

INDIKATORBASERADE UPPFÖLJNINGSSYSTEM INOM MISSBRUKS- OCH BEROENDEVÅRDEN

En internationell utblick



Detta material har utvecklats av Sirona AB (org nr. 556804-5487). Materialet är framtaget för att tjäna som ett internt underlag i Socialstyrelsens vidare arbete med att utveckla Öppna jämförelser inom området missbruk och beroende. Materialet är inte menat för extern publicering och skall inte betraktas som en komplett spegling av Sirona AB:s perspektiv. För fördjupande kommentarer, kontakta Sirona.

Materialet får ej kopieras eller distribueras externt utan skriftligt samtycke från Sirona AB



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Uppdragsbeskrivning	3
2. Metod	3
3. Norge	5
3.1 Hälso- och sjukvårdssystem	5
3.1.1 Vård vid missbruk och beroende	5
3.2 Organisering av uppföljning	6
3.3 Uppföljningens syfte och innehåll	6
3.3.1 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI)	6
3.3.2 SINTEF:s rapport om kommunalt arbete inom psykisk hälsa och missbruk	9
3.3.3 BrukerPlan	10
4. Finland	12
4.1 Hälso- och sjukvårdssystem	12
4.1.1 Vård vid missbruk och beroende	12
4.1.2 Vård- och landskapsreformen	12
4.2 Organisering av uppföljning	13
4.3. Uppföljningens syfte och innehåll	13
4.3.1 Indikatorbanken Sotkanet	13
4.3.2 Informationssystem för narkomanvården	17
4.3.3 Planerad utveckling och förbättring av indikatorer	17
5. Skottland	18
5.1 Hälso- och sjukvårdssystem	18
5.1.1 Vård vid missbruk och beroende	18
5.2 Organisering av uppföljning	19
5.2.1 Skotska regeringen	19
5.2.2. NHS Scotland	21
5.2.3. Information Service Division Scotland	21
5.2.4. Scottish Public Health Observatory	22
5.3 Uppföljningens syfte och innehåll	22
5.3.1 Plan framöver	23
6. Nederländerna	24
6.1 Hälso- och sjukvårdssystem	24
6.1.1 Vård vid missbruk och beroende	24



6.2 Organisering av uppföljning.....	25
6.3 Uppföljningens syfte och innehåll.....	27
7. Estland	30
7.1. Hälso- och sjukvårdssystem	30
7.1.1 Vård vid missbruk och beroende	30
7.2. Organisering av uppföljning	32
7.2.1 Ansvar för uppföljning av narkotikamissbruk.....	33
7.3. Uppföljningens syfte och innehåll.....	33
7.3.1 Uppföljning av missbrukspolicyn.....	34
7.3.2 Uppföljning av alkoholpolicyn	34
8. Avslutande Kommentarer	36



1. UPPDRAGSBESKRIVNING

Sirona Health Solutions fick i uppdrag att för Socialstyrelsens räkning genomföra en internationell utblick/genomlysning kring hur fem andra jämförbara länder har organiserat och bedriver uppföljning inom missbruks- och beroendevården. I uppdraget ingick ej nikotinberoende eller särskilda insatser för barn/minderåriga. Syftet med utblicken är att tjäna som ett internt underlag i myndighetens fortsatta arbete med slutförandet av en öppen jämförelse inom missbruks- och beroendevården som omfattar både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser, samt insatser för personer med spelmissbruk. Mer specifikt var uppdragets frågeställningar

1. Vad är syftet med uppföljningen?
 - Är den policyinriktad – för styrning och ledning?
 - Är den inriktad på verksamhetsutveckling av befintlig missbruks- och beroendevård?
2. Vilken typ av uppföljning bedrivs inom missbruks- och beroendekområdet på nationell nivå i de jämförbara länderna och hur redovisar länderna uppföljningen?
3. Ingår uppföljningen för missbruks- och beroendevården i en större uppföljningsmodell och hur i så fall?
4. Hur bedöms och väljs mått och indikatorer som är relevant för området?
5. Hur beskriver de jämförbara länderna sina indikatorer och hur visualiseras och redovisas data?
6. Om det anges hur verksamheterna arbetar med sina resultat, hur sker detta?

Vidare krävdes att kartläggningen ska bestå i en uppdelning av vård och omsorg så att det framgår vad som berör socialtjänst respektive hälso- och sjukvård.

Två länder av de inkluderade länderna (Finland och Nederländerna) var på förhand angivna av myndigheten att ingå medan resterande länder som närmare beskrivs i rapporten (Norge, Skottland och Estland) valdes av Sirona efter samråd med myndigheten.

2. METOD

Arbetet inleddes med att information om de på förhand utvalda länderna Finland och Nederländerna eftersöktes. Parallellt med detta skedde även en översiktlig informationsinhämtning om andra länders indikatorbaserade uppföljningssystem för att valet av resterande tre länder inom utblicken skulle bli relevant och ändamålsenligt. Länder som översiktligt studerades var Danmark, England, Estland, Kanada, Norge, Skottland, Tyskland och USA. Efter avstämning med Socialstyrelsen beslutades det att inkludera Estland, Norge och Skottland i utblicken.

Tidigt i projektet gick det att konstatera att många av uppdragets frågeställningar var direkt relaterade till hur de studerade ländernas hälso- och sjukvårdssystem var uppbyggda. Med anledning av detta beslutade Sirona att introducera varje land för läsaren genom att kort beskriva dess hälso- och sjukvårdssystem generellt men även, mer specifikt, hur vård och omsorg av missbrukare och beroendepatienter sker.

Det blev även snabbt uppenbart att vi skulle behöva utföra intervjuer med representanter från de studerade länderna för att bekräfta våra fynd utifrån de ställda frågorna. En engelsk översättning av uppdragets frågeställningar togs därför fram och sändes ut till kontaktpersoner hos de organisationer/myndigheter som vi identifierat som ansvariga i de olika länderna. De översatta



frågorna stämdes dessförinnan av med Socialstyrelsen. En förteckning av kontaktpersoner återfinns i Bilaga 2.

Under upprättandet av rapporten översattes information direkt från norska och engelska till svenska. I övriga fall (Nederländerna och Estland) användes Google translate som stöd. För att minimera risken för informationsförlust skedde översättningar från originalspråk både till svenska och engelska.

Sett till uppdragets omfattning var uppdragets budget en starkt begränsande faktor. Delar av rapporten, där relevant information varit otillgänglig, besvarar med hänvisning till detta Socialstyrelsens frågeställningar endast på ett övergripande plan. Löpande i rapporten används istället länkar till externa hemsidor för att den som vill fördjupa sig själv skall kunna göra detta.



3. NORGE

3.1 Hälso- och sjukvårdssystem

I Norge drivs både socialtjänst och primärvård av de 428 kommunerna. Specialistvården sköts av fyra *regionale helseforetak (RHF)*, till vilka 27 *helseforetak (HF)* finns knutna. RHF:erna ansvarar för styrning och finansiering, medan helseforetaken är utförare av vården, dvs. sjukhus och kliniker.

Inom primärvården har patienten möjlighet att ansluta sig frivilligt till en *fastlege* (husläkare) som är förpliktigad att prioritera sina fasta patienter enligt *Fastlegeordningen*. Om specialistvård är aktuellt har patienten rätt att själv välja sjukhus. Liksom i Sverige betalar patienten en egenavgift för sjukvård hos husläkare och jourmottagning upp till en viss summa – därefter erhålls frikort. Blir man inlagd på sjukhus och är medlem i *folketrygden* betalar man inte för vården eller medicinerna. Folketrygden är Norges offentliga socialförsäkring och sköts av Helseøkonomiforvaltningen (HELFO).

Helse- og Omsorgsdepartementet står för den centrala styrningen med ett övergripande ansvar för att befolkningen ska få goda och likvärdiga hälso- och sjukvårdstjänster. Verktällandet av politiska beslut sköts av Helsedirektoratet, som också ser till att lagar och regler följs. Helsedirektoratet inför riktlinjer och bedriver uppföljning av dels folkhälsa och levnadsförhållanden, dels utvecklingen av hälso- och sjukvårdstjänster. Därtill har direktoratet ett övergripande ansvar för den nationella hälsoberedskapen. Forskning och utveckling för bättre tjänster inom hälsa och välfärd utförs av organisationen SINTEF, som bedriver forskning även inom andra områden.

3.1.1 Vård vid missbruk och beroende

Kommunerna har det övergripande ansvaret för patienter med missbruksproblematik, inklusive uppföljning efter specialistvård. Kommunen ska säkra en långvarig kontinuitet genom att följa brukarna över tid. *Individuell plan* är ett möjligt verktyg för att tillse förankring och kontinuitet för individen i övergången mellan olika tjänster.

Kommunala insatser kan exempelvis röra sig om behandling och rehabilitering, boendetjänster, ekonomiskt bistånd, arbetsförmedling, stödsamtal och -grupper eller tjänster i hemmet. Kommunal vård och omsorg, husläkare och specialistvård (annan än den för missbruksbehandling) kan remittera patienten till *tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. TSB ska vara tvärvetenskaplig, vilket innebär att den inkluderar medicinsk, psykologisk och social yrkeskompetens. Vården patienten kan få inom ramen för TSB är omedelbar hjälp, avvänjning, öppenvård (till exempel i form av utredningsarbete, terapi, gruppsamtal eller etablering av läkemedelassisterad rehabilitering, dagcenter eller uppföljning efter utskrivning), så kallad dagbehandling eller dygnsbehandling.

Helsedirektoratet finansierar sju regionala kompetenscentrum – *Regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus)* – som har tre huvudsakliga uppgifter: att stimulera utveckling av förebyggande arbete i kommunerna, kompetensutveckling inom kommuner och specialistvård samt nationella spetskompetensområden. Kompetenscentrumen bistår dessutom kommunerna i kartläggning av missbruksproblematik och tjänster och har en viktig roll i förebyggande arbete.

För mer information, se: [Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#) samt [Helsedirektoratet, Nasjonal overdosestrategi 2014–2017](#).



3.2 Organisering av uppföljning

Helsedirektoratet har det övergripande ansvaret för uppföljning av missbruks- och beroendevård. I dagsläget finns kvalitetsindikatorer inom missbruks- och beroendevård främst inom specialistvård. Dataregistrering och uppföljning görs även på kommunnivå (primärvård och omsorg), men är inte lika utförlig. I Norge finns ett pågående pilotprojekt där kvalitetsbaserad finansiering av vården införs. Dock är inte kvalitetsindikatorerna inom missbruk och beroende del i detta projekt.

3.3 Uppföljningens syfte och innehåll

Detta avsnitt beskriver den uppföljning som bedrivs i Norge idag inom missbruks- och beroendevård. Inom specialistvården är det framförallt *Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem* som används, vilket även innehåller indikatorer för kommunalt arbete. På kommunnivå tas dessutom en särskild rapport om kommunalt hälso- och sjukvårdsarbete för missbrukare fram av SINTEF. Vidare är *BrukarPlan* ett kartläggningsverktyg på området som ska hjälpa kommuner att identifiera behov av missbruks- och beroendevård och omsorg. Nedan beskrivs innehållet i dessa tre uppföljningsverktyg och deras syfte.

3.3.1 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI)

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI) infördes 2012 och administreras av Helsedirektoratet. Helsedirektoratets definition av kvalitet är tjänster som är verkningsfulla, trygga och säkra, involverar brukare, är samordnade, kännetecknas av kontinuitet, utnyttjar resurser och är tillgängliga och rättvist fördelade. Inom ramen för Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI) har Helsedirektoratet utarbetat kvalitetsindikatorer inom sju områden, varav *Rusbehandling* är ett. Även kommunala vård- och omsorgstjänster följs upp, där tre av 22 indikatorer är kopplade till missbruks- och beroendevård.

De sju områdena inom NKI-systemet är följande:

- Somatisk hälsa
- Akutmedicinska tjänster utanför sjukhus
- Kommunala vård- och omsorgstjänster
- Psykiatrisk vård för barn och unga
- Psykiatrisk vård för vuxna
- Rusbehandling
- Läkemedel

Målet är att varje kvalitetsindikator ska uppfylla följande kriterier: *betydelsefull* (betydelsen av indikatorn för beslutsfattare och samhälle ska beskrivas), *vetenskapligt motiverad* (indikatorn mäter att praxis följer lagar, riktlinjer, information och forskning), *nyttig* (indikatorn kan användas av relevanta målgrupper), *genomförbar* (indikatorn baseras på tillgänglig data och relevanta rapporter), *uppdateras regelbundet* (för att indikatorn ska kunna användas till avsett syfte).

