjukvård**

Under de sista åren har vården, liksom allt övrigt i samhället, komplicerats av covid-19. Utöver dess omedelbara hälsofarliga effekter har pandemin medfört konsekvenser för sjukvårdens tillgänglighet samt följsamhet till nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2021a). För vården vid skadligt bruk och beroende har nationella riktlinjer däremot kunnat följas (Socialstyrelsen, 2021a). Samtidigt är beroendevården knappast immun mot pandemieffekter i bredare bemärkelse. Det står klart att coronapandemin har kunnat påverka folkhälsan, bland annat utifrån skadligt bruk och beroende (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin [CES], 2020; Kilian m.fl., 2022). Konsekvenser för patienters vårdsökande blir därför viktiga att studera. I en undersökning av en specifik öppenvårdsmottagning på Beroendecentrum Malmö, konstaterade Andersson och Håkansson (2022) att pandemin inte hade haft någon generell påverkan på antalet vårdsökande med alkoholproblem, däremot kunde tillfälliga skillnader skönjas hos sökbeteenden hos kvinnor. Mer forskning behövs för att förstå pandemieffekter och det är även okänt hur heldygnsvårdens patientgrupp har påverkats under denna tid. Detta får tas i beaktande vid tolkning av resultat.

## 2. Syfte

Syftet är att undersöka vad som karakteriserar patienter inom Beroendecentrum Malmö (BCM) heldygnsvård samt att utforska vilka samtalsinsatser som erbjuds under vårdtiden.

## 3. Metod

### 3.1 Beskrivning av studien

I studien erhålls en överblick över diagnospanoramata för patienter inom BCM:s heldygnsvård. Detta görs i två steg: först utifrån långsiktiga trender avseende huvuddiagnos, sedan utifrån statistik för 2021. I det andra steget jämförs individer med olika typer av substansberoenden utifrån demografiska faktorer, såsom kön, ålder, samsjuklighet, men även i termer av tillhandahållen vård såsom antal vårdtillfällen och vård dagar. Vidare undersöks de olika typerna av psykosociala insatser som erbjuds under pågående abstinensbehandling. En reflektion görs även över hur dessa fördelas över patientgrupperna.

### 3.2 Deltagare

I studien ingår patienter som blivit vårdade inom BCM:s heldygnsvård (avdelning 1 och 2). Studien fokuserar i huvudsak på de patienter som varit inlagda 2021. Tillbakablicken inkluderar emellertid alla som vårdats mellan 2011 och 2021. Det är endast de individer som vårdats för en substansrelaterad diagnos som ingår i analyserna.

### 3.3 Materialinsamling

PASIS är ett administrativt system där uppgifter från både öppen- och slutenvård sparas. Samtliga vårdtillfällen registreras med standardiserade KVÅ-koder som sedan blir sökbara, så att administrativa, demografiska och diagnostiska uppgifter finns tillgängliga för analys. Dessa uppgifter finns tillgängliga i intranätets verksamhetssystem på gruppnivå, medan uppgifter på individnivå kräver särskild behörighet.<sup>1</sup>

Diagnoskoder registreras i form av huvud- och bidiagnoser. Enligt Socialstyrelsens termbank ska huvuddiagnosen beskriva det tillstånd som är den huvudsakliga anledningen till en vårdkontakt, fastställd vid vårdkontaktens slut. Bidiagnoser refererar till andra tillstånd som blivit

---

<sup>1</sup> Josef Sandström-Knight hade uppdrag som kvalitetsgranskare för ändamålet.

föremål för bedömning, utredning eller behandling under samma vårdkontakt. Varje vårdtillfälle har således en bestämd huvuddiagnos, medan det är möjligt att erhålla inga eller flera bidiagnoser. Patienter som blivit inlagda vid upprepade tillfällen kan således ha ett flertal olika huvud- och bidiagnoser.

I denna undersökning användes PASiS för två ändamål. För att undersöka *patientgruppens förändring över tid* granskades registreringar mellan 2011–2021. Detta gjordes endast på gruppnivå och endast ett år i taget. Sökningen inkluderade de individer som varit inlagda på avdelning 1 och 2 och enbart för substansrelaterade huvuddiagnoser. Rapporten koncentrerade sig därefter på *tillhandahållen vård relaterat till huvuddiagnos* under 2021. För att undersöka hur vården sett ut användes källdata så att uppgifter fanns tillgängliga på individnivå. Ingrid Thörngren, verksamhetsansvarig för PASiS vid Digitaliseringsenheten, sammanställde och avidentifierade materialet innan någon bearbetning ägde rum. I datafilen förekom kön, ålder, åldersgrupp, antal vårdtillfällen, huvuddiagnoser, bidiagnoser, alla registrerade åtgärder, samt antalet vård dagar per tillfälle.

### 3.4 Analys

En inledande kontroll av huvud- och bidiagnoser gjordes för att identifiera patienter vars vårdtillfällen under 2021 aldrig varit kopplade till en substansrelaterad diagnos. Dessa individer exkluderades sedan från samplet och förekommer inte i någon analys.

Resterande patienter kategoriserades först utifrån huvuddiagnos. För att göra detta grupperades huvuddiagnoser utifrån substans. Här användes substansindelningar som finns i ICD 10: F101-F109 (alkohol), F111-F119 (opioider), F131-F139 (sedativa/ hypnotika), F141-F149 (kokain), F151-F159 (centralstimulantia) och F191-F199 (flera droger i kombination). Eftersom F14 och F15 båda åsyftar skadligt bruk/beroende av centralstimulerande preparat integrerades dessa sedan under benämningen *centralstimulerande (inklusive kokain)*.

Vidare konstruerades kategorier utifrån psykiatriska diagnoser. Även här användes existerande indelningar i ICD 10: F20-F29 (Schizofreni och schizofrenilikande tillstånd), F30-F39 (Förstämningssyndrom), F40-F48 (Ångestsyndrom), F60-F69 (Personlighetssyndrom), F80-F89 (Autism), F90-F98 (ADHD). Efter denna övergripande indelning gjordes avsteg då det ansågs meningsfullt. Förstämningssyndrom delades upp i kategorierna *bipolär sjukdom* och *depression*. Diagnosen *blandad ångest och depression* lämnades kvar i *ångestsyndrom*. Varje individ registrerades sedan med den typ av samsjuklighet som diagnosticerats under något av

vårdtillfällena. Här gjordes ingen skillnad på huvud- respektive bi-diagnoser, utan allt betraktades som likvärdigt.

Analysen baseras på antalet patienter med olika huvud- eller bidiagnoser, vilket innebär att samma patient kan förekomma flera gånger i materialet. Detta är fallet vid samtliga analyser, med undantag för patientgruppens förändring över tid, där fokus istället ligger på antalet vårdtillfällen.

### **KVÅ-koder**

Av de 63 åtgärds-koder som ställts under 2021 identifierades alla som hade med psykologisk/ psykosocial behandling att göra. Undersöknings- och utredningsrelaterade koder exkluderades, liksom allt som indikerade administrativa åtgärder samt kontakt mellan vårdgivare/tjänstemän. Överordnade kategorier skapades sedan utifrån definitioner i ICD-10 samt i ljuset av relevanta styrdokument. Kategorierna stämades slutligen av med personal från heldygnsvården som kunde förtydliga hur koderna använts i praktiken.

## **3.5 Etiska överväganden**

Detta projekt genomfördes som en kvalitetssäkring inom Region Skåne. All data behandlades konfidentiellt och rapporten medför ingen risk för den personliga integriteten.

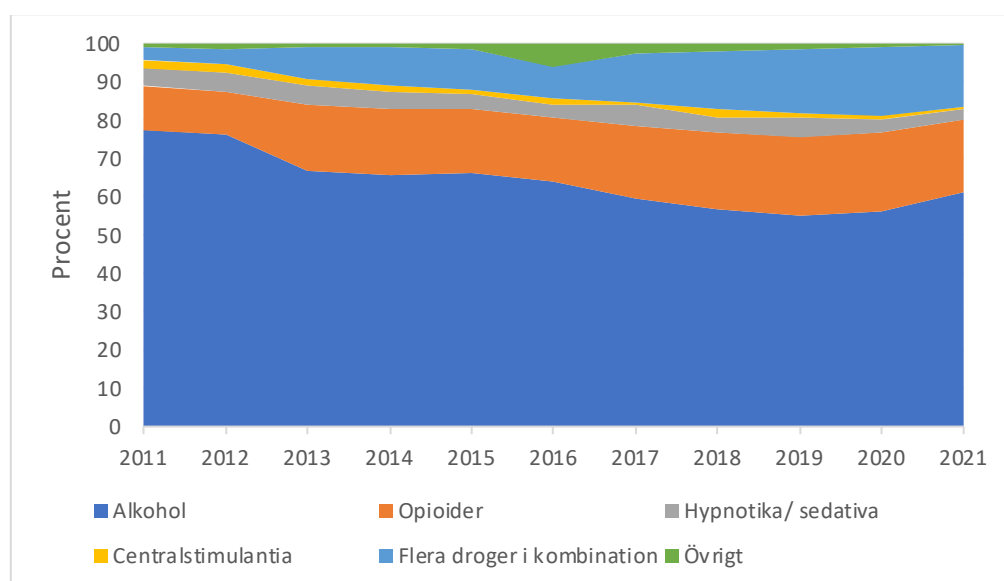
## 4. Resultat och diskussion

Resultatet redovisas i tre delar. I den första beskrivs långsiktiga trender för BCM:s patientgrupp inom heldygnsvården. Den andra delen redogör för patientgruppens karakteristika och vårdens omfattning baserat på antal inlagda patienter inom heldygnsvården under ett specifikt år. I den tredje delen undersöks vilka samtalsinterventioner som erbjuds inom heldygnsvården och diskussion förs kring användandet av dessa.

### 4.1 Långsiktiga trender

Som nämndes i bakgrunden finns det tecken på att patientgruppen med substansbrukssyndrom har förändrats de senaste tio åren.

**Figur 1. Andel vårdtillfällen per huvuddiagnos vid BCM heldygnsvård 2011-2021 (n =1185-1545).\***



\* Inkluderar endast de vårdtillfällen där huvuddiagnosen varit substansrelaterad (F10-F19).

Figuren visar hur stor andel av vårdtillfällen inom heldygnsvården som utgörs av olika typer av skadligt bruk/beroende. Sett till andel vårdtillfällen, har alkoholrelaterade diagnoser genomgående utgjort en tydlig majoritet. Denna majoritet har emellertid minskat från 77 % 2011 till 61 % 2021. Lägst var andelen 2019, då alkohol utgjorde huvuddiagnos vid endast 55 % av vårdtillfällena.

Opioider utgör stabilt den näst vanligaste huvuddiagnosen inom heldygnsvården. Denna kategori har i genomsnitt stått för 17 % av vårdtillfällena, med en spridning mellan 11-21 %.

Den största förändringen utgörs av kategorin *flera droger i kombination*. Denna diagnoskategori har stigit från 4 % av vårdtillfällena 2011 till att som högst utgöra 18 % 2020. 2021 har siffran emellertid sjunkit till 16 %.

Andra specificerade former av skadligt bruk/beroende är mer ovanliga som huvuddiagnos inom heldygnsvården. Detta är ett förhållande som t sett sig relativt stabilt över tid. En förklaring skulle kunna vara att dessa tillstånd sällan uppträder utanför ramen för en blandproblematik eller att tillstånden inte alltid fordrar ineliggande abstinensbehandling (exempelvis THC, centralstimulantia, kokain).

Den sammanvägda bilden indikerar en förändring inom BCM:s heldygnsvård som är i linje med den som konstaterats nationellt. Framför allt har patientgruppens substansbruk förändrats i termer av minskad andel alkohol och ökad andel opioider och *flera droger i kombination*.

## **4.2 Patientgruppen 2021 inom BCM:s heldygnsvård**

Under 2021 skrevs 969 unika patienter in på BCM:s heldygnsvård (avdelning 1 och 2). Av dessa saknade 85 en substansrelaterad huvud- eller bidiagnos. Dessa hör sannolikt till andra kliniker och det kan inte uteslutas att de endast lånat en vårdplats på BCM. Av de 884 unika individer som kvarstår (beskrivna i Tabell 1) har 855 erhållit en substansrelaterad huvuddiagnos under 2021. Resterande 29 individer har vårdats under en annan specialistpsykiatrisk huvuddiagnos men samtidigt erhållit minst en substansrelaterad bidiagnos. Avseende vårdform har den övervägande majoriteten vårdats frivilligt. 34 individer har varit föremål för vårdintyg och 31 har blivit kvarhållna enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, 1991). Sex personer har konverterats från frivillig heldygnsvård till sluten psykiatrisk tvångsvård.

### **Demografi och vård**

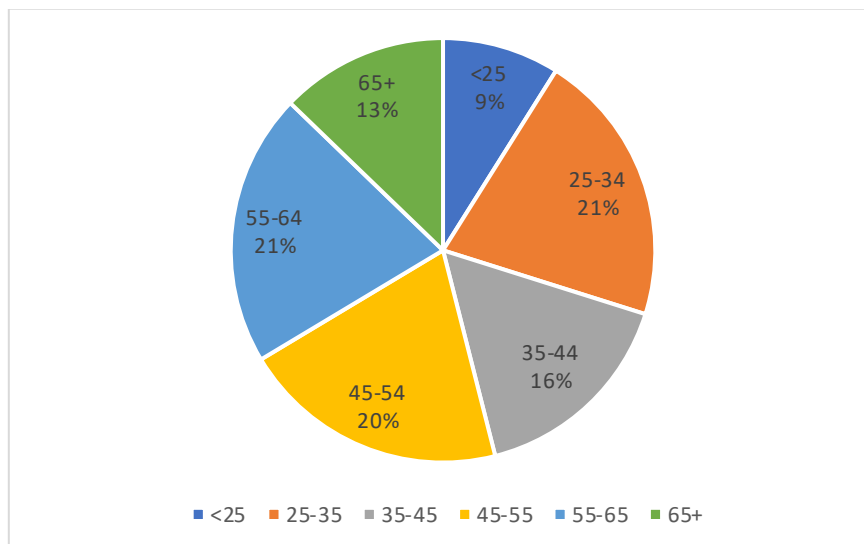
För att beskriva patientgruppen och vårdens karakteristika är det intressant att titta närmare på patienternas köns- och åldersfördelning, antal vårdtillfällen och vård dagar (se Tabell 1 och Figur 2).

**Tabell 1. Vårdtillfällen och vård dagar 2021 för patientgruppen uppdelat på kön.**

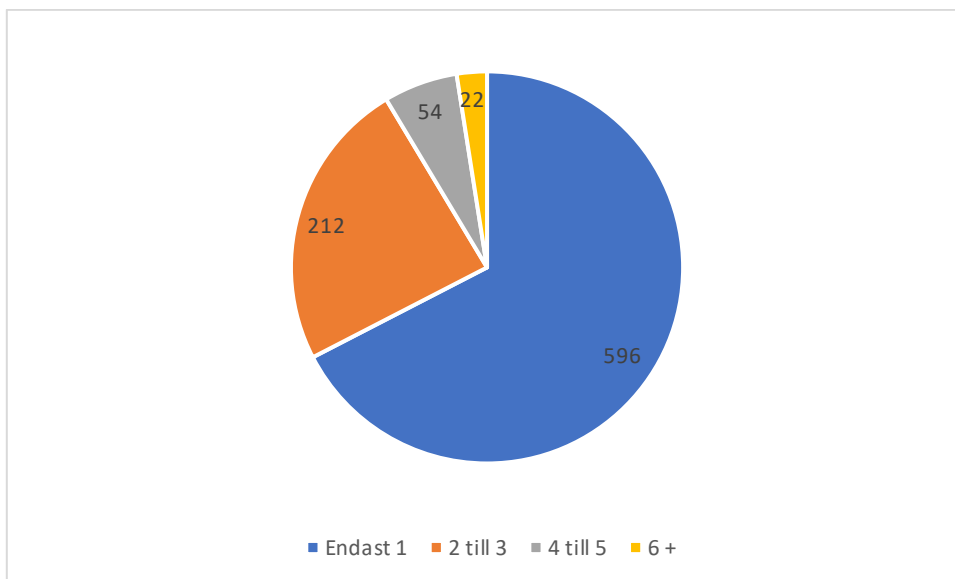
	Totalt (n = 884)	Kvinnor (n = 255)	Män (n = 629)
Vårdtillfällen (antal)	1491	423	1068
Antal vårdtillfällen per patient (m)	1,7	1,7	1,7
Vård dagar (antal)	5886	1835	4051
Antal vård dagar per patient (m)	6,7	7,2	6,4

Patientgruppen utgörs till 71 % av män och 29 % av kvinnor. Det finns inga skillnader mellan kvinnor och män i antal vårdtillfällen, däremot vårdades kvinnor i snitt en halv dag längre. Den genomsnittliga åldern är 46 år. Män är i snitt tre år äldre än kvinnor med en genomsnittlig ålder på 47 mot kvinnornas 44 år. Åldersfördelningen är relativt jämn. De minsta åldersgrupperna är individer under 25 år som står för 9 % av alla inlagda patienter, samt individer över 65 år som utgör 13 %.