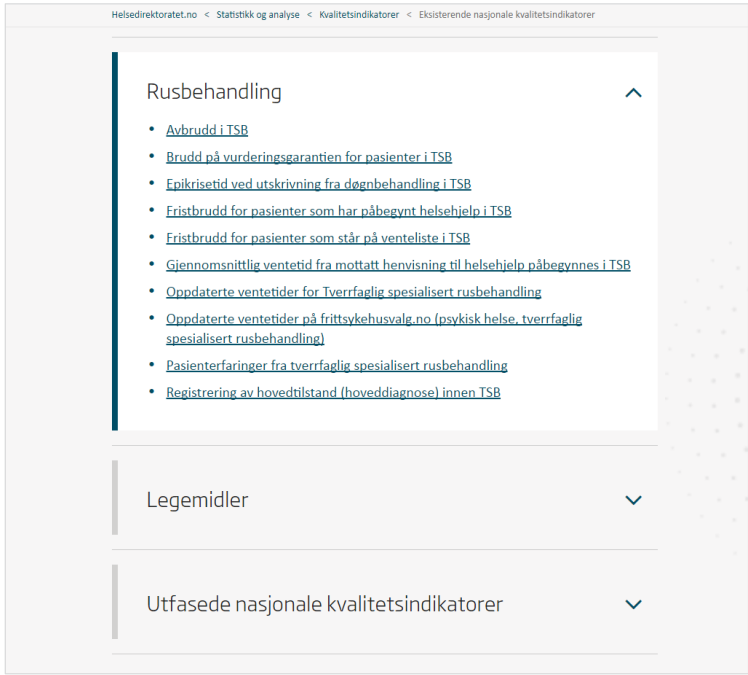
NKI-systemets syfte är att vara ett hjälpmedel för kvalitetsstyrning och -förbättring av hälso- och sjukvården, samt att möjliggöra för patienter och brukare att fatta informerade beslut. Gällande kvalitetsförbättring kan de nationella kvalitetsindikatorerna användas som underlag både för myndighetsstyrning och för enskilda vårdgivare. Exempelvis läggs årligen en kvalitets- och patientsäkerhetsrapport fram till stortinget, där NKI är en av flera källor. Enskilda vårdgivare (helseforetak) kan begära ut NKI-data för benchmarking mot andra vårdgivare i landet.



Specialistvård

Kvalitetsindikatorerna inom området *Rusbehandling* är tio till antalet och är endast indikatorer för specialistvården (Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling, TSB). Indikatorerna återfinns i bilden nedan (från [Helsedirektoratets hemsida](#)) samt i Bilaga 1.

HELSEDIREKTORATETS NATIONELLA KVALITETSINDIKATORER INOM RUSBEHANDLING



- [Avbrudd i TSB](#)
- [Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i TSB](#)
- [Epikrisetid ved utskriving fra døgnsbehandling i TSB](#)
- [Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i TSB](#)
- [Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i TSB](#)
- [Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i TSB](#)
- [Oppdaterte ventetider for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#)
- [Oppdaterte ventetider på frittisakehusvalg.no \(psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling\)](#)
- [Pasienterfaringer fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#)
- [Registrering av hovedtilstand \(hoveddiagnose\) innen TSB](#)

Legemidler

Utfasede nasjonale kvalitetsindikatorer

För varje indikator anges målgrupper för mätningarna. För kvalitetsindikatorerna inom rusbehandlingsområdet anges följande grupper: politiska aktörer, ledning inom sektorn, personal och invånare/patienter/brukare/anhöriga/media. Från samma sida på Helsedirektoratets webbplats som bilden ovan visar kan man klicka på respektive indikator och få tillgång till ett utförligt dokument med information om indikatorn, däribland syftet med att nå respektive målgrupp, bakgrund till val av indikator, eventuellt målvärde, datainsamling, tolkning, med mera.

Helsedirektoratet bedriver ett kontinuerligt arbete med revidering och utveckling av de nationella kvalitetsindikatorerna. Utvärderingen sker med jämna mellanrum i förhållande till relevans, nya datakällor, lagar, riktlinjer, etc. Kvalitetsindikatorgrupper, bestående av representanter från Helsedirektoratet, experter, kliniker, dataleverantörer, patienter och brukare har i uppgift att utföra detta arbete. *Psykisk helse og rus* är en av dessa grupper. Två senare tillskott till kvalitetsindikatorerna inom rusbehandling är *Avbrudd i TSB*, vilket innebär avbrott av behandling, samt *Pasienterfaringer fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Dessa två är de enda resultatindikatorerna, medan övriga indikatorer är processindikatorer. Avbrudd i TSB relaterar enligt Britelise Bakstad (seniorrådgivare, avdelning psykisk helse og rus, Helsedirektoratet) till rådande riktlinjer på området.



Vidare följer Helsedirektoratet även upp svaren från brukar- och anhörigundersökningar i utvecklandet av nya indikatorer. Detta med anledning av ett uppdrag Helsedirektoratet fick från Helse- og Omsorgsdepartementet år 2015, vilket bestod i att utveckla brukar- och anhörigundersökningar som metod för att få kunskap om brukarupplevd kvalitet i tjänsterna, med målet att utveckla en nationell brukar- och anhörigundersökning. En arbetsgrupp tog under 2016 fram ett antal utvecklingspunkter. Det fastställdes bland annat att Helsedirektoratet ska ansvara för framtagandet av en nationell modell för undersökningarna, att resultaten från dem ska tillgängliggöras för kommunerna på så disaggregerad nivå som möjligt för att möjliggöra kvalitetsarbete, samt att de nationella brukar- och anhörigundersökningarna ska bli del av NKI-systemet. För mer information se [Årsrapport for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem 2016](#) och [Helsedirektoratet, Utvikling av nasjonale bruker – og pårørendeundersøkelser Kommunale helse - og omsorgstjenester](#).

Kommunala tjenester

Inom NKI finns även indikatorer för kommunala hälso- och omsorgstjänster, varav tre stycken är kopplade till missbruk och beroende:

- *Mottakere av habilitering og rehabilitering på institusjon med individuell plan*
- *Mottakere av habilitering og rehabilitering i hjemmet med individuell plan*
- *Kommunale årsverk i psykisk helse- og rusarbeid*

De två processindikatorerna för individuell plan infördes i februari 2016. *Kommunale årsverk i psykisk helse- og rusarbeid* är en strukturindikator som visar antal heltidstjänster, totalt och fördelat på utbildning. Denna indikator är inhämtad från en kommunal inrapportering kallad IS-24/8, vilken beskrivs mer utförligt nedan.

Sekretariatet för NKI

I Årsrapport for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem presenterar Sekretariatet for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem omfattande information om förvaltningen och utvecklingen av systemet, liksom organisationen kring detta. Ett pågående utvecklingsarbete är att förbättra inläsning och lagring av data samt publicering av resultat. Målsättningen för publicering är att processen för den ska förenklas och att redovisning av resultaten ska vara bättre anpassad efter de olika målgrupperna.

Redan idag bedriver NKI:s sekretariat ett omfattande kommunikationsarbete kring kvalitetsindikatorerna. I samband med publicering släpper Helsedirektoratet nyhetsbrev på sin [hemsida](#). Nyhetsbreven skickas även ut till Helse- og omsorgsdepartementet, RHF:erna, helseforetaken, Kommunesektorens organisasjon (kommunernas intresse- och arbetsgivarorganisation), landshövdingar samt dataleverantörer. Sekretariatet deltar även i konferenser och möten för att presentera systemet. För mer information se [Årsrapport for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem 2016](#).

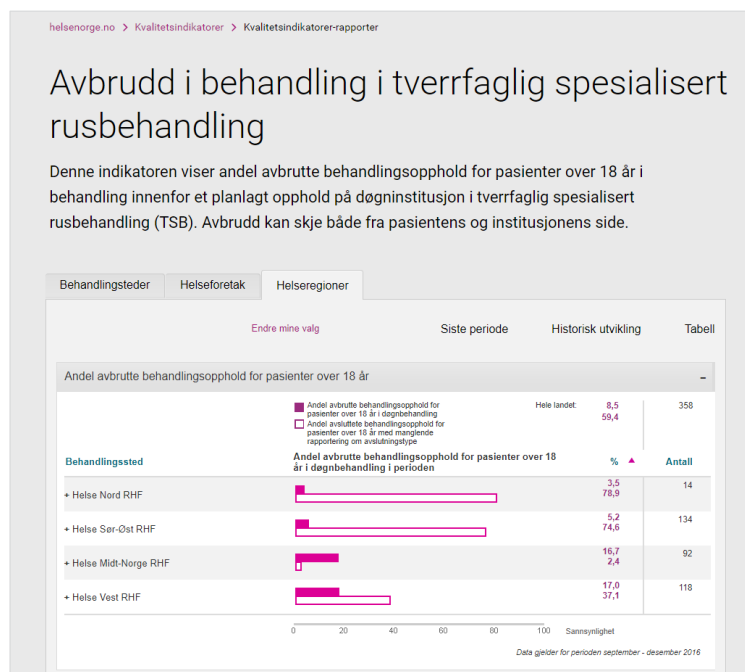
Helsenorge.no

Helsenorge är en webbplats framtagen för allmänheten med hälso- och sjukvårdsinformation från flera organisationer. Här finns utförlig information om varje indikator, inklusive de tio som är kopplade till missbruk och beroende. Dessutom kan resultatrapporter tas fram för respektive kvalitetsindikator. Resultatrapporter kan tas fram på flera nivåer – för respektive sjukhus (helseforetak), på regionnivå (de fyra RHF:erna) eller på nationell nivå. Bilden nedan visar resultaten mellan september och



december 2016 for indikatoren Avbrudd i behandling i TSB, for de fire regionerna. Klicka på bilden för att komma till rapporten.

EXEMPEL PÅ RESULTATRAPPORT FRÅN HELSENORGE.NO



Se: https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kild=KI_Avbrudd_i_behandling_TSB

På helsenorge.no finns även en funktion där man kan jämföra vårdgivare inom specialistvården för att fatta ett informerat beslut om var man vill uppsöka vård. På sidan [Velg behandlingssted](#) kan patienten få information om vårdgivarna, jämföra väntetider (inrapporteras av vårdgivarna månatligen), behandlingsalternativ och antal utförda behandlingar, samt få information om kvalitetsindikatorerna. Inom missbruks och beroendevård finns möjlighet att jämföra vårdgivare inom följande områden: *Alkoholproblemer, Illegale rusmidler, Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), Samtidige alvorlige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (ROP-pasienter), Spilleavhengighet & rusmiddelbehandling samt Vanedannende legemidler.*

3.3.2 SINTEF:s rapport om kommunalt arbeid inom psykisk hälsa och missbruk

IS-24/8 är namnet på gällande regelverk för rapportering inom psykiskt hälsoarbete och missbruks- och beroendetjenester i kommunerna. Baserat på denna inrapportering tar forskningsorganisationen SINTEF årligen på uppdrag av Helsedirektoratet fram rapporten *Kommunalt helse- og rusarbeid: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. Kommunerna ombuds även att inrapportera antalet heltidstjenester inom de tre målgruppene för behandling som beskrivs i den nationella riktlinjen *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. De tre



målgrupperna utgörs av (1) *milda och kortvariga problem*, (2) *kortvariga, allvarliga problem och långvariga, mildare problem*, samt (3) *allvarliga, långvariga problem*. I 2016 års rapport uppges dock att inrapporteringen kring denna uppdelning var mycket bristfällig bland kommunerna.

SINTEF:s rapport ska ge en översikt över tillgången till personal och kompetens inom området. En sådan översikt ger dock inte mycket information om tjänsternas innehåll, varför kommunerna även får svara på ett antal öppna frågor. Med hjälp av dessa är tanken att rapporten även ska ge uppslag och idéer till enskilda kommuner när de ska utveckla sina tjänster. I 2016 års rapport kan man bland annat läsa att bland de kommuner som inhämtat information om brukarerfarenheter har 95 % uppgett att de använder brukarerfarenheterna som underlag till kvalitetsförbättring. Det vanligaste sättet att inhämta brukarerfarenheter uppges vara etablerade brukarråd där brukarundersökningar genomförs. Flera kommuner har dock angett att de inte genomför systematisk inhämtning av brukarerfarenheter. Detta trots att det är angivet i den nationella riktlinjen *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten* anges att brukarerfarenheter ska vara del i arbetet kring förbättring av tjänsterna.