**Figur 2. Patientgruppens fördelning på åldersgrupper 2021 (n=884).**



**Figur 3. Patientgruppens fördelning utifrån antal inläggningar under 2021 (n=884).\***



\* Baserat på antal vårdtillfällen (engångs- respektive återinläggningar) per individ. Patienterna är indelade i grupper utifrån hur många gånger de varit inlagda under året (spann 1-17).

Vissa patienter läggs in mer än en gång under ett år. I Figur 3 framgår att 33 % av patienterna vårdades vid mer än ett tillfälle under 2021 (34 % av männen och 29 % av kvinnorna). Återinläggningar är svårvärderade, eftersom återfall ofta ingår i sjukdomsbilden vid avancerat skadligt bruk/beroende. Samtidigt kan andelen återinläggningar vara ett mått på hur det långsiktiga omhändertagandet har fungerat efter utskrivning (Socialstyrelsen, 2021b). Detta förutsätter att heldygnsvården fyller sin funktion avseende upprättandet av realistiska och adekvata planeringar.

En jämförelse visar att andelen återinläggningar varierar utifrån substans nationellt; vid alkoholproblematik handlar det om 34–36 % för kvinnor och 39–42 % för män. För narkotikadiagnoser är siffran högre, 37–40 % för kvinnor och 43–49 % för män (Socialstyrelsen, 2021b). I ljuset av dessa siffror framstår återinläggningstalen inom BCM:s heldygnsvård från 2021 som relativt låga. Det är dock svårt att uttala sig mer bestämt kring detta, givet pandemin som pågått i bakgrunden.



## Substansbruk och samsjuklighet

Som framgick i avsnitt 4.1 har substansbruket förändrats över tid. För att fördjupa analysen undersöks patientgruppens fördelning på kön, vårdtillfällen, vård dagar och antal inläggningar – alla utifrån de preciserade substanskategorierna (se avsnitt 3.4 Analys för en beskrivning).

**Tabell 2. Patientgruppens fördelning på olika substansrelaterade huvuddiagnoser 2021 (procent, n=855).\***

	Alkohol	Opioider	Sedativa/ hypnotika	Centralsti- mulerande (inkl kokain)	Flera droger i kombination
Totalt (n = 884)	52,7	21,7	3,8	1,2	18,8
Män (n = 629)	53,1	21,8	2,7	1,4	18,8
Kvinnor (n = 255)	51,8	21,6	6,7	0,8	18,8

\* Huvuddiagnoserna följer ICD 10 (F10-F19). Notera att samma patient kan ha blivit inlagd med huvuddiagnos inom olika substanskategorier under samma år.

Som förväntat utgör skadligt bruk/beroende av *alkohol* den vanligaste huvuddiagnosen inom den studerade heldygnsvården. Som framgick ovan har andelen minskat väsentligt under det senaste decenniet – ett faktum som blir allt tydligare då man ser att 45 % av inlagda patienter numera erhållit narkotikarelaterade huvuddiagnoser. Av dessa är *opioider* och *flera droger i kombination* de vanligaste huvuddiagnoserna. Till skillnad från Socialstyrelsens rapport (2021b) är opioidrelaterade diagnoser den näst vanligaste kategorin, snarare än *flera droger i kombination*. En förklaring till detta är att denna studie endast fokuserar på heldygnsvården och inte den specialiserade beroendevården generellt.

Andra huvuddiagnoser utgör sällan huvudanledningen till vårdtillfället. *Sedativa/hypnotika* förekommer i liten utsträckning som huvuddiagnos – oftare hos kvinnor än män. Det låga antalet är egentligen något missvisande eftersom problematiken oftast återfinns som bidiagnos, särskilt i kombination med en opioidrelaterad huvuddiagnos. Den kan även ingå i bilden vid en diagnosticerad blandproblematik (*flera droger i kombination*). Som förväntat utgör centralstimulerande en mycket ovanlig orsak till vård inom heldygnsvården. Troligtvis figurerar patienter med denna problematik frekvent inom kategorin *flera droger i kombination*.

**Tabell 3. Patientgruppens karaktäristika 2021 baserat på substansgrupper enligt ICD 10 (medelvärde, procent, n=855).\***

	Alkohol (n = 466)	Opioider (n = 192)	Sedativa/ Hypnotika (n = 32)	Centralsti- mulerande (inkl kokain) (n = 11)	Flera droger i kombination (n = 166)
Ålder (m)	53,2	35,1	40,2	37,8	35,8
Antal vårdtillfällen (m)	1,9	1,6	1,4	1,7	1,7
Antal vård dagar (m)	6,7	7,1	7,5	6,9	6,9
Fler än 1 inläggning (%)	36,3	35,4	29,4	45,5	34,9
Fler än 5 inläggningar (%)	3,9	1,6	0	0	1,2
Annan psykiatrisk diagnos (%)	12,9	6,8	14,7	36,4	17,5
Annan substans- diagnos (%)	7,9	49,0	61,8	36,4	23,5

\* Huvuddiagnoserna följer ICD 10 (F10-F19). Notera att samma patient kan ha blivit inlagd med huvuddiagnos inom olika substanskategorier under samma år.

En närmare undersökning indikerar att det föreligger skillnader mellan olika sorters skadligt bruk/beroende.

*Alkohol* är associerat med något äldre patienter och det är dessutom vanligt att en individ som vårdas för alkoholproblem saknar andra substansdiagnoser. Psykiatrisk samsjuklighet är lägre än vid andra substanser, undantaget opioidrelaterade diagnoser. Av de patienter som varit inlagda vid fler än fem tillfällen är alkohol den vanligaste huvuddiagnosen (förekommer i 82 % av fallen). Den sammanvägda bilden kan tolkas som att patienter med alkoholberoende är mindre utsatta i termer av övriga substansproblem och samsjuklighet, men att problembilden fordrar upprepade vårdtillfällen vid svårartade fall.

Individer med narkotikarelaterade diagnoser skiljer sig från dem med alkoholrelaterade huvuddiagnoser i flera avseenden. Samtliga narkotikakategorier är associerade med en yngre åldersgrupp än kategorin alkohol – i synnerhet patienter med en opioidrelaterad huvuddiagnos eller *flera droger i kombination*. Det är även mycket vanligare med blandproblematik generellt. Vid opioidrelaterade huvuddiagnoser har nästan hälften fått ytterligare en substansrelaterad diagnos under samma år. En slutsats som kan dras av detta är att det troligtvis finns en överlappning mellan opioidrelaterade problem och *flera droger i kombination*.

Undantaget *centralstimulerande* (som är en liten grupp och därmed svår att uttala sig om) har *flera droger i kombination* den högsta prevalensen av diagnosticerad samsjuklighet. Detta ligger i linje med tidigare studier om samband mellan blandberoenden och samsjuklighet (Håkansson m.fl., 2011; Martinotti m.fl., 2009). En intressant iakttagelse är att psykiatriska bidiagnoser visat sig tämligen ovanliga vid opioidrelaterade huvuddiagnoser. Detta stöds inte av den vetenskapliga litteraturen och ter sig även osannolik i ljuset av en mistänkt överlappning mellan opioidrelaterade diagnoser och blandproblem. En tänkbar förklaring är att abstinensbehandlingen är så central för de patienter som har fått en opioidrelaterad huvuddiagnos att den eventuellt överskuggar andra problem.

**Tabell 4. Prevalens av psykiatriska diagnoser bland patienter med skadligt bruk/beroende 2021 (procent, n=884).\***

	Schizofreni och liknande tillstånd	Bipolärt syndrom	Depression	Ångestsyndrom	Personlighetsyndrom	Autism	ADHD
Totalt (n = 884)	2,8	1,3	1,3	6,9	1,9	0,9	3,1
Män (n = 629)	3,0	1,1	1,3	6,4	1,1	1,3	3,0
Kvinnor (n = 255)	2,4	1,6	1,2	8,2	3,9	0	3,1

\* Både huvud- och bidiagnoser är inkluderade. Notera att samma patient kan ha fått mer än en psykiatrisk huvud- eller bidiagnos under året.

Psykiatriska diagnoser förekommer huvudsakligen som bidiagnos. Detta är i linje med BCM:s huvuduppgift, där abstinensbehandlingen är det primära uppdraget. Samtidigt utgör vård för psykiatrisk samsjuklighet en uttrycklig aspekt av beroendecentrums uppgift. Det är även någonting som

i praktiken sker kontinuerligt under vårdtiden, i form av bedömningar, medicinändringar, samtal, med mera.