Ytterligare frågor som ingår i kartläggningen rör bland annat individuell plan för brukaren och funktionaliteten i samarbete med specialistvård. Gällande den sistnämnda frågan konstateras i 2016 års rapport att ansvarsfördelningen mellan kommun och specialistvård uppfattas oklar och att beslut om vilken instans som ska ha ansvar i regel beslutas av specialistvården.

För mer information se [Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene](#) och [Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten](#).

3.3.3 BrukerPlan

BrukerPlan är ett verktyg för kommuner som önskar att kartlägga missbruks- och psykiska problem hos befolkningen, utvecklat av en utav kompetenscentrumen, Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (KORFOR/Helse Stavanger HF). På uppdrag av Helsedirektoratet genomför KORFOR, i nära samarbete med de sju regionala kompetenscentrumen för missbruk och beroende, upplärning av kommunerna liksom analys av resultaten av kartläggningen. Dataregistreringen genomförs av kommunerna själva, dvs. av anställda inom vård- och omsorg, vanligen en gång per år. 2016 deltog 62 % av landets 428 kommuner (vilket täcker 80 % av landets befolkning) i kartläggningen av brukare med missbruksproblem. BrukerPlanens huvudsakliga syfte är att kommunerna ska få en översikt över problematiken inom missbruk respektive psykisk ohälsa och identifiera behov. Sedan 2015 ingår även brukare under 18 års ålder i kartläggningen – dock redovisas resultaten för denna grupp separat då inte alla kommuner rapporterar data för denna grupp.

Inom ramen för BrukerPlanen kartläggs de brukare som tagit del av någon av de kommunala tjänsterna de senaste 12 månaderna. En individuell så kallad funktionsvärdering genomförs på de åtta områdena boende, arbete och aktivitet, ekonomi, fysisk hälsa, berusningsmedel, psykisk hälsa, social kompetens och nätverk. Därtill kartläggs tjänsterna brukaren mottar idag, inklusive tjänster från specialistvården, och en bedömning görs av den enskilde brukarens framtida behov av tjänster. En översikt över dessa nyckeltal finns i Bilaga 1 i Excel. För översikt över resultaten hänvisas till senaste årsrapporten.

Kommunerna får hjälp och stöd både i genomförande och uppföljning av kartläggningen. Efter genomförande av kartläggningen erhåller kommunerna presentationsmaterial med resultaten. En rapport erhålls över brukare med missbruksproblem och ytterligare en rapport erhålls över brukare med psykisk ohälsa. På förfrågan kan kommunerna även få ut sitt data i Excel-format. Analyshjälp kan



fås från de regionala kompetenscentrumen, exempelvis gällande områden som kräver särskild insats. Detta ska möjliggöra att presentera för tjänstemannaledning och politiker vilka åtgärder som bör vidtas och vilka prioriteringar som bör göras.

Varje år arrangeras dessutom BrukerPlan-dagar, där alla kommuner tillhörande samma helseforetak ingår. Specialistvård, brukarorganisationer, politiker och media är också vanligt förekommande deltagare under dessa dagar. Under dagen presenteras en rapport för den aktuella regionen och syftet är att belysa likheter, skillnader eller förändringar över tid kommunerna emellan. Dagen ska fungera som ett forum för samarbete, reflektion och delande av erfarenheter.

För mer information, se [Tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i kommunene. BRUKERPLAN - ÅRSRAPPORT 2016.](#)



4. FINLAND

4.1 Hälso- och sjukvårdssystem

Vård och omsorg benämns ”social- och hälsovård” i Finland. Både primärvård och socialvård, dvs. socialtjänst, tillhandahålls av de kommunerna (311 stycken). I vissa fall har flera kommuner gått ihop i så kallade samkommuner (184 stycken). Specialistvården sköts av de 21 sjukvårdsdistrikten. Därutöver tillhandahålls viss specialistvård av universitetssjukhusen utifrån upptagningsområden som benämns miljondistrikt. Patienten betalar *klientavgift* för vården upp till en viss summa, varefter frikort erhålls. Patientens hemkommun står för den faktiska kostnaden av tillhandahållen vård.¹

Ansvärigt departement är Social- och hälsovårdsministeriet, vilket står för central styrning och lagstiftningsarbete. Institutet för hälsa och välfärd (THL) följer upp befolkningens hälsa och välfärd och utvecklar främjande åtgärder. Institutet samlar in och producerar forsknings- och statistikbaserad information och administrerar THL landets indikatorbank, Sotkanet.

4.1.1 Vård vid missbruk och beroende

Det huvudsakliga ansvaret för vård och omsorg vid missbruk och beroende vilar på kommunerna. Erbjudna tjänster innefattar social- och hälsovårdens handledning och rådgivning, socialservice som stöder alkohol- och drogfrihet eller minskar skadorna till följd av missbruk, undersöknings-, vård- och rehabiliteringstjänster för sjukdomar som orsakats av missbruk samt specialtjänster inom missbrukarvården. Specialtjänster inom missbruksvården är framförallt A-kliniker och ungdomsstationer. Till A-kliniker kan man söka sig utan remiss och flera kliniker har jourverksamhet.

Service för missbrukare erbjuds huvudsakligen inom den avgiftsfria öppenvården och hit hör A-klinikerna. Öppenvården kan ges i form av socialt stöd, avgiftning, gruppterapi, familjeterapi eller rehabilitering. Frågor kring boende och ekonomiskt bistånd utreds också inom öppenvården. Om öppenvårdens tjänster inte är tillräckliga erbjuds anstaltsrehabilitering och avgiftsvård. Institutionsvård är finansierad av hemkommunen och därtill betalar patienten en mindre dygnsavgift efter finansiell förmåga. Tjänster som stöder vården och rehabiliteringen är bland annat boendetjänster, social rehabilitering och dagcenter. Det finns ett antal organisationer för kamrat- eller anhörigstöd, exempelvis Anonyma Alkoholister och Anonyma Narkomaner.

4.1.2 Vård- och landskapsreformen

Det finländska hälso- och sjukvårdssystemet står inför sin största reform hittills; den 1 januari 2019 överförs ansvaret för social- och hälsovårdstjänsterna och andra regionala uppgifter till 18 nya landskap. Dessa kommer att vara självstyrande aktörer med egna, direkta val. Efter genomförandet av reformen återstår endast förebyggande vård i kommunal regi – detta handlar om bland annat kostrådgivning, idrott, kultur och planläggning. I samband med reformen kommer dessutom indikatorerna på missbruks- och beroendområdet att utvecklas. Mer information om detta följer i avsnitt 4.2 nedan.

Målet med vårdreformen är att social- och hälsovårdstjänsterna ska utgöra en fungerande helhet. Dessutom finns ett regeringsförslag om införande av patientens valfrihet av leverantör av social- och

¹ För mer information om prissättning, se <https://www.vardenhetsval.fi/dina-kostnader/vardkostnader-i-finland/>



hälsovård. En särskild hemsida riktad till allmänheten med utförlig information om reformen finns tillgänglig [här](#).

4.2 Organisering av uppföljning

Institutet för hälsa och välfärd (THL) är en central aktör inom uppföljning av missbruks- och beroendevård. Data på området återfinns i institutets indikatorbank Sotkanet. THL utvecklar indikatorer och samlar in data över bland annat vårdbehov, tillgänglighet och resultat. Airi Partanen är *development manager* på THL och har bistått med information till denna kartläggning. Enligt Partanen är indikatorer för behov huvudsakligen epidemiologisk data. På tillgänglighetsområdet finns data över vårdköer inom sjukvården, men inte inom socialtjänsten. Vad gäller resultatindikatorer är utbudet begränsat och är huvudsakligen ”negativa” indikatorer, som exempelvis dödsorsak. I dagsläget finns inga renodlade kvalitetsindikatorer inom missbruks- och beroendevård. En fullständig översikt över Sotkanets indikatorer inom området finns i Excel-format i Bilaga 1.

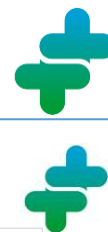
Enligt Partanen är tillgången till data generellt sett god på nationell nivå – däremot finns regionala skillnader gällande om och i vilken utsträckning datainsamling sker. Detta innebär att data över primärvård och socialtjänst är bristfällig inom vissa kommuner. Partanen menar att en bidragande orsak kan vara att det är svårt för vårdgivare att hinna med registreringen av data parallellt med utförandet av vård. Det finns planer på att i samband med vård- och landskapsreformen införa lagkrav på datainsamling. I dagsläget finns lagkrav på datainsamling relaterad till väntetider och vårdköer. Ansvarig instans för tillgänglighetsfrågor är Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården, Valvira.

4.3. Uppföljningens syfte och innehåll

De flesta indikatorer inom Finlands hälso- och sjukvård återfinns i THL:s indikatorbank Sotkanet. Resultaten från mätningar presenteras i olika rapporter och uppföljningsverktyg. Dessutom finns ett särskilt informationssystem för narkomanvården. Innehåll och syfte med de olika presentationssätten redogörs för nedan. För en fullständig översikt över indikatorerna hänvisas till Bilaga 1.

4.3.1 Indikatorbanken Sotkanet

Indikatorbanken Sotkanet presenterar data för både social- och hälsovård inom en rad områden, varav ”Alkohol, tobak och beroende” är ett. På [Sotkanets söksida](#) (se bild nedan) kan användaren klicka sig fram till och ladda ned önskad data. För utförlig information om datainnehåll, tolkning, uppgiftslämnare, produktionsår och eventuella begränsningar finns en Info-knapp bredvid respektive indikator, se bild.



FINLANDS INDIKATORBANK SOTKANET

The screenshot shows the Sotkanet.fi website, which is the Finnish Indicator Bank. The header includes the logo 'Sotkanet.fi' and the text 'Statistikuppgifter om finländarnas välfärd och hälsa'. Navigation links for 'INGÅNGSSIDAN', 'SÖKSIDAN', 'INFORMATION OM TJÄNSTEN', and 'FEEDBACK' are present. The main heading is 'Söksidan' (Search page). Below this, there are two radio buttons for search methods: 'Sök med referensord' (selected) and 'Fritextsökning (också ind. nr)'. A search bar contains the text 'Sök indikatorer mer referensord (t.ex. sjuklighet)'. A list of indicators is displayed, including 'Alkohol, tobak och beroenden', 'Tobak', 'Spel om pengar', 'Alkohol- och narkotikaskador', 'Kommunens nyckelindikatorer om alkohol och andra droger', 'Alkohol och narkotika', 'Europeiska indikatorer', 'Välfärd, hälsa och funktionsförmågan', 'Åldrande', 'Barn, unga och familjer', 'Psykisk hälsa', 'Projekt- och uppföljningsindikatorer', 'Tjänster och resurser', 'Sexuell och reproduktiv hälsa', 'Nyckelindikatorer av THL', and 'Befolkning'. Each item has a link to 'info' followed by a number. At the bottom, there is a section 'Välj områden' with a search bar.

På Sotkanet finns data samlad från en rad undersökningar och källor. Härnäst följer en beskrivning av olika undergrupper av indikatorer, presentationssätt och rapporter.

Statistisk årsbok

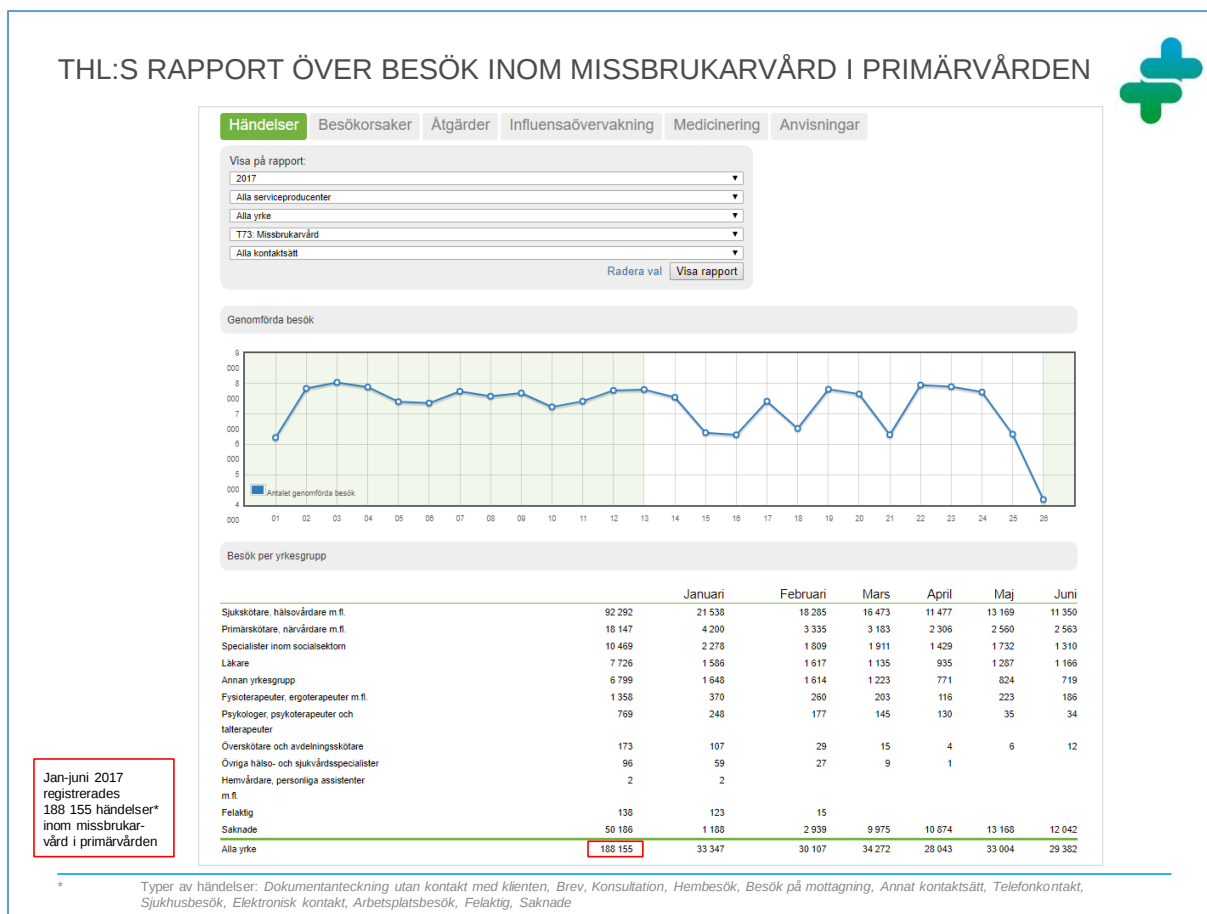
THL publicerar årligen en *Statistisk årsbok om alkohol och narkotika*. Årsboken ska tjäna som faktaunderlag för politiskt beslutsfattande och som stöd för hälso- och sjukvårdsexperten vid bedömning och forskning. Årsboken innehåller bland annat statistik över alkoholkonsumtion och -försäljning, priser, bruk av alkohol och narkotika, sjukhusvård, missbrukarvård, trafik, alkohol- och narkotikarelaterade pensioner, dödsfall, brott och omhändertagande. Utöver årsboken publiceras årligen särskilda rapporter kring alkohol (*Konsumtion av alkoholdrycker*, *Prisutveckling för alkoholdrycker*, *Resandeförseln av alkoholdrycker*). Inom narkotikaområdet finns ett Informationssystem för narkomanvården; mer information om detta system följer nedan. Samtliga rapporter finns tillgängliga på THL:s hemsida.

Primärvårdsrapporter

För primärvård finns möjlighet att ta fram [snabbarapporter](#) över antal och typer av händelser, orsak till besök, åtgärder, influensaövervakning och medicinering på THL:s hemsida. Rapporter kan tas fram både för enskilda primärvårdsenheter eller för samtliga producenter som inrapporterat data. Resultaten kan därtill filtreras på yrkesgrupp, kontaktsätt och serviceform. En utav serviceformerna är T73: *Missbrukarvård*. Verktöget är med andra ord del i en större modell där fler områden än missbruk



och beroende ingår – även sådant som enligt den svenska definitionen inte benämns primärvård ingår, exempelvis hjälpmedelsservice och hemtjänst. I bilden nedan följer ett exempel på framtagen rapport för år 2017, för samtliga primärvårdsenheter, samtliga yrkesgrupper och serviceform T73 Missbrukarvård.



Kommunens nyckelindikatorer

Som framgår av bilden från Sotkanet ovan finns en grupp indikatorer kallade "Kommunens nyckelindikatorer om alkohol och andra droger". I samband vård- och landskapsreformen finns planer på att utveckla denna indikatorgrupp. Idag ingår tio nyckelindikatorer i denna grupp på kommunnivå samt bakgrundsindikatorer på nationell nivå. Hälften av de tio nyckelindikatorerna är av prediktiv karaktär och benämns "Faktorer som förebådar alkohol- och narkotikaskador". Resterande fem nyckelindikatorer kallas "Effekten av alkohol och andra droger på välfärden" och omfattar bland annat vårdutnyttjande och lagbrott. Observera att den sistnämnda indikatorgruppen innehåller mått för vårdutnyttjande i både primärvård och specialistvård. Bakgrundsindikatorerna på nationell nivå är elva till antalet, varav några gäller barn och unga. Bland annat konsumtion, dödlighet, vårdkostnader och serviceutnyttjande ingår i denna indikatorgrupp. För en fullständig översikt, se indikatorgrupp 1.4 i översikten över Sotkanet i Bilaga 1.

I tillägg till själva indikatorerna erbjuds kommunerna tillhörande tolkningsfrågor. Syftet är att uppmuntra kommunerna att utveckla prevention och service för missbrukare. Genom att analysera hälsotrender kan kommunerna göra en bedömning gällande prioritering och resursfördelning.



Välfärdskompassen

[Välfärdskompassen](#) är ett verktyg bestående av ca 100 centrala indikatorer inom tre områden: *Välfärd*, *Tjänster* och *Befolkning*. Indikatorerna presenteras på samtliga regionala nivåer:

- på nationell nivå (114 indikatorer)
- per sjukvårdsdistrikt (108 indikatorer)
- per landskap (108 indikatorer)
- per kommun (97 indikatorer)

Vad gäller indikatorer relaterade till missbruk återfinns sådana huvudsakligen i kategorin *Tjänster* och rör utnyttjandet utav dessa. Välfärdskompassen administreras av THL och enligt Partanen är kompassens indikatorer tämligen specifika och lämpar sig för analys på kommunal nivå. Välfärdskompassen kommer att finnas kvar även efter landskapsreformen för att möjliggöra att även fortsättningsvis kunna analysera regionala skillnader. Välfärdskompassen har en [egen hemsida](#) framtagen av THL (se bild nedan), men indikatorerna återfinns även på Sotkanet och överlappar dessutom med "Kommunens nyckelindikatorer om alkohol och andra droger" beskrivna i föregående avsnitt.

VÄLFÄRDSKOMPASSEN ÄR ETT PEDAGOGISKT VERKTYG FÖR KOMMUNAL UPPFÖLJNING



Välfärdskompassen
Följer upp den regionala välfärden

INSTITUTET FÖR
HÄLSA OCH VÄLFÄRD

Startsida Välfärd Tjänster Befolkning Om sajten

Suomeksi På svenska in English

» Välfärd
Indikatorer för befolkningens välfärd och hälsotillstånd.

» Tjänster
Information om hur social- och hälsovården fungerar.

» Befolkning
Information om befolkningsstrukturen och dess förändringar.

I Välfärdskompassen

- får du en allmän bild av hur hälsan, välfärden och social- och hälsovårdstjänsterna har utvecklats i Finland
- kan du jämföra en kommun, ett sjukvårdsdistrikt eller ett landskap med ett annat valfritt område
- är det lätt att plocka ut information för kommunens välfärdsberättelse
- kan du snabbt ta fram högklassiga presentationer

Tjänsten innehåller omkring 100 centrala indikatorer.

Nyckelindikatorerna presenteras

- på landsnivå (114 indikatorer)
- per sjukvårdsdistrikt (108 indikatorer)
- per landskap (108 indikatorer)
- per kommun (97 indikatorer)

Se även...

Kompletterande uppgifter om nyckelindikatorerna finns i [statistik- och indikatorbanken Sotkanet](#).

En del nyckelindikatorer finns som kartpresentationer, och i fortsättningen kommer det också att finnas uppgifter efter befolkningsgrupp i webbtjänsten [terveysemme.fi](#). (Bara på finska)

Indikatorer som gäller kommunernas hälsofrämjande verksamhet finns i [TEAvisari](#).

Hvvinvointikompassi: Copyright © Institutet för hälsa och välfärd 2017. Data [CC-BY 4.0](#), [Sotkanet](#)



4.3.2 Informationssystem för narkomanvården

Informationssystemet för narkomanvården är en databas över patienter som sökt vård på grund av narkotikamissbruk. Databasen har funnits sedan 2012 och administreras av THL. Enheter inom både social- och hälsovården som erbjuder öppenvård eller institutionsvård för narkomaner kan på frivillig basis delta anonymt i datainsamlingen. Syftet med informationssystemet är att få *”aktuell och tillförlitlig information om narkotikaberoende klienter och narkomanvården”*². Enheterna besvarar en blankett elektroniskt eller i pappersform där information lämnas kring följande områden:

- sökt vård och användningen av vårdtjänster
- livssituation
- drogbruk
- riskbeteende i anknytning till drogbruk
- utvärderingsperioder och läkemedelsassisterade behandlingsperioder för personer med opiatberoende

Enheter som THL i synnerhet önskar få in uppgifter ifrån är A-kliniker, ungdomsstationer, avgiftnings- och rehabiliteringsenheter inom missbrukarvården, enheter specialiserade på narkomanvård, missbrukspsykiatriska enheter, hälsovårdscentraler som ger opiatberoende personer läkemedelsbehandling, hälso- och sjukvårds- och missbrukarvårdsenheter vid fängelser och hälsorådgivningar.

Resultaten kring undersökningen presenteras årligen i rapporten [Narkotikaberoende klienter inom missbrukarvården](#). I Bilaga 1 finns resultaten för 2015 presenterade i Excel-format, inrapporterade av 90 enheter för 2 125 klienter. Materialet täcker inte all missbrukarvård som erbjuds och därmed inte heller alla patienter och brukare.

4.3.3 Planerad utveckling och förbättring av indikatorer

I samband med vård- och landskapsreformen kommer indikatorerna inom social- och hälsovården och därmed även inom missbruksområdet att utvecklas. Med anledning utav detta har ett pilotprojekt som rör utveckling av indikatorer för kostnader och kvalitet i både socialvården och hälsovården genomförts (mer information finns [här](#) på finska). I ytterligare ett pilotprojekt, kallat KUVA, ska nyckelindikatorer för social- och hälsovården att utvecklas fram till och med slutet av 2018 (mer information finns [här](#) på finska). Målet med utvecklingsarbetet är att ”ta fram gemensamma nationella och landskapspecifika indikatorer som beskriver servicekvaliteten, innehållsresultatet och dess utveckling samt att skapa ett system för sammanställning av indikatoruppgifterna till en nationell databas”³.

² Institutet för hälsa och välfärd (THL): Narkotikaberoende klienter inom missbrukarvården 2014, s. 28

³ Valvira: Riksomfattande tillsynsprogram för social- och hälsovården för åren 2016-2019 – Uppdatering för år 2017, s. 10



5. SKOTTLAND

5.1 Hälso- och sjukvårdssystem

I Skottland är sjukvård och socialtjänst offentligt finansierad genom den nationella organisationen National Health service (NHS) Scotland. NHS Scotland omsätter 12,2 miljarder pund (2016) vilket motsvarar 40 % av den självstyrande riksdelens budget. Ansvar för att leverera vård är fördelad till 14 regionala vårdgivare, så kallade *health boards* (HP), som i sin tur är indelade i flera så kallade *Health and Social care partnerships* utifrån vårdområde.

NHS SCOTLAND ÄR INDELAT I 14 REGIONALA HEALTH BOARDS OCH 32 ALCOHOL AND DRUG PARTNETSHIPS



Geografisk spridning av regionala health boards över Skottland



Geografiska spridningen av 32 st alcohol and drug partnerships över Skottland.

Källa: NHS Scotland, ScotPHO, Sirona-analys

5.1.1 Vård vid missbruk och beroende

I fallet missbruk och beroende finns det i Skottland 32 stycken *Alcohol and drug partnerships* (ADP); dvs. vissa HP har avtal med flera ADP. Varje ADP är dock knuten till en enda regional beställare.

Hur mycket medel som varje HP/ADP skall motta fastställer den Skotska regeringen utifrån det uppskattade behovet. Det uppskattade behovet baseras främst utifrån den estimerade prevalensen av missbrukare samt socioekonomisk tyngd, se mer under 5.2.1.