Prevalensen av psykiatrisk samsjuklighet är i realiteten mycket hög hos individer med skadligt bruk/beroende (EMCDDA, 2016; Socialstyrelsen, 2019a). Graden av denna komorbiditet återspeglas inte tillräckligt av ovanstående siffror. I jämförelse med uppgifter från Socialstyrelsens rapport (2021b) framstår de som låga. Detta gäller samtliga tillstånd, hos såväl kvinnor som män.

Det är omöjligt att avgöra huruvida denna sparsamma diagnosticering av bidiagnoser är ett uttryck för underdiagnosticering hos patientgruppen – antingen rent administrativt eller i verkligheten. Det skulle även kunna återspegla antaganden kring samsjuklighetens relevans för vårdtillfället. En annan potentiell förklaring är att man inte anser sig ha bedömt eller behandlat någon samsjuklighet under vårdtiden. Eventuellt vill man avvakta med detta tills patienten är mindre påverkad av substanser/abstinens.

Den sammanvägda bilden av heldygnsvårdens patienter 2021 är att diagnospanoramats långsiktiga förändring kan ha viktiga implikationer för heldygnsvården. Som tidigare nämnts kännetecknas förändringen av en ökad andel narkotikarelaterade diagnoser och en minskad andel patienter med alkoholproblem. Resultat från 2021 indikerar att en ökning av *flera droger i kombination* och opioidrelaterade diagnoser kan innebära en yngre målgrupp med en mer blandad substansproblematik, där flera olika substansrelaterade diagnoser ofta ställs under samma år. Med undantag av opioidrelaterade diagnoser innebär det även en högre förekomst av psykiatrisk samsjuklighet vid vårdtillfället. Dessa resultat kan tolkas som en indikation på ökad komplexitet hos patientgruppen.

Skillnader i samsjuklighet vid alkohol- respektive narkotikarelaterade diagnoser är mindre än skillnaderna i blandproblematik som är särskilt iögonfallande. Man kan dock fundera över huruvida samsjuklighetens egentliga omfattning döljs av den låga förekomsten av psykiatriska bidiagnoser, särskilt vid opioidrelaterade diagnoser. Dessa ställs inte i tillräcklig utsträckning för att fånga patientgruppens komplexitet.

### 4.3 Samtal inom heldygnsvården

I avsnittet fördjupas analysen av vårdens innehåll med fokus på de samtalsinterventioner som erbjudits patienter som varit inlagda på BCM under 2021.

#### Samtalsinterventioner

De olika interventionerna har kategoriserats i sex typer utifrån samtalens innehåll – MI/ÅP, Levnadsvanor, Samtal om mående, Information och undervisning, Gruppövningar psykisk ohälsa samt Psykosociala behandlingssamtal.

**Tabell 5. Antal patienter som erhållit samtalsinterventioner av olika typ 2021 (antal, n=322).\***

MI/ÅP	Motiverande samtal (MI)	99
	Återfallsprevention (ÅFP)	121
Levnadsvanor	Rådgivande samtal om tobaksbruk	1
	Rådgivande samtal om alkoholvanor	89
	Enkla råd om fysisk aktivitet	19
	Rådgivande samtal om matvanor	1
Samtal om mående	Hälsosamtal	35
	Rådgivande samtal	70
	Stödjande samtal	189
Information och undervisning	Information och undervisning UNS	38
	Information och undervisning riktad till patient	87
	Råd eller information om våld i nära relationer	2
	Information/undervisning om hälsa-ohälsa	34
	Information/undervisning om sexualitet	1
Gruppövningar psykisk ohälsa	Stöd vid oro	17
	Stresshantering	44
	Mindfulness	53
	Gruppträning	9
	Underlättande av sömn	30
Psykosociala behandlingssamtal	Samtal med vuxen patient om minderårigs behov och möjlighet till stöd	66
	Stöd och/eller träning av familjerelationer	31

\* Varje samtalsstyp refererar till en bestämd KVA-kod. Notera att samma patient kan ha erhållit olika typer av samtalsinterventioner under året samt flera samtal av samma typ.

Resultatet visar på ett brett spektrum av samtalsinterventioner inom BCM:s heldygnsvård. Dessa samtal sträcker sig mellan allt från tillfälligt psykologiskt stöd till att eftersträva mer långsiktig förändring i levnads- eller missbruksvanor. De samtalstyper som återfinns inom heldygnsvården är inte professionsspecifika utan kan hållas av samtliga yrkeskategorier. En del är mer kvalificerade än andra och kräver utbildning i ett visst material eller en viss metodik. Nedan följer en beskrivning av de olika samtalstyperna.

### MI/ÅP

Motiverande samtal (MI) och Återfallsprevention (ÅP) är samtalsmetoder som ska erbjudas enligt *SVP Beroende*. Båda utgör grunden till psykologisk behandling vid substansbrukssyndrom. Utöver detta används de även för ett brett spektrum av livsstilsrelaterade problem. Detta i verksamheter såsom hälso- och sjukvård, kriminalvård, socialtjänst, psykiatri och skola (Socialstyrelsen, 2019). Skillnaden mellan MI och ÅP är tydlig även om de i praktiken ofta avlöser varandra. MI syftar till att öka patientens egen motivation till förändring, medan ÅP har som mål att arbeta med förmågan att avstå från återfall i ett specificerat problem-beteende. MI förutsätter inte något standardiserat upplägg utan kan användas i enstaka samtal, individuellt eller i grupp. Manualiserade behandlingar finns även i form av MET (Motivational Enhancement Therapy), vilket används i öppenvårdskontext. Återfallsprevention är en metod som har sin grund i KBT. Liksom MI kan det erbjudas i form av manualiserad samtalsbehandling, vanligen en gång per vecka under åtta veckor (Socialstyrelsen, 2019). I praktiken förekommer ÅP som ett återkommande inslag i en KBT-kontakt vid substansbrukssyndrom.

### Levnadsvanor

Region Skånes *vårdprogram för levnadsvanor* syftar till att främja hälsa och förebygga sjukdom. Åtgärderna refererar till samtal där specifika levnadsvanor uppmärksammas och kartläggs. De fyra målområden som specificeras är: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet, och ohälsosamma matvanor. Samtalen varierar avseende längd, utförare, samt grad av individanpassning, och man gör därför en skillnad mellan enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerad rådgivning. Ett rådgivande samtal förutsätter en mer aktiv och individanpassad dialog än enkla råd. Samtalsledaren besitter en djupare ämnesutbildning och applicerar samtalsterapeutiska tekniker för att arbeta mot en förändring av den angivna levnadsvanan. Kvalificerad rådgivning är ännu mer omfattande (oftast 30-60 minuter) och ska följas upp över flera tillfällen.

### Samtal om mående

Samtalen ingår inte i någon standardiserad vårdprocess men behandlar olika aspekter av patientens mående. Alla koder återspeglar samtal av väsentligt större omfattning och fokus än vad som förekommer vid ordinarie interaktioner mellan personal och patient. De olika koderna indikerar potentiella skillnader i samtalens fokus och art, men det är troligt att samtalen överlappar gällande tema och utförande. *Stödjande samtal* är samtal som behandlar patientens psykiska tillstånd, psykologiska eller psykosociala funktioner. *Hälsosamtal* beskriver samtal om kost, motion och sömn samt alkohol, narkotika, tobak och sex och samlevnad. *Rådgivande samtal* är de samtal där rådgivning äger rum i större omfattning än vad som förekommer under ordinarie patientkontakt.

### Information och undervisning

Avser information och undervisning utöver vad som ingår i ett vanligt samtal. Koderna används vanligtvis för att specificera gruppaktiviteter med olika teman. *Information och undervisning riktad till patient* åsyftar specifikt utbildning i naloxon. Naloxon är ett motgift mot opioidöverdoser och utbildningen erbjuds samtliga inlagda patienter med ett skadligt bruk av opioider.

### Gruppövningar psykisk ohälsa

Samtal, vanligtvis i grupp, som syftar till avslappning eller hantering av psykiska symptom så som ångest, stress och sömnsvårigheter.

### Psykosociala behandlingssamtal

Samtal individuellt eller i grupp om relationer, anhöriga och mellan-mänskliga relationer. För vuxna med minderåriga barn ges individuella samtal med fokus på barnets behov och möjligheter till stöd.

### **Samtalsinterventioner vid olika huvuddiagnoser**

Av samtliga inlagda patienter under 2021 har 36 % erhållit någon av beskrivna samtalsinterventioner. Detta förefaller rätt så lågt, men det går inte att utesluta att brister i registreringen förvanskar resultatet. Vidare framkommer att vissa samtalstyper är betydligt vanligare än andra. Många av de registrerade samtalen tillhör något vaga kategorier såsom *samtal om mående*, medan de mer tydligt definierade samtalen om levnadsvanor är mycket ovanliga (undantaget samtal om alkohol). Den med marginal vanligaste insatsen är *stödjande samtal*, en rätt så inkluderande kod där det är svårt att utröna vad som egentligen har ingått. Det är naturligtvis viktigt att ge utrymme för stöd under vårdtiden, men man kan fundera över vilka typer av samtal som bör prioriteras. I många fall skulle dessa mer förutsättningslösa samtal kunna ersättas av registrerbara MI-samtal. Det

är även troligt att en hel del samtal skulle kunna riktas om till andra insatser med tydligare syften och mål.