Vården av drogmissbrukare utgår från den nationella strategin [The road to recovery](#) som fastställdes 2008. Strategin fokuserar bland annat på prevention, att främja återanpassning i samhället samt minskad tillgång till narkotika genom lagförande. Till Strategin finns en konkret åtgärdsplan ([se länk](#)) som på ett tydligt sätt definierar förväntat utfall, ansvar och tidsperspektiv för varje åtgärd. En uppföljning av planens utfall planeras till 2017-2018.

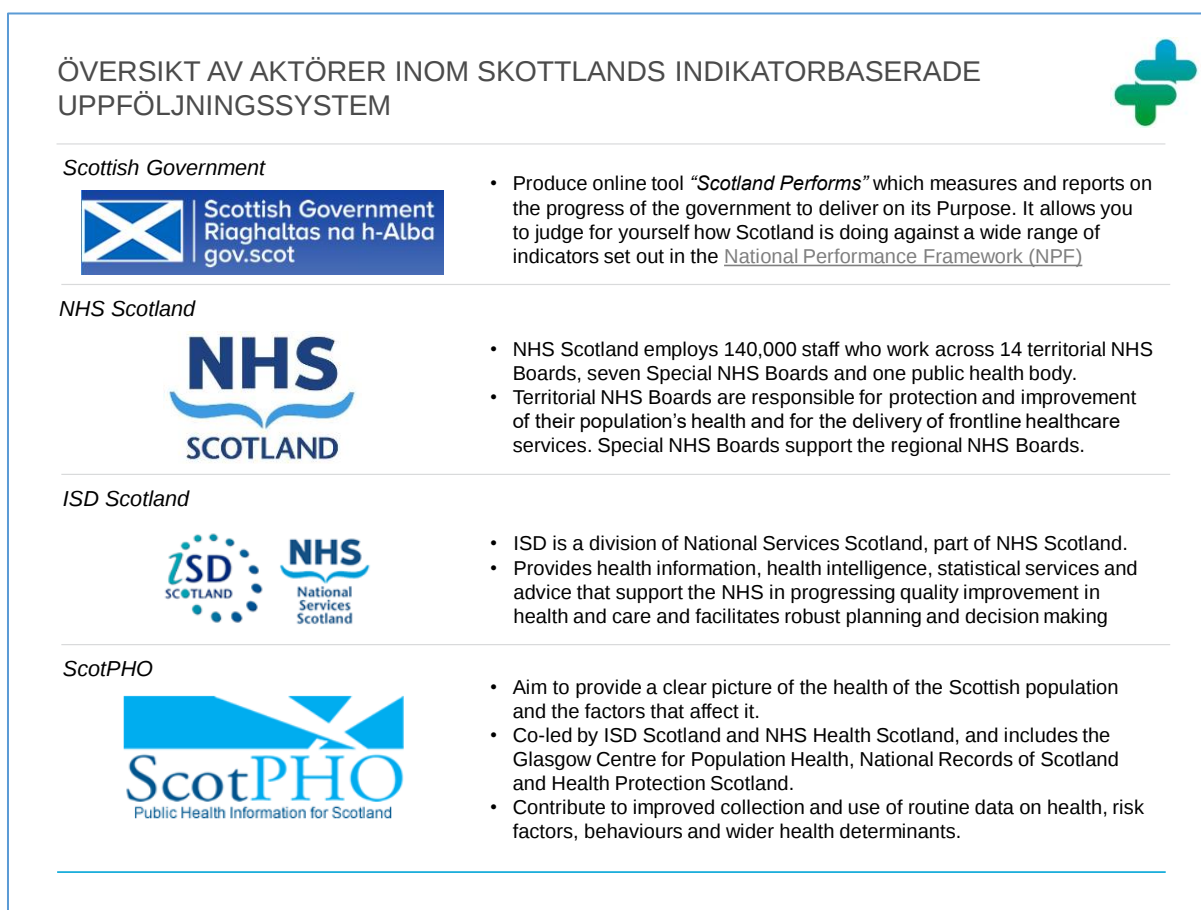


Scotland har även sedan en strategi för att hantera alkohol, [Changing Scotland's Relationship with Alcohol: a framework for action](#), sedan 2008. Strategin fokuserar bland annat på att begränsa marknadsföringen av alkohol, snabbt erbjuda korta interventioner (*Alcohol Brief Interventions*, ABIs) till personer med riskbeteende samt höja minimuppriserna på alkohol. [2016 följdes planen upp](#) för sista gången men ett antal indikatorer kopplade till de tidigare målsättningarna, exempelvis alkoholrelaterad dödlighet och alkoholrelaterade vårdtillfällen följs fortsatt.

Båda dessa strategier täcker in aspekter som faller inom såväl vård som socialtjänst varför ingen vidare uppdelning mellan dessa kommer att göras. När det gäller vård för spelberoende finns det i Skottland sköts denna inom den reguljära missbruksvården men här saknas uttalad strategi eller ambitioner.

5.2 Organisering av uppföljning

Indikatorbaserad uppföljning sker på både statlig och regional nivå där organisationen NHS Scotland spelar en nyckelroll i båda fall, se bild nedan. När det gäller spelberoende finns idag ingen indikatorbaserad uppföljning i Skottland alls.



All vård i Skottland utgår från *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* riktlinjer.

5.2.1 Skotska regeringen

Centralt följs ett antal indikatorer som direkt kopplar an till fastställa nationella målsättningar och strategier. Denna styrnings- och uppföljningsmodell kallas i sin helhet för [National performance framework](#) (NPF) och består av fem delar som stödjer och förstärker varandra:



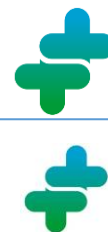
- [The Scottish Government's Purpose](#) (regeringens vision) sets out the direction and ambition for Scotland
- [Purpose Targets](#): (delmål) are high level targets that show progress towards the Purpose
- [Strategic Objectives](#) (strategiska målsättningar) describe where we will focus our actions
- [National Outcomes](#) (nationella utfallsmål) describe what the Scottish Government wants to achieve and the kind of Scotland we want to see
- [National Indicators](#) (nationella indikatorer) enable us to track progress towards the Purpose and National Outcomes

Den centrala uppföljningen sker i regi av regeringskansliet i syfte att offentliggöra landets progression i förhållande till regeringens vision och nationella utfallsmål. Resultaten publiceras online på hemsidan *Scotland performs*. För var och en av de totalt 55 fastställda nationella indikatorerna anges vilka strategiska målsättningar de relaterar till. Av de 55 fastställda nationella indikatorer är två direkt kopplade till missbruk och beroende, se nedan.

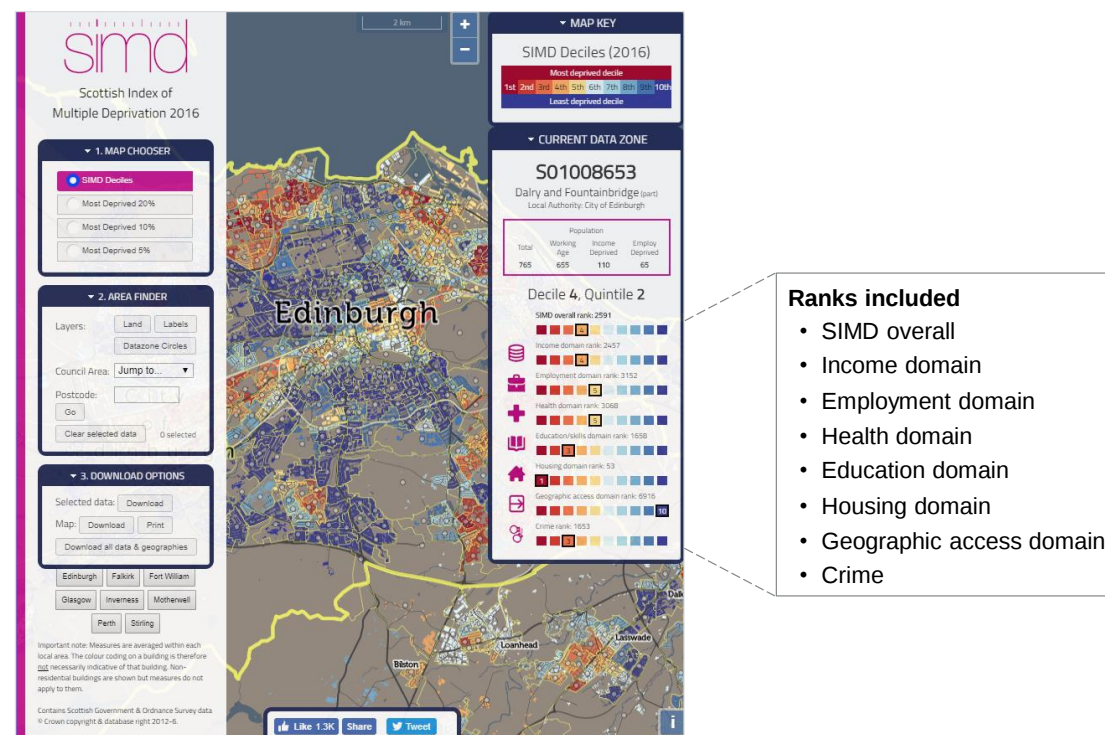
- [Alkoholrelaterade vårdtillfällen](#)
Antalet vårdtillfällen med en alkoholrelaterad diagnos per 100 000 invånare. Den underliggande datan är även uppdelad på kön, ålder och socioekonomisk decil (se nedan under SIMD). **Strategiska målsättningar**: 1) wealthier and fairer, 2) healthier, 3) safer and stronger, 4) smarter and 5) greener.
- [Individer med problematiskt droganvändning \(opiater och/eller bensodiazepiner\)](#)
Det uppskattade antalet personer i åldern 15-64 i Skottland som illegalt använder opiater (inklusive metadon) och/eller bensodiazepiner. Den underliggande datan är uppskattad utifrån kön och, för män, per ålderskategori. **Strategiska målsättningar**: 1) wealthier and fairer, 2) healthier and 3) safer and stronger.

För varje indikator presenteras utveckling över tid i grafer och när man scrollar längst ned på varje indikators sida finns även en underliggande data att tillgå direkt i Excel-format.

Den skotska regeringen har även utvecklat ett verktyg för att identifiera geografiskt utsatta områden. Verktöget, som kallas *Scottish Index of Multiple Deprivation (SIMD)*, finns fritt [tillgängligt online](#). Mer information om SIMD finns även att hämta [här](#). Bilden nedan visar hur verktyget ser ut.



SIMD 10 – ETT WEBBASERAD VERKTYG FÖR ATT VISUALISERA SOCIOEKONOMISKA FÖRHÅLLANDEN I SKOTTLAND



5.2.2. NHS Scotland

Utöver ovanstående nationella indikatorer följer även NHS Scotland upp sjukvårdens prestationer i förhållande till fastställda lokala produktionsplaner (*Local delivery plans*, LDP). Även dessa LDP utgår i grunden från regeringens vision och nationella utfallsmål. De fastställs som en överenskommelse mellan NHS Scotland och de regionala HP där ett visst mål, antingen kopplat till en produktion eller tillgänglighet, skall nås. Totalt finns idag 19 sådana LDP och utfall i relation till mål för dessa följs löpande. Av dessa 19 indikatorer är två direkt kopplade till missbruk och beroende:

- Väntetid till missbruksbehandling
- Antalet utförda *Alcohol brief intervention* (ABF)-behandlingar

5.2.3. Information Service Division Scotland

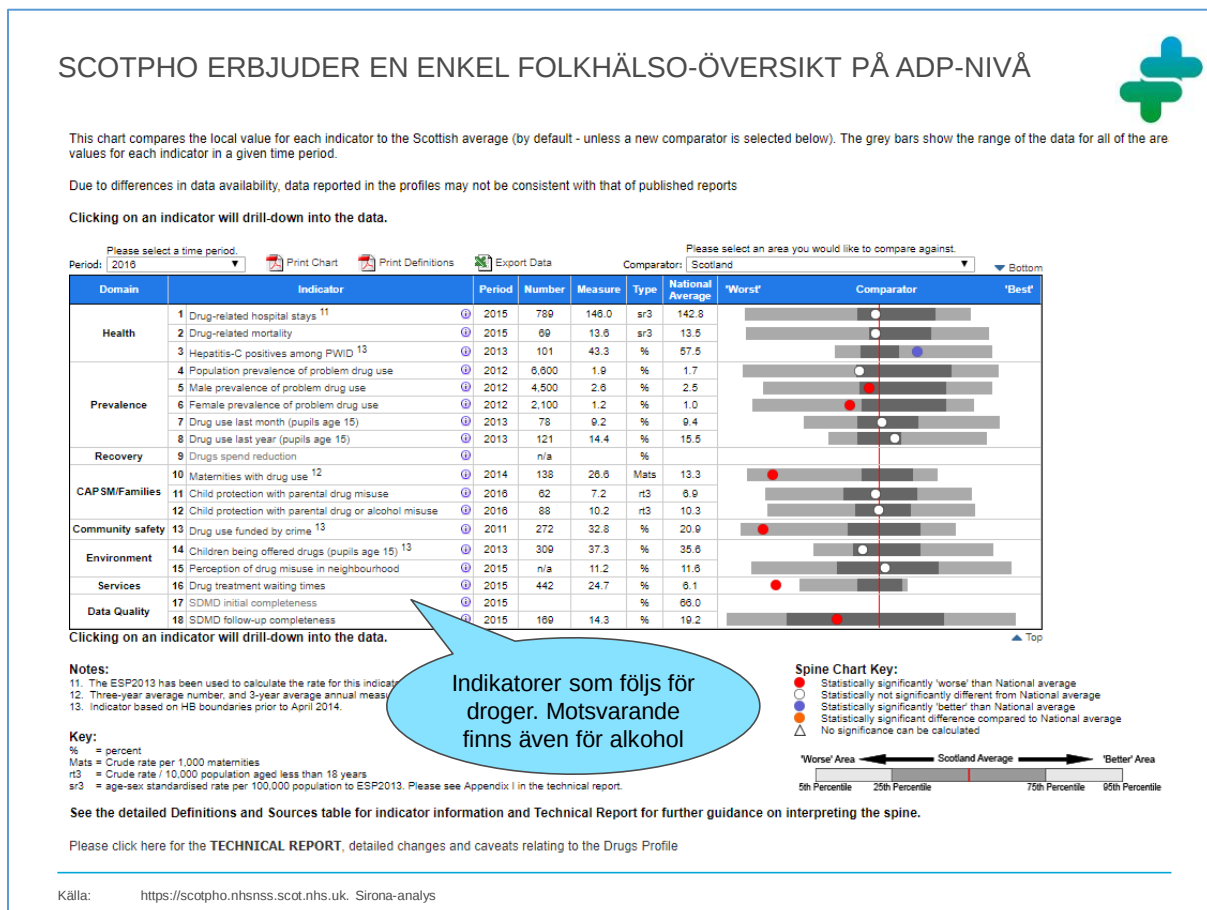
Information Service Division Scotland (ISD) är en division vid NHS Scotland. Deras uppgift är att tillhandahålla hälsoinformation, statistiska tjänster och råd som stöder NHS Scotland i deras kvalitetsförbättringsarbete inom hälsa och vård. ISD ansvarar för driften av ett flertal olika databaser med vårdinformation varav tre bedöms som direkt relevanta för detta uppdrag, se mer under 5.3.

ISD ansvarar även för driften av NHS performs (del av Scotland performs). NHS Performs är en webbplats som samlar information från många olika källor, exempelvis om hur sjukhus och enskilda HP presterar. Syftet med hemsidan är att tillhandahålla denna information på ett lättillgängligt, tydligt och förståeligt sätt. Innehållet i NHS Performs ingår inte direkt i detta uppdrag men den nyfikne kan med lätthet ta del av [mer information här](#).



5.2.4. Scottish Public Health Observatory

Scottish Public Health Observatory (ScotPHO) är en samarbetsorganisation som leds av ISD Scotland och NHS Scotland. Organisationens syfte är att bidra med ett gott kunskapsunderlag över hur den rådande folkhälsan i Skottland ser ut samt vilka faktorer som påverkar denna. För mer information om ScotPHO, [se deras hemsida](#). ScotPHO har i linje med detta uppdrag utvecklat ett lättmanövrerat öppet verktyg som presenterar data från många olika källor på ett översiktligt sätt, se bilden nedan.



5.3 Uppföljningens syfte och innehåll

Den centrala uppföljningen av nationella indikatorer syftar till att följa utvecklingen i förhållande till regeringens vision och strategiska målsättningar. Detta förklarar även hur urvalsprocessen gått till – man har valt sådana indikatorer som man anser bäst fångar de förändringar man vill uppnå. Underliggande data presenteras på ett lättillgängligt sätt på Scotland performs och där finns även möjlighet att direkt ta del av den i Excel-format. Målgruppen för Scotland performs är medborgarna och syftet är att visa hur utvecklingen mot uppsatta mål fortskrider. Uppföljningen används även till viss del till styrning och ledning då resursallokeringen delvis utgår från dessa prestationer.

ISD ansvarar för driften av registren [National drug-related deaths database](#), [Drug related hospital statistics](#) samt [Scottish drug misuse database](#). För mer information om vilka indikatorer som ingår i de olika registren, se Bilaga 1. Registren används av beslutsfattare inom NHS Scotland men även på HP och utförarnivå för att bättre anpassa sitt vårdutbud efter målgrupperna. Mer information om registren finns även på respektive hemsida som man når genom länkarna ovan. Även ScotPHO:s tjänster, som beskrivits närmare ovan, används i detta syfte.



5.3.1 Plan framöver

Både den nationella strategin för alkohol och narkotika planeras att ses över. Förmodligen kommer detta ske i samband med att nya riktlinjer för NICE släpps i april 2018. Det pågår även ett större arbete i Skottland med att bli bättre på att följa upp information som kopplar an till patienternas upplevelser av vården. Denna dimension kommer att få stort fokus under utvecklingsresan framåt enligt Lee Barnsdale på ISD vid NHS Scotland.



6. NEDERLÄNDERNA

6.1 Hälso- och sjukvårdssystem

I Nederländerna finansieras all hälso- och sjukvård genom privata sjukvårdsförsäkringar som är obligatoriskt för alla invånare. Försäkringsbolagen förväntas sköta sina inköp strategiskt så att utförare av vården konkurrerar både på kvalitet och pris. I tillägg till den obligatoriska försäkringen köper majoriteten av nederländarna (84 %) ytterligare försäkring på frivillig basis, vanligen från samma försäkringsbolag som de tecknat den obligatoriska försäkringen via.

I den obligatoriska försäkringen ingår bland annat besök hos husläkare, sjukhus och specialister, tandvård och fysioterapi upp till 18 års ålder, mediciner samt vård vid psykisk ohälsa, såväl akut vård och öppenvård som slutenvård.

Ansvarig myndighet för hälso- och sjukvård i Nederländerna är *Ministry of Health, Welfare and Sport* (VWS). Inom ministeriet återfinns det [Nationella institutet för hälso- och sjukvård \(Zorginstituut Nederland, ZiNL\)](#) som är den instans som bestämmer vilken vård som ingår i den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen. ZiNL ansvarar även för att publicera kvalitetsstandarder för olika verksamheter att förhålla sig till (motsvarande Socialstyrelsens föreskrifter).

[The Dutch Healthcare Authority \(NZA\)](#) är en självständig administrativ myndighet inom VWS som ansvarar för att sätta takpriser för vad olika typer av vård får kosta patienter i egenavgift. NZA är även Nederländernas tillsynsmyndighet för både utförare av vård och försäkringsbolag. Tillsyn sker efter behov baserat på egna uppföljningsanalyser samt patientanmälda brister.

Patienten väljer själv husläkare. De flesta nederländare är registrerade hos en husläkare, även om det inte finns ett formellt krav på detta. Val av vårdgivare inom specialistvård är fritt för patienten, men remiss från husläkare krävs.

Nederländernas modell för socialtjänst skiljer sig dock från Sverige på flera sätt. Liksom inom vården tillhandahålls merparten av dessa tjänster av ideella/privata organisationer som finansieras av staten, lokala myndigheter och socialförsäkringen. Under de senaste tio åren har det även skett en professionalisering där ett flertal organisationer gått från att vara välgörenhetsorganisationer till professionella tjänsteleverantörer. Ett exempel på detta är [DZB-Leiden](#) som skapades 1996 med syfte att hjälpa personer med inlärningssvårigheter och psykisk sjukdom att få arbete. Ett flertal av de ansvarsområden som i Sverige faller på kommuner och försäkringskassan hanteras i Nederländerna som utvecklingsprogram/projekt. Exakt hur detta ansvar regleras i lag har varit utanför scopet för detta uppdrag.

Vi konstaterar att vård och socialtjänst i Nederländerna har en mer marknadsorienterad utformning där tyngdpunkten ligger på offentlig finansiering och privata utförare.

6.1.1 Vård vid missbruk och beroende

Nederländerna erbjuder ett brett utbud av medicinska, psykosociala, psykologiska och behandlingstjänster för personer med alkohol-, drog- och spelmissbruk. Slutenvårdsbehandling erbjuds på 18 kliniker (varav sju är särskilda avdelningar vid psykiatriska sjukhus och resterande regionala missbruksmottagningar). Öppenvårdsbehandling sker via 110 utförare som är spridda över hela landet.

De behandlingar som erbjuds är sträcker sig från akuta "crisis interventions", substitutionsbehandling, sociala och beteendemässiga interventioner, stödjande psykoterapi och läkemedelsbehandling. Under



det senaste decenniet har missbruksbehandlingssystemet genomgått en omfattande omorganisation. En stor serie av utspridda organisationer, med olika mål och målgrupper, slogs samman regionalt. Finansiering av alkohol- och drogbehandlingstjänster är offentlig, från olika källor, såsom folkhälsosäkring, kommuner, ministerier etc.

6.2 Organisering av uppföljning

I Nederländerna finns ett antal statliga myndigheter, offentliga verksamheter och föreningar som är nära involverade i det indikatorbaserade uppföljningssystemet. Deras roller är även delvis, tillsynes, överlappande. Sammantaget medför det att det är svårt att skapa sig en övergripande bild över hur uppföljningssystemet håller ihop. De två följande bilderna försöker att på ett övergripande sätt redogöra för de olika aktörernas roller i systemet.

ÖVERSIKT AV AKTÖRER INOM NEDERLÄNDERNAS INDIKATORBASERADE UPPFÖLJNINGSSYSTEM (1 AV 2)



Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS)



Ministry of Health,
Welfare and Sport

The ministry is responsible for three policy areas:

- Public health and health care,
- Welfare and social-cultural work and
- Sports

The Dutch Healthcare Authority (NZA)



Nederlandse
Zorgautoriteit

- NZa is an autonomous administrative authority, falling under the VWS
- Determines what types of health care can be charged to patients by health care providers
- Based on analyses of its own and on reports filed by consumers, the NZa checks whether health care providers and health insurers comply with the rules and regulations.

The National Health Care Institute (ZiNL)



Zorginstituut Nederland

ZiNL is responsible for maintaining the quality, accessibility and affordability of health care in the Netherlands. Among others it involves:

- managing the basic health care package;
- encouraging improvements in health care quality;
- implementing arrangements for special groups of (un)insured persons;
- funding

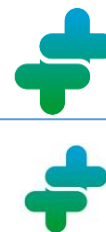
ZiNL produce public benchmarking information about the performance of different providers and insurance companies through the website zorginzicht.nl

The Health Care Inspectorate (IZG)



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

- IZG promotes public health through effective enforcement of the quality of health services, prevention measures and medical products.
- Use various measures, including advice, encouragement, pressure and coercion, to ensure that health care providers offer only 'responsible' care.



ÖVERSIKT AV AKTÖRER INOM NEDERLÄNDERNAS INDIKATORBASERADE UPPFÖLJNINGSSYSTEM (2 AV 2)

The Dutch Healthcare Authority (ZonMW)



- ZonMW is responsible for health care research
- Link research, practice, policy, education and training – and we provide opportunities for patients and clients to participate in projects

Dutch Association of Mental Health and Addiction Care (GGZ Nederland)



- Branschorganisation för utförare av specialisttjänster inom psykiatri och beroende (motsvarande *Sveriges kommuner och landsting*)
- Ansvarig för flera förbättringsarbeten, bland annat *Resultat Scoren*

Trimbos Instituut – Netherlands Institute of Mental Health and Addiction (Trimbos)



- Icke-statlig offentlig forskningsorganisation
- Publicerar årliga lägesbilder över droganvändning och problematik i Nederländerna

Stichting Benchmark GGZ (SBG)



- En oberoende ("tredje-part") organisation som på nationell nivå sammanställer Routine Outcome Monitoring-data från utförare av vård

[Dutch organization for health research and care innovation \(ZonMW\)](#) är den organisation i Nederländerna som ansvarar för att finansiera forskning och innovation (motsvarande Vetenskapsrådet och Vinnova). ZonMWs uppdrag är dock bredare och organisationen tilldelas inte sällan öronmärkta medel från staten för att utveckla hälso- och sjukvården genom att göra jämförelser och uppföljningar av vård.