En annan viktig fråga är om det finns en skillnad mellan patienter som erhåller olika typer av samtal.

**Tabell 6. Patientgruppens erhållna samtalsinterventioner baserat på substansrelaterade huvuddiagnoser (procent, n=855)\***

	Alkohol (n = 466)	Opioider (n = 192)	Sedativa/ Hypnotika (n = 32)	Centralsti- mulerande (inkl kokain) (n = 11)	Flera droger i kombination (n = 166)	Alla sub- stanser (n = 844)
Har fått samtalsintervention	36,3	40,1	50	36,4	31,9	36,4
Har inte fått samtalsintervention	63,7	59,9	50	63,6	68,1	63,6
MI/ÅP	20,6	15,6	20,6	0	12,7	18,0
Levnadsvanor	15,7	6,3	8,8	0	7,8	11,4
Samtal om mående	27,0	22,4	17,7	18,2	19,9	24,0
Information och undervisning	13,7	20,3	11,8	9,1	14,5	14,8
Gruppövning psykisk ohälsa	13,3	5,7	8,8	0	6,6	10,3
Psykosociala behandlings-samtal	9,7	14,1	23,5	18,2	9,6	10,5

\* Tabellen visar hur vanliga de olika samtalsstyperna är för olika patienttyper baserat på substans. Samma patient kan förekomma i olika substanskategorier under året, kan ha erhållit flera olika insatser samt flera insatser av samma samtalsstyp.

Som framgår är det en majoritet av patienterna som inte fått någon typ av KVÅ-registrerad samtalsintervention under 2021. Vidare tyder resultaten på att samtalsinterventionerna inte fördelar sig jämnt över patientgruppen, utan att huvuddiagnos verkar ha betydelse för vilka samtal patienterna får. Patienter med alkoholproblematik erhåller flera olika samtalsinsatser i högre uträkning än den totala patientgruppen. MI/ÅP, samtal om



mående, levnadsvanor och gruppövningar är särskilt vanliga hos dessa patienter, medan information och undervisning, liksom psykosociala behandlingssamtal inte sticker ut hos denna grupp.

Information och undervisning är vanligast hos individer med opioidrelaterade diagnoser. Detta är förväntat eftersom denna patientgrupp bör erbjudas utbildning i naloxonanvändande under vårdtiden. Det är även vanligare med psykosociala behandlingssamtal i denna grupp, liksom vid andra substanskategorier med lägre genomsnittsålder än den i alkoholgruppen. Sannolikheten att det finns minderåriga barn med i bilden bör vara högre vid lägre genomsnittsålder, vilket skulle kunna förklara den här skillnaden.

Patienter med blandproblematik är den grupp där lägst andel (32 %) erhållit någon samtalsintervention under 2021, och de har procentuellt sett erhållit färre av samtliga samtalstyper än den totala patientgruppen. Detta är ett observandum eftersom det är en grupp med relativt mycket samsjuklighet samt att blandberoende i den kliniska litteraturen har associerats med en mer komplex problembild (Håkansson m.fl., 2011; Martinotti m.fl., 2009).

En sista grupp som sticker ut är patienter med huvuddiagnos centralstimulerande. Som tidigare nämnts står dessa för en liten minoritet av heldygnsvårdens patienter. Det är dock intressant att notera att ingen av dessa har erhållit något MI eller ÅP-samtal. Istället har man prioriterat psykosociala behandlingssamtal eller andra former av samtal om mående.

Det är omöjligt att säkert avgöra vad nämnda skillnader beror på. Det kan handla om de olika tillståndens karaktäristika och den mottaglighet dessa medför för olika typer av insatser under pågående abstinensbehandling. En ytterligare felkälla kan vara brister i registreringen. Det går dock inte att utesluta att skillnaderna är en konsekvens av hur vården riktar och prioriterar insatserna.

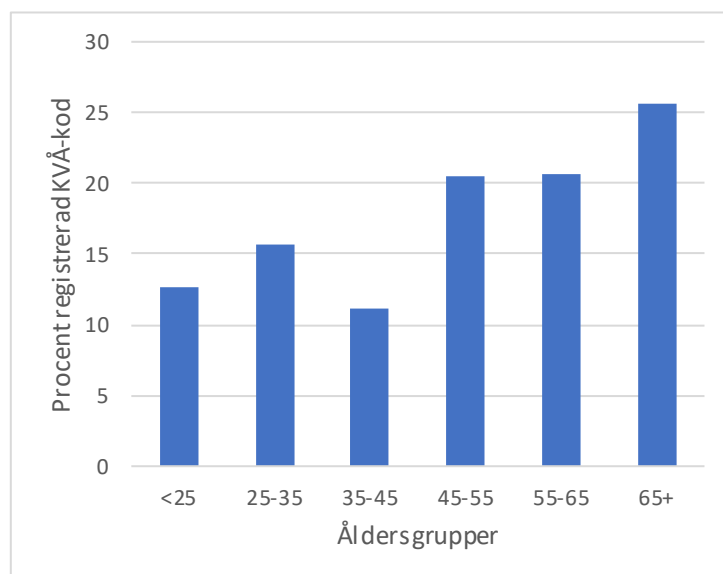
### **MI & ÅP – en fördjupad analys**

Av särskilt intresse för denna rapport är hur MI och ÅP – interventioner som ska erbjudas enligt *SVP Beroende* – har kommit till användning inom heldygnsvården. Motiverande samtal är en insats som ska erbjudas *de flesta* även inom heldygnsvård, medan ÅP inte specifikt förordas inom denna kontext. Resultaten tyder på att båda dessa insatser förekommer, emellertid i mindre utsträckning, vilket väcker frågor kring hur interventionerna ska implementeras i framtiden.

MI har visat små men positiva effekter över ett brett antal sammanhang och utföranden (Lundahl m.fl., 2010). Eftersom metoden inte förutsätter något bestämt upplägg bör den även kunna tillämpas inom ramen för en pågående abstinensbehandling utan större metodologiska utmaningar. ÅP, till skillnad från MI, förutsätter vanligen en mer långvarig behandlingskontakt och det blir därför mindre tydligt vilken betydelse metoden kan få under en så avgränsad vårdperiod. Samtidigt kan förekomsten i denna kontext vara en indikation på att behovet av återfallspreventiva samtal finns. Eventuellt kan dessa samtal betraktas som en sorts uppstart inför kommande behandlingar, alternativt som en *booster* för de individer som genomgått den typen av insats tidigare.

En ytterligare fråga för framtiden är hur dessa insatser ska riktas över patientgruppen. Som nämntes tidigare har MI/ÅP inte fördelats jämnt utan erhållits mest av patienter med *alkohol*/problem och minst av patienter med *flera droger i kombination* eller *centralstimulerande* som huvuddiagnos. En annan faktor som har visat sig ha betydelse är ålder. 65 % av de som fått MI/ÅP var över 45 år, medan endast 25 % var under 35 år. En undersökning av hur stor andel i varje åldersgrupp som erhållit MI/ÅP illustrerar ålderskillnaderna tydligare. Sannolikheten att man skulle erhålla insatsen var allra lägst i åldersgruppen 35–45 (11 %) till skillnad från individer över 65 där sannolikheten var 25 %. I det lägsta åldersgruppen (18–25) förekom MI/ÅP i endast 13 % av fallen.

**Figur 4. Andel inom olika åldersgrupper som erhållit MI/ÅP.**



Avslutningsvis spelar antalet inläggningar en roll för huruvida insatsen erhålls eller inte. Det är dock så att även bland de patienter som vårdats fler än sex gånger har endast 40 % erhållit något MI- eller ÅP-samtal – ett förhållande som det kan vara värt att fundera vidare på i framtiden.

#### 4.4 Studiens begränsningar

Studiens resultat bygger till stor del på huvud- respektive bidiagnoser hos inlagda patienter inom BCM:s heldygnsvård. Att förlita sig på huvuddiagnoser kan vara problematiskt eftersom dessa diagnoser endast utgör huvuddiagnos i förhållande till det vårdtillfälle som undersöks. En specifik huvuddiagnos behöver således inte återspegla patientens huvudsakliga problem. Det är även möjligt att en patient har erhållit ytterligare diagnoser vid andra vårdtillfällen inom psykiatrin under 2021.