[Dutch Association of Mental Health and Addiction Care \(GGZ Nederland\)](#) är en branschorganisation för utförare av specialisttjänster inom psykiatri och beroende. Organisationens syfte är att säkerställa tillgång till högkvalitativ, tillgänglig, prisvärd och hållbar vård till allmänheten. 1999 genomförde organisationen ett omfattande förbättringsprogram för att öka kvaliteten bland sina medlemsorganisationer med verksamhet inom missbruksområdet. Förbättringsprogrammet syftade till att skapa ett system för benchmarking mellan organisationer och kallas för *Resultaten Scoren*. Inom ramen för programmet som pågick till och med 2007 utvecklades kvalitetsstandarder och riktlinjer för behandling. Ett urval av dessa riktlinjer presenteras i faktablad på [Resultaten Scorens hemsida](#).

Sironas förståelse för vad som därefter skedde är att ZiNL (och/eller Stichting Benchmark GGZ, se mer nedan) har tagit detta arbete vidare.

[Trimbos Instituut – Netherlands Institute of Mental Health and Addiction \(Trimbos\)](#) är en icke-statlig offentlig organisation som skapades 1996 genom en sammanslagning av *Netherlands Center for Mental Health (NcGv)* och *Netherlands Institute for Alcohol and Drugs*. Trimbos genomför omfattande uppföljning inom områdena alkohol, beteendemässigt beroende (inklusive spel), droger, mental hälsa och tobak på uppdrag av enskilda vårdgivare, politiker, beslutsfattare och allmänhet. Uppföljningen innefattar bland annat syntes av existerande datakällor samt insamling av ny data kopplat till drog- och alkoholanvändning. Trimbos utför även klinisk forskning inom området.



Sjukförsäkringsföretagen kräver ofta att utförare av missbruks- och beroendevård följer upp sitt arbete med hjälp av så kallad *Routine Outcome Monitoring (ROM)*. På nationell nivå sammanställs ROM-data av organisationen [Stichting Benchmark GGZ \(SBG\)](#) genom att en unik länk skickas ut till varje vårdgivare som därefter matar in data i ett webformulär. SBG är en oberoende organisation med syftet att genom benchmarking förbättra kvaliteten inom psykiatrisk vård i Nederländerna. Sedan 2015 finns en överenskommelse mellan vårdgivare, SBG och ZiNL om att SBG samlar in och bearbetar data från vårdgivarna och förser ZiNL med denna, vilket innebär en besparing för vårdgivarna som slipper samla in delvis överlappande data två gånger. I breda termer hanterar SBG indikatorer inom områdena effektivitet, säkerhet samt brukarorienterade nöjdhetsundersökningar. All sådan kvalitetsdata från samtliga utförare samlas i ett stort register hos ZiNL. För mer information om vilka andra indikatorer som följs på sådant sätt, [se denna hemsida](#).

Sammanfattningsvis kan man konstatera att kvalitetsutveckling i den nederländska missbruksvården finansieras av VWS som på inrådan av exempelvis GGZ Nederland, ZiNL eller Trimbos utfärdar forskningsanslag genom ZonMw. Multiprofessionella team tillsätts och initierar utvecklingen av exempelvis kvalitetsstandarder eller nya kliniska riktlinjer i nära dialog med ZiNL. När nya kvalitetsstandarder eller riktlinjer är färdigställda blir de normerande för de krav som de privata sjukförsäkringsbolagen ställer på utförare av vård, detta för att säkerställa att man endast finansierar kvalitetssäkrad vård. Den nederländska hälsovårdsmyndigheten (*The Dutch Healthcare Authority, NZa*) och den nederländska hälsovårdsinspektionen (*The Healthcare Inspectorate, IGZ*) övervakar därefter vårdkvalitet och följsamhet till riktlinjer i rollerna som oberoende tillsynsmyndigheter. IGZ upprättar varje år [en rapport \(Risico\)](#) utifrån hur verksamheter inom missbruks, beroende och rättsmedicin arbetar.

Socialtjänst

Ansvar för motsvarande funktioner som i Sverige faller under Socialtjänsten är i Nederländerna kraftigt fragmenterade, utan enhetlig huvudman. I många fall ligger det övergripande ansvaret på myndighetsnivå (Ministry of Social Affairs and Employment) eller kommunnivå. Trots omfattande eftersökning har Sirona ej lyckats finna någon indikatorbaserad uppföljningsmodell som omfattar verksamheter/insatser inom området. Det är oklart om SBG:s ROM-undersökningar även omfattar leverantörer av "socialtjänst"-liknande tjänster eller endast vård. Givet att en stor del av det praktiska arbetet utförs av privata organisationer med offentliga medel torde dock uppföljning av efterlevnad ske, men förmodligen då efter överenskommelser i enskilda avtal.

6.3 Uppföljningens syfte och innehåll

I Nederländerna används indikatorbaserad uppföljning på flera nivåer och i olika syften. På folkhälsonivå publicerar Trimbos årligen en översyn över användning av droger, tobak och alkohol med namnet *The National Drug Monitor Annual Report*. Rapporten finns att ladda ner på holländska på [Trimbos hemsida](#). Följande områden ingår i rapporten: befolkningens droganvändning, användning av alkohol och tobak, trend i uppsökande av vård för missbruk, trend i drogers renhet samt incidens av narkotikamissbruk. National Drug Monitor är en publikation som ska ge en nulägesbild av drogsituationen i landet, riktad till såväl beslutsfattare på nationell och kommunal nivå som forskare och vårdpersonal.

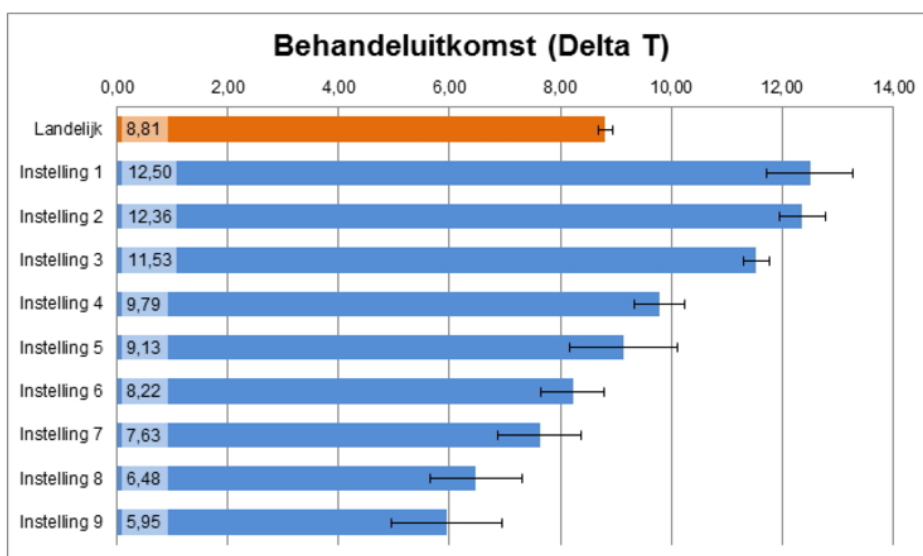
SBG:s ROM-data publiceras i *Benchmark RapportageModule (BRaM)*; en rapport som ska möjliggöra benchmarking och jämförelser mellan vårdgivare. BRaM finns inte tillgänglig för allmänheten, utan är



till för vårdgivare och försäkringsbolag. Trots kontakt med flera personer har vi varken lyckats få tillgång till denna rapport eller klarhet i om den innehåller uppföljning av andra indikatorer än de som presenteras i den så kallade [Transparantiekalender](#) (fritt översatt Transparenskalender), mer information följer nedan.

Syftet med rapporten är att tjäna som en informationskälla för de olika försäkringsbolagen som köper vård (beställarstyrning) samt för att vårdgivare ska använda informationen som underlag till förbättringsåtgärder. Rapporten innehåller information om enskilda vårdgivares patienter, bland annat graden av abstinens efter behandling samt förekomst av drogbruk efter behandling. Den aggregerade informationen från detta system används för att jämföra resultaten mellan vårdgivare. Analyser kan dessutom göras utifrån olika patientgrupper. År 2015 ingick 233 vårdgivare i BRaM. En översikt över rapporten kan laddas ned på holländska [här](#). SBG planerar att genomföra ett pilotförsök med ett antal leverantörer för att tillsammans lära av resultaten av ROM. Detta förbättringsarbete förväntas starta under hösten 2017.

SBG:S DATABAS ÖVER AKTUELLA BEHANDLINGSUTFALL



Ovanstående bild kommer från [SBG:s hemsida](#) och visar ett utklipp från deras databas.

Utöver SBG:s insamling av ROM-data samlar även ZiNL på årlig basis in information från enskilda vårdgivare och publicerar dessa för allmänheten och beslutsfattare via sin [Transparantiekalender](#). Som tidigare nämnts hanteras denna insamling sedan 2015 dock av SBG, för att förenkla administrationen. Inrapporteringen till ZiNL är obligatorisk och är indelad i 44 stycken indikatorer utifrån olika vårdområden. Området «Psykisk hälsa och missbruk» täcker in 22 indikatorer samt ett antal subindikatorer, se Bilaga 1. Mer information om indikatorerna samt hur de samlas in finns även på [denna sida](#) där mätinstrumenten presenteras lite närmare.



På [ZiNL:s hemsida](#) finns även historiska data över vårdgivares prestationer tillgängliga. Mottagarna för denna information är uttryckligen inte patienterna själva utan syftar till profession och beslutsfattare.

Avslutningsvis finns även än mer omfattande data på ett mer övergripande plan att tillgå kopplat till sjukhusens prestationer. För den intresserade kan man med fördel ta en närmare titt på de indikatorer som följs på sidorna <http://www.ziekenhuizentransparant.nl/> samt <https://en.nvz-ziekenhuizen.nl/topics/quality-window/>

Information till patienter och patienters delaktighet

I Nederländerna följs patienternas erfarenhet av vården upp. Detta görs även inom området psykisk ohälsa och beroende via en [Consumer Quality Index \(CQI\)](#) enkät som distribueras till patienterna genom och samlas in av ZiNL. Syftet med enkäten är att för de olika verksamheterna identifiera förbättringsområden.

På [Zorgkaart Nederland](#) kan patienterna jämföra vårdgivare, skriva egna recensioner samt sätta betyg efter genomgådd behandling. Dock kontrolleras inte om den som avger en recension faktiskt genomgått behandling. I dagsläget finns omdömen för drygt 200 leverantörer inom missbruks- och beroendevården. Här finns även allmän information om sjukdomstillstånd och vård, bland annat inom missbruk och beroende. Sidan [KiesBeter](#) tillhandahåller liknande information – däremot inte inom missbruksvård. Enligt en artikel publicerad av forskarna Suzan Oudejans och Masha Spits är information till allmänheten bristfällig vad gäller resultat och kvalitet i missbruks- och beroendevården idag. Resultat från patientundersökningar finns endast att tillgå för ett mindre antal vårdgivare på deras respektive webbsidor. Någon central webbsida med resultat från kvalitetsmätningar finns ej.⁴

⁴ Oudejans, S., & Spits, M. (2014). GGZ burgermonitor 2014. Rapportage Solutions. Amsterdam: Mark Bench/Amsterdam Institute for Addiction Research.



7. ESTLAND

7.1. Hälso- och sjukvårdssystem

Estlands hälso- och sjukvårdssystem är strikt uppdelat i olika funktioner där styrning och förvaltning utfår från socialministeriet och dess byråer, den estniska sjukförsäkringsfonden och oberoende privata vårdleverantörer. Socialministeriet och dess byråer ansvarar för utveckling av nationell hälsovårdspolitik och lagstiftning, efterlevnad av lagar och riktlinjer, insamling och analys av indikatorer kopplade till produktion och ekonomi för enskilda leverantörer samt legitimering av vårdpersonal och licensiering av anläggningar. Både Socialministeriet och lokala myndigheter (liknande kommuner) finansierar socialtjänsten. På [Socialministeriets hemsida](#) anges dock att:

"The aid shall be based on the principle of subsidiarity, whereby public responsibilities shall generally be exercised preferably by the authorities, which are the closest to the citizen, and the resources of the closest level (primary resources) shall be first implemented to the people in need. Consequently, the main providers of welfare services and allowances are municipalities"

Det estländska sjukvårdssystemet stöptes om i grunden efter Sovjetunionens fall. Vården utgår från familjeläkare som innehar primärvårdsuppgifter och agerar gatekeeper i systemet. I Estland finns idag ca 800 företag som erbjuder familjeläkartjänster, 70 % av dessa drivs fortfarande som enskilda bolag med bara en verksam läkare. Samtliga medborgare i Estland måste vara listad hos en familjeläkare, som i sin tur ansvarar för att ha antalet listade personer inte understiger 1200 eller överstiger 2000.