En ytterligare felkälla är att tillvägagångssättet vid diagnossättning kan variera. Huvuddiagnoser är obligatoriska för varje vårdtillfälle, men man kan inte utesluta att många bidiagnoser aldrig har ställts fastän de berörda tillstånden har behandlats. Särskilda metodologiska problem uppstår dessutom vid *blandberoende* där man som diagnossättare kan välja att kombinera substansrelaterade huvud- och bidiagnoser, eller att använda den övergripande kategorin *skadligt bruk/beroende av flera droger i kombination*. Det senare alternativet gör det omöjligt att närmare specificera vilka substanser som kombinerats, och säger dessutom ingenting om vilken klinisk betydelse de olika tillstånden har haft för patientens vård.

En avslutande begränsning gäller registreringen av behandlingsrelaterade KVÅ-koder. Det kan inte uteslutas att vissa insatser har erbjudits och inte registrerats korrekt, vilket kan ha påverkat resultaten. Det är även möjligt att en del av de insatser som registrerats inte motsvarar det tänkta innehållet i den kod som valts.

## 5. Slutsatser

Studien belyser långsiktiga förändringar i patientgruppen inom BCM:s heldygnsvård för substansberoende. Förändringarna karaktäriseras framför allt av en ökad förekomst av narkotikarelaterade diagnoser i form av *skadligt bruk/beroende av opioider och flera droger i kombination* och en minskning i *alkoholrelaterade diagnoser*. Detta kan innebära en patientgrupp med mer komplex problematik, sett till markörer såsom psykosocial utsatthet och psykiatrisk samsjuklighet. Resultaten visar dock att samsjuklighet, i termer av psykiatriska bi- eller huvuddiagnoser, inte diagnosticeras i sådan omfattning som kan förväntas i denna patientgrupp utifrån nationella och internationella studier. Det kan finnas flera orsaker till detta och i linje med Socialstyrelsens riktlinjer kring samsjuklighet är det viktigt att undersöka vad som förklarar en underdiagnosticering. Det är även viktigt med en diskussion kring för- och nackdelar med en ökad diagnosticering av samsjuklighet inom heldygnsvården.

Resultaten visar att det förekommer ett brett spektrum av samtalsinsatser under vårdtiden. De vanligaste samtalen är *stödjande samtal* eller andra former av ostrukturerade *samtal om mående*. Det kan dock konstateras att majoriteten av de inlagda patienterna inte erhöll någon KVÅ-kodad samtalsintervention under vårdtiden. Vidare visar resultaten att de interventioner som ska erbjudas enligt *SVP Beroende – motiverande samtal och återfallsprevention* – endast förekommer för 18 % av de inlagda patienterna under 2021. För att kvalitetssäkra det psykosociala stödet till patienter inom BCM:s beroendevård är det viktigt med ökad tydlighet kring vilka samtalsinsatser som ska erbjudas och en striktare registrering utifrån syfte och innehåll av de samtalsinsatser som erbjuds.

## Referenser

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Andersson, M.J. & Håkansson, A. (2022). Treatment seeking for alcohol-related issues during the COVID-19 pandemic: An analysis of an addiction-specialized psychiatric treatment facility. *Heliyon*, 8(7): 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09934>

Askgaard, G., Leon, D.A., Deleurans, T., & Tolstrup, J.S. (2020). Hospital admissions and mortality in the 15 years after a first-time hospital contact with an alcohol problem: a prospective cohort study using the entire Danish population. *International Journal of Epidemiology*, 49(1), 94–102.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. (2020). *Coronapandemin och alkoholvanor. En prognos om kort- och långsiktiga effekter*. Region Stockholm.

[https://www.ces.regionstockholm.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-alkoholvanor---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter\\_.pdf](https://www.ces.regionstockholm.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/coronapandemin-och-alkoholvanor---en-prognos-om-kort--och-langsiktiga-effekter_.pdf)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2016). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. (Authors: Domingo-Salvany, A., Torrens, M., & Mestre-Pintó, J.) Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/532790>

Fridell, M., Bäckström, M., Hesse, M., Krantz, P., Perrin, S., & Nyhlén, A. (2019). Prediction of psychiatric comorbidity on premature death in a cohort of patients with substance use disorders: a 42-year follow-up. *BMC Psychiatry*, 19, 150. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2098-3>

Håkansson, A., Schlyter, F., & Berglund, M. (2011). Associations between polysubstance use and psychiatric problems in a criminal justice population in Sweden. *Drug Alcohol Depend*, 118(1), 5-11. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.02.014>

Kilian, C., O'Donnell, A., Potapova, N., López-Pelayo, H., Schulte, B., Miquel, L., Paniello Castillo, B., Schmidt, C. S., Gual, A., Rehm, J., & Manthey, J. (2022). Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic in Europe: A meta-analysis of observational studies. *Drug and alcohol review*, 41(4), 918–931. <https://doi.org/10.1111/dar.13446>

*Lag om psykiatrisk tvångsvård* (LPT 1991:1128). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard\\_sfs-1991-1128](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128)

*Lagen om vård av missbrukare i vissa fall* (LVM 1988:870). Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1988870-om-var-d-av-missbrukare-i-vissa-fall\\_sfs-1988-870](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1988870-om-var-d-av-missbrukare-i-vissa-fall_sfs-1988-870)

Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2): 137-160. <https://doi.org/10.1177/1049731509347850>

Martinotti, G., Carli, V., Tedeschi, D., Di Giannantonio, M., Roy, A., Janiri, L., & Sarchiapone, M. (2009). Mono- and polysubstance dependent subjects differ on social factors, childhood trauma, personality, suicidal behaviour, and comorbid Axis I diagnoses. *Addictive Behaviors*, 34(9), 790–793.

Missbruksutredningen. (2011). *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individen, kunskapen och ansvaret*. (SOU, 2011:35). <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2011/04/sou-201135/>

Rehm, J., Gmel, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke, M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. *Addiction*, 112(6): 968-1001. <https://doi.org/10.1111/add.13757>

Socialstyrelsen. (2019a). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. (Artikelnummer 2019-11-6481). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf>

Socialstyrelsen. (2019b). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*. (Artikelnummer 2019-1-16). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Socialstyrelsen. (25 januari 2019). *Återfallsprevention*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/aterfallsprevention/>

Socialstyrelsen. (2021a). *Covid-19-pandemins påverkan på följsamheten till Nationella riktlinjer*. (Artikelnummer 2021-6-7413).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-6-7413.pdf>

Socialstyrelsen. (2021b). *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar*. (Artikelnummer 2021-4-7277).

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-4-7277.pdf>

Sundin, E., Landberg, J., & Ramstedt, M. (2018). *Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN-rapport 174.

<https://www.can.se/publikationer/negativa-konsekvenser-av-alkohol-narkotika-och-tobak/>

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health*. Team Alcohol, Drugs and Addictive Behaviors. Geneva: World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

## Tidigare publikationer

Rapport 3/2022	Kvalitetssäkring av personcentrerad vård (PCV). ISBN 978-91-987657-4-8
Rapport 2/2022	Kvalitetsmått vid journalgranskning. ISBN 978-91-987657-3-1
Rapport 1/2022	Behandlingsstudie för dataspelsberoende i BUP. ISBN 978-91-987656-0-1
Rapport 7/2021	Minoritetsstress hos vuxna teckenspråkiga döva. ISBN 978-91-986060-7-2
Rapport 6/2021	Interventioner vid dyskalkuli. ISBN 978-91-986060-4-1
Rapport 5/2021	Personer med hemmasittarproblematik och autism. ISBN 978-91-986060-5-8
Rapport 4/2021	Good Psychiatric Management. ISBN 978-91-986060-3-4
Rapport 3/2021	Träning av ögonrörelser för förbättrad läsfunktion. ISBN 978-91-986060-2-7
Rapport 2/2021	Internetbaserad KBT för ungdomar med sömnsvårigheter. ISBN 978-91-986060-1-0
Rapport 1/2021	Exponeringsbaserad KBT för barn och unga med OCD. ISBN 978-91-7261-340-9
Rapport 10/2020	Unga vuxna med förvärvad hjärnskada i barndomen. ISBN 978-91-7261-339-3
Rapport 9/2020	Huvudprocesser inom vuxenhabiliteringen. ISBN 978-91-7261-337-9
Rapport 8/2020	Mobila RIK i Skåne. ISBN 978-91-7261-335-5
Rapport 7/2020	AKK inom sjukvården. ISBN 978-91-7261-334-8
Rapport 6/2020	En forskningsöversikt om icke-manuella signaler i teckenspråkstolkning. ISBN 978-91-7261-333-1
Rapport 5/2020	Kartläggningmaterial inom orientering och förflyttning. ISBN 978-91-7261-338-6
Rapport 4/2020	Stöd till personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning. ISBN 978-91-7261-332-4
Rapport 3/2020	Samtalsmaterialet "Det här är jag!". ISBN 978-91-7261-331-7
Rapport 2/2020	Teckenspråkstolkens påverkan vid behandlingssamtal. ISBN 978-91-7261-330-0
Rapport 1/2020	Audionomledd kognitiv intervention vid tinnitus. ISBN 978-91-7261-329-4
Rapport 7/2019	Habilitering och rehabilitering på distans. ISBN 978-91-7261-328-7
Rapport 6/2019	Audionomledda metoder inom tinnitusrehabilitering. ISBN 978-91-7261-327-0
Rapport 5/2019	Patienters delaktighet i målformulering. ISBN 978-91-7261-326-3
Rapport 4/2019	Mentaliseringssträning vid autism. ISBN 978-91-7261-325-6
Rapport 3/2019	ALP-instrumentet som stöd för metoden "Köra för att lära". ISBN 978-91-7261-324-9
Rapport 2/2019	Delaktighet och digitalisering av habiliteringens arbetssätt. ISBN 978-91-7261-323-2
Rapport 1/2019	Skånska stegen II. ISBN 978-91-7261-322-5
Rapport 8/2018	Basal kroppskännedom vid autism. ISBN 978-91-7261-321-8
Rapport 7/2018	Mötet med habiliteringen. ISBN 978-91-7261-320-1
Rapport 6/2018	Grafisk AKK för barn. ISBN 978-91-7261-319-5
Rapport 5/2018	Kulturell kompetens i habiliteringsarbetet. ISBN 978-91-7261-318-8
Rapport 4/2018	Barns delaktighet i sin habiliteringsplanering. ISBN 978-91-7261-317-1
Rapport 3/2018	Kvalitetssäkring genom utvärdering. ISBN 978-91-7261-316-4
Rapport 2/2018	Bedömning av sömn. ISBN 978-91-7261-315-7
Rapport 1/2018	Självskattnings av delaktighet. ISBN 978-91-7261-314-0
Rapport 7/2017	Affektskola för vuxna med funktionsnedsättning. ISBN 978-91-7261-313-3
Rapport 6/2017	Motorik och autism. ISBN 978-91-7261-311-9
Rapport 5/2017	Motivation för vuxna med funktionsnedsättning. ISBN 978-91-7261-311-9
Rapport 4/2017	Psykosocialt stöd för barn med rörelsenedsättning. ISBN 978-91-7261-310-2
Rapport 3/2017	Mindfulness och synnedsättning. ISBN 978-91-7261-308-9
Rapport 2/2017	Stöd till anhöriga till vuxna med autism. ISBN 978-91-7261-307-2
Rapport 1/2017	Förskrivning av AKK-hjälpmedel. ISBN 978-91-7261-306-5
Rapport 8/2016	Konsekvenser av språklig deprivation hos vuxna teckenspråkiga döva. ISBN 978-91-7261-305-8
Rapport 7/2016	Förekomst av smärta, fatigue och undernäring hos vuxna med cerebral pares. ISBN 978-91-7261-304-1
Rapport 6/2016	Strukturerad analys för 24h positionering. ISBN 978-91-7261-303-4



Rapport 5/2016 *En longitudinell studie över den kognitiva utvecklingen hos personer med CP.* ISBN 978-91-7261-302-7

Rapport 4/2016 *DELAKTIGHET inom Habilitering och Hjälpmedel i Region Skåne.* ISBN 978-91-7261-301-0

Rapport 3/2016 *Hur kan habiliteringarnas informationsmaterial göras mer tillgängligt?* ISBN 978-91-7261-300-3

Rapport 2/2016 *Utvärdering av användandet av surfplattor för personer med afasi.* ISBN 978-91-7261-299-0

Rapport 1/2016 *Utbildning i kommunikation för föräldrar till barn som är blinda och på tidig utvecklingsnivå.* ISBN 978-91-7261-298-3

Rapport 14/2015 *Utvärdering av samtalsgrupp kring autism.* ISBN 978-91-7261-297-6

Rapport 13/2015 *Stödsamtal som re/habiliteringsinsats.* ISBN 978-91-7261-296-9

Rapport 12/2015 *Onödig ohälsa – en gruppinsats för ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande.* ISBN 978-91-7261-295-2

Rapport 11/2015 *En forskningsöversikt över valida bedömningsinstrument att använda vid gånganalys för personer med CP.* ISBN 978-91-7261-294-5

Rapport 10/2015 *Att beröra och beröras.* ISBN 978-91-7261-292-1

Rapport 9/2015 *Visuella scener som AKK – en forskningsöversikt.* ISBN 978-91-7261-292-1

Rapport 8/2015 *Interventioner i bassäng – en kartläggning inom Vuxenhabiliteringen Skåne.* ISBN 978-91-7261-291-4

Rapport 7/2015 *Basal kroppskännedom för personer med funktionsnedsättning.* ISBN 978-91-7261-290-7

Rapport 6/2015 *Interventioner i bassäng.* ISBN 978-91-7261-289-1

Rapport 5/2015 *Föräldrars upplevelse av delaktighet i AKK-processen.* ISBN 978-91-7261-288-4

Rapport 4/2015 *Webbaserad MBSR vid besvär av tinnitus.* ISBN 978-91-7261-287-7

Rapport 3/2015 *Föräldrastöd inom Barn- och ungdomshabiliteringen – en utvärdering av FIQ.* ISBN 978-91-7261-286-0

Rapport 2/2015 *Smarta telefoner och surfplattor som hjälpmedel för personer med dövblindhet.* ISBN 978-91-7261-285-3

Rapport 1/2015 *Habiliteringsprocess för vuxna med Cerebral Visual Impairment i Region Skåne.* ISBN 978-91-7261-284-6

Rapport 13/2014 *Akka-platta som hjälpmedel – användning och målpuffyllelse.* ISBN 978-91-7261-282-2

Rapport 12/2014 *Ung vuxen – en habiliteringsinsats för att stödja vuxenblivandet.* ISBN 978-91-7261-281-5

Rapport 11/2014 *Utvärdering av "Kompisprat".* ISBN 978-91-7261-278-5

Rapport 10/2014 *Mindfulness för vuxna med funktionsnedsättning.* ISBN 978-91-7261-277-8

Rapport 9/2014 *Utvärdering av mentorskurs för personer med utvecklingsstörning.* ISBN 978-91-7261-276-1

Rapport 8/2014 *Dysfagi och cerebral pares - en forskningsöversikt.* ISBN 978-91-7261-275-4

Rapport 7/2014 *Elektrodressen – en studie av mätbara och upplevda effekter av behandlingen.* ISBN 978-91-7261-274-7

Rapport 6/2014 *Hur surfplattan används i vardagen av en grupp barn i behov av grafisk AKK.* ISBN 978-91-7261-273-0

Rapport 5/2014 *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och dess tillämpning på vanligt förekommande besvär för personer som rehabiliteras inom Syn-, hörsel- och dövverksamheten.* ISBN 978-91-7261-272-3

Rapport 4/2014 *Ungdomsgrupp som stöd för transition.* ISBN 978-91-7261-271-6

Rapport 3/2014 *Utvärdering av samtalsgrupp om sex och samlevnad för ungdomar med utvecklingsstörning.* ISBN 978-91-7261-270-9

Rapport 2/2014 *Kurs i Vardagssamtal för personer med Aspergers.* ISBN 978-91-7261-269-3

Rapport 1/2014 *Vara på stan för ungdomar med utvecklingsstörning.* ISBN 978-91-7261-268-6

Rapport 15/2013 *Föräldrars upplevelse av Auditory Verbal Therapy (AVT) som habiliteringsinsats.* ISBN 978-91-7261-266-2

Rapport 14/2013 *Rehabilitering vid lätt till medelsvår förvärvad hjärnskada hos barn och ungdomar.* ISBN 978-91-7261-258-7

Rapport 13/2013 *Social färdighetsträning i grupp för barn och ungdomar med autism.* ISBN 978-91-7261-265-5

Rapport 12/2013 *En utvärdering av mentorsverksamheten för personer med rörelsehinder.* ISBN 978-91-7261-263-1

Rapport 11/2013 *Långvarig smärta hos ungdomar med neuromuskulär sjukdom.* ISBN 978-91-7261-262-4

Rapport 10/2013 *Marte Meo inom Vuxenhabiliteringen.* ISBN 978-91-7261-261-7.

Rapport 9/2013 *Framåt Marsch - en habiliteringsinsats för att stödja ungdomars vuxenblivande.* ISBN 978-91-7261-258-0

Rapport 8/2013 *KBT-insatser för barn och ungdomar med autism*. ISBN 978-91-7261-256-3

Rapport 7/2013 *Kognitiva funktioner hos vuxna med ryggmärgsbräck*. ISBN 978-91-7261-255-6

Rapport 6/2013 *Behandling med hypnos för personer med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-249-5

Rapport 5/2013 *Kulturellt bekräftande arbete med döva - beskrivningar i litteratur och filmer*. ISBN 978-91-7261-254-9

Rapport 4/2013 *Mentaliseringsförmåga och psykosocial utveckling hos barn med cochleaimplantat*. ISBN 978-91-7261-252-5

Rapport 3/2013 *En forskningsöversikt över intensiv psykodynamisk korttidsterapi*. ISBN 978-91-7261-250-1

Rapport 2/2013 *Upplevelse av kurs för blivande mentorer med autismspektrumtillstånd*. ISBN 978-91-7261-248-8

Rapport 1/2013 *Mindfulness och yoga som stressreduktion för personer med autismspektrumtillstånd*. ISBN 978-91-7261-247-1

Rapport 16/2012 *Styrketräning för barn och ungdomar med CP på GMFCS nivå*. ISBN 978-91-7261-246-4

Rapport 15/2012 *Användningen av datorprogram och enkla datorhjälpmedel utprovade på Datateket*. ISBN 978-91-7261-245-7

Rapport 14/2012 *Dyslexi och lärande - stärkande och försvårande faktorer*. ISBN 978-98-7261-244-0

Rapport 13/2012 *Utvärdering av MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR) vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-243-3

Rapport 12/2012 *Smärta hos individer med hereditär motorisk sensorisk neuropati (HMSN)*. ISBN 978-91-7261-242-6

Rapport 11/2012 *Karusellprojektet*. ISBN 978-91-7261-241-9

Rapport 10/2012 *Unga mentorer – ett utmärkt stöd*. ISBN 978-91-7261-240-2

Rapport 9/2012 *AKKtiv Komlgång i Skåne*. ISBN 978-91-7261-239-6

Rapport 8/2012 *Utveckling av de pedagogiska metoderna för föräldralärande inom Bou i Skåne*. ISBN 978-91-7261-237-2

Rapport 7/2012 *Återträffar efter avslutad Hanenutbildning - ett sätt att kvarhålla de positiva effekterna*. ISBN 978-91-7261-236-5

Rapport 6/2012 *Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning för skolbarn – SkolbarnsNIT*. ISBN 978-91-7261-235-8

Rapport 5/2012 *Hur upplevs hjälpmedlet bolltäckare av barn och ungdomar och deras närstående?* ISBN 978-91-7261-234-1

Rapport 4/2012 *Verktyg och metoder för att underlätta samtal med barn och ungdomar*. ISBN 978-91-7261-233-4

Rapport 3/2012 *Användning av The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) i samband med förskrivning av datorhjälpmedel*. ISBN 978-91-7261-231-0

Rapport 2/2012 *Rehabiliteringsprocessen i fokus – del 3*. ISBN 978-91-7261-229-7

Rapport 1/2012 *Vibrationsträningens effekter på ungdomar med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-228-0

Rapport 1/2011 *Bamperspektiv på vibrationsträning*. ISBN 978-91-7261-225-9

Rapport 7/2010 *"Alla tror att det är krig..." Om barns och vuxnas förhållande till tv- och datorspel i rehabilitering*. ISBN 978-91-7261-219-8

Rapport 6/2010 *Strategier för implementering*. ISBN 978-91-7261-211-2

Rapport 5/2010 *Mindfulness vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-210-5

Rapport 4/2010 *Hur upplevs hjälpmedlet Handi av ungdomar med kognitiva funktionsnedsättningar och deras närstående?* ISBN 978-91-7261-206-8

Rapport 3/2010 *"Spegel, spegel i gruppen här - säg mig vem jag är"*. ISBN 978-91-7261-201-3

Rapport 2/2010 *Arbetsminnesträning med RoboMemo efter förvärvad hjärnskada*. ISBN 978-91-7261-200-6

Rapport 1/2010 *Hur ridsjukgymnastik påverkar barns välbefinnande*. ISBN 978-91-7261-197-9

Rapport 8/2009 *Webbenkät - en metodutveckling för att stärka delaktigheten i dövteamets verksamhet*. ISBN 978-91-7261-180-1

Rapport 7/2009 *Spel som lust och träning - omtv- och datorspel för barn och ungdomar i rehabilitering*. ISBN 978-91-7261-177-1

Rapport 6/2009 *SpeechEasy - ett hjälpmedel för talflyt*. ISBN 978-91-7261-173-3

Rapport 5/2009 *Uppföljning av arbetsminnesträning - RoboMemo för barn med autismspektrumstörning*. ISBN 978-91-7261-170-2

Rapport 4/2009 *Tinnitus Retraining Therapy*. ISBN 978-91-7261-169-6

Rapport 3/2009 *Jag och mitt föräldraskap - ett samtalsstöd till föräldrar vars barn har funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-168-9

Rapport 2/2009 *Uppföljning av studien RoboMemo - Utvärdering av arbetsminnesträning för barn med ADHD*. ISBN 978-91-7261-166-5

Rapport 1/2009 *Kartläggning med kort - ett visuellt samtalsstöd*. ISBN 978-91-7261-163-4

Rapport 2/2008 *Implementering av kompensatoriska datorprogram i undervisningen*. ISBN 978-91-7261-151-1

Rapport 1/2008 *CI-terapi - en intensiv målinriktad träningsform för barn med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-146-7

Rapport 11/2007 *Finns det genvägar till Internet?* ISBN 978-91-7261-119-1

Rapport 10/2007 *"Jag haren egen vilja och egen talan"*. ISBN 978-91-7261-118-4

Rapport 9/2007 *ReMemo, ett minnesträningsprogram för Vuxenhabiliteringens målgrupp?* ISBN 978-91-7261-115-3

Rapport 8/2007 *RoboMemo – en utvärdering av arbetsminnesträning för barn med ADHD*. ISBN 978-91-7261-106-1

Rapport 7/2007 *Träning av arbetsminnet med RoboMemo*. ISBN 978-92-7261-105-7

Rapport 6/2007 *Att införa ett salutogent arbetssätt inom Barn- och ungdomshabiliteringen*. ISBN 978-91-7261-103-0

Rapport 5/2007 *Att vara ung med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-092-7

Rapport 4/2007 *Tidsbegränsade, intensiva, fokuserade, målinriktade och nätverksbaserade insatser på Barn- och ungdomshabiliteringen i Region Skåne*. ISBN 978-91-7261-091-0

Rapport 3/2007 *Habilitering af børn i et familiecentreret perspektiv*. ISBN 978-91-7261-083-5

Rapport 2/2007 *Intensiv målinriktad motorisk träning på hästryggen*. ISBN 978-91-7261-078-1

Rapport 1/2007 *Ordinerade samtalsapparater - brukares användning och tillfredsställelse*. ISBN 91-7261-074-3

Rapport 4/2006 *Det sociala livet kring ett bilvrak*. ISBN 91-7261-073-7

Rapport 3/2006 *Utvidgad bedömning - en metod att förstå ett barns autism*. ISBN 91-7261-060-3

Rapport 2/2006 *AKK med hjälp av pekador för barn med autism*. ISBN 91-7261-055-7

Rapport 1/2006 *Hanen föräldrautbildning - en utvärdering*. ISBN 01-7261-054-9

Rapport 4/2005 *Cirkus - en annorlunda träningsform för barn och ungdomar inom habiliteringen*. ISBN 91-7261-051-4

Rapport 3/2005 *Hur använder barn med autism pekador som alternativ kommunikation?* ISBN 91-7261-044-1

Rapport 2/2005 *Habiliteringen i Malmö. Så växte den fram*. ISBN 91-7261-042-5

Rapport 1/2005 *Hur taktill massage påverkar ungdomar med smärtproblematik*. ISBN 91-7261-043-3

Rapport 2/2004 *Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning NIT*. ISBN 91-7261-039-5

Rapport 1/2004 *Från bildterapi till Cor ad Cor inom barn- och ungdomshabiliteringen*. ISBN 91-7261-037-9

Rapport 3/2003 *Tid till eget ansvar?* ISBN 91-7261-036-0

Rapport 2/2003 *Farvatten och blindskär i barnhabilitering*. ISBN 91-7261-035-2

Rapport 1/2003 *Barns upplevelser av delaktighet i sin habilitering*. ISBN 91-7261-034-4.

Rapport 2/2002 *Döva i Skåne. Från projekt till regionalt resursteam för döva*. ISBN 91-7261-030-1

Rapport 1/2002 *Föräldrars upplevelse av delaktighet*. ISBN 91-7261-000-X