Ur beställarsynvinkel hanteras alla sjukvårdskostnader via den estniska sjukförsäkringsfonden (EHIF). EHIF driver det nationella, obligatoriska sjukförsäkringssystemet och utför vissa kvalitetssäkringsaktiviteter. Det nationella sjukförsäkringssystemet täcker cirka 95 % av befolkningen med förebyggande och behandlande tjänster. Försäkringen finansieras av inkomstskatt för anställda samt arbetsgivaravgifter och statliga bidrag för vissa befolkningsgrupper. Ersättning utgår i enlighet med tecknade serviceavtal (*service descriptions*) där servicekvalitet (inklusive väntetider) ofta ingår.

För mer information om det estländska hälso- och sjukvårdssystemet, besök gärna [denna hemsida](#).

7.1.1 Vård vid missbruk och beroende

Vård och policy för narkotikamissbruk

Behandling och rehabilitering av narkotikamissbrukare i Estland finansieras inte av EHIF utan via ett unikt, och i förhållande till all övrig vård i Estland, parallellt system. Ersättningen till utförare av denna vård sker istället direkt från *National Institute for Health Development* (NIHD) genom separata avtal. Estland erbjuder flera typer av harm reduction som naloxonnässpray och sprutbytesverksamhet.

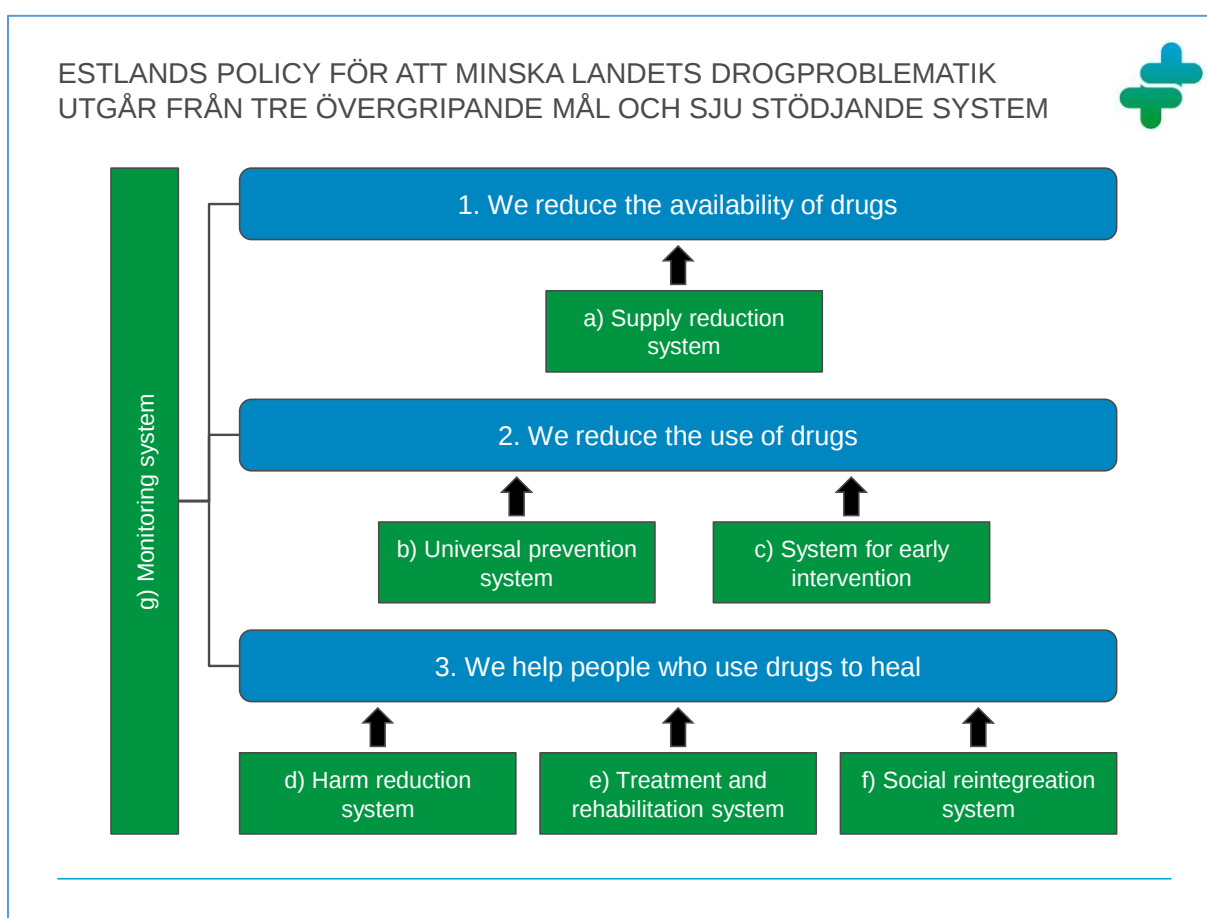
Estland har Europas högsta narkotikadödlighet. En starkt bidragande orsak till detta är den utbredda användning av fentanyl, vilket på grund av hög potens är svårt att dosera. En tredjedel av alla fångar i Estländska fängelser har missbruksproblematik, vilket såklart delvis förklaras av att innehav av narkotika är olagligt och ofta leder till fängelsestraff. Mot bakgrund av det utbredda opiatberoendet fokuseras merparten av resurserna för vård och behandling inom missbruksområdet på just denna grupp.

2014 fastställdes en [nationell policy \(white paper\)](#) för att minska användningen av droger och deras negativa följdverkningar. Policyn utgår från tre målsättningar man önskar nå genom sju insatssystem:



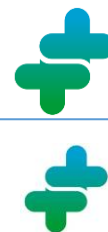
- 1) Minska tillgängligheten till droger genom att **a)** öka insatser mot organiserad brottslighet tillsammans med andra myndigheter såsom polis, tull och skatteverket
- 2) Förebygga uppkomsten av narkotikamissbruk genom **b)** att skapa ett universellt preventionssystem och **c)** ett system för tidiga insatser
- 3) Hjälpa missbrukare genom **d)** harm reduction system att minska smittspridning (sprutbyte) och antalet överdoser (naloxonnässpray), **e)** erbjuda substitutionsbehandling till missbrukare för att på så vis minska efterfrågan på droger samt **f)** stödja social re-integration genom att erbjuda utbildning och subventionerade arbetsmöjligheter för personer som lämnar behandlingar/fängelser.

De olika delarna i ovanstående system följs sedan via ett dedikerat monitoreringssystem (**g**) där varje system har fördefinierade förbättringsindikatorer, se Bilaga 1. Bilden nedan är översatt från den nationella drogpolicy och förtydligar beskrivningen ovan.



Vård och policy för alkoholmissbruk

Alkoholberoende och alkoholrelaterade sjukdomar hanteras inom ramen för den statliga sjukförsäkringen. Landets höga alkoholkonsumtion, bland de högsta i Europa, är ett omfattande problem och precis som i fallet drogmissbruk finns en [nationell policy \(green paper\)](#) från 2014 framtagen i syfte att minska samhällskostnaderna för alkoholrelaterade skadeverkningar. Den övergripande målbilden är att minska alkoholintaget från 10 liter ren alkohol per medborgare och år till 8 liter.



ESTLANDS SUBKATEGORIER INOM "SOCIAL SECURITY"

Social insurance

Social insurance is a guarantee given by the state that, in case of realisation of certain social risks (death, loss of breadwinner, old age, disability, birth of a child), it will ensure the additional income or continuation of the incomes, at least at a level that allows a decent living wage. Social insurance is financed by taxes or contributions, both mandatory and voluntary ones.

vs

Welfare

Welfare is a system of procedures aimed at securing various freedoms of the people and at creating better opportunities for economic development through human resource development. At the same time, it increases social inclusion, when preventing and reducing poverty and social exclusion more widely and more effectively. Welfare-related instruments (operations) can be both welfare allowances, and welfare services.

Socialtjänst

I Estlands socialtjänstlag (Social welfare act RT 1995, 21, 323) inkluderas inte rehabilitering av drogmissbrukare (efter att de blivit drogfria) som en explicit del av kommunernas ansvarsområden inom "Social insurance" och "Social welfare", se bilden ovan. Men enligt företrädare på Socialministeriet är praxis i kommunerna att man gör så. Socialministeriet står även för subventioner för företag som anställer före detta missbrukare.

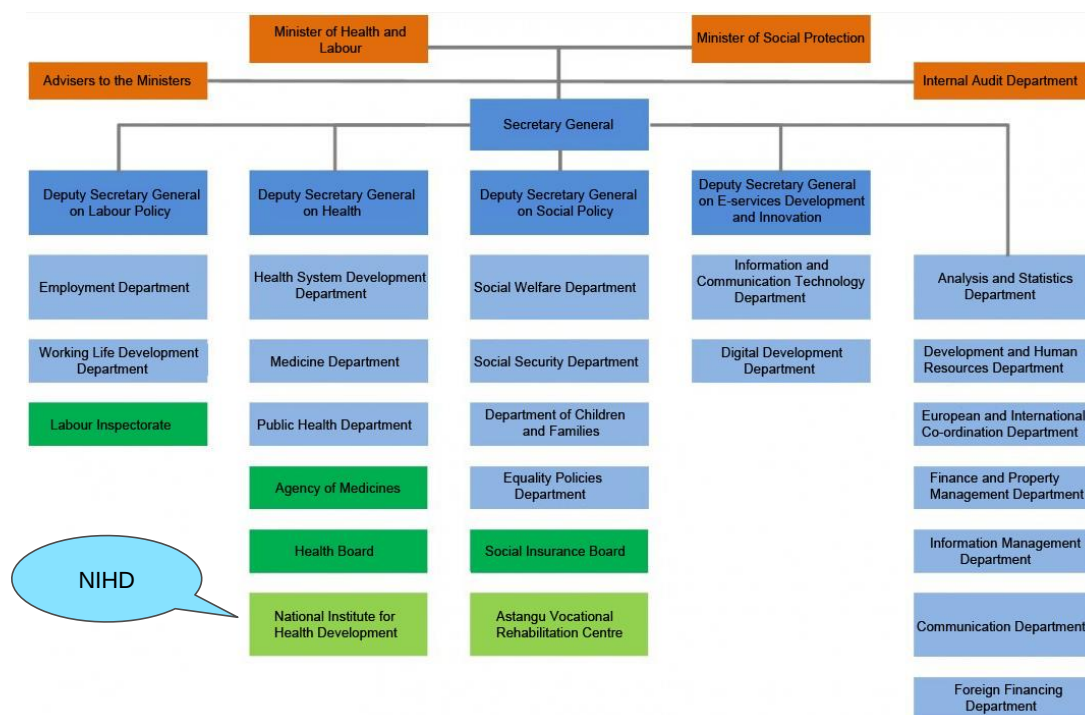
7.2. Organisering av uppföljning

I Estland är det NIHD som ansvarar för uppföljningen av drogmissbruk och beroende. NIHD är en del av Socialministeriet, se bild nedan. Uppföljningen av alkoholmissbruk sker istället inom Ministeriet för inrikes angelägenheter (Ministry of the interior) av Estlands institut för ekonomisk forskning. Sirona har utan framgång sökt information om någon indikatorbaserad uppföljning av socialtjänsten sker i Estland.

Givet den speciella utformningen av missbruksvården i Estland ges nedan en mer detaljerad beskrivning av hur uppföljning och reglering av denna sker.



SOCIALMINISTERIETS ORGANISATION



7.2.1 Ansvar för uppföljning av narkotikamissbruk

NIHD är en statlig forsknings och utvecklingsorganisation inom Socialministeriet som ansvarar för att samla in och sammanställa information för att skapa en samlad förståelse över det samlade hälsotillståndet i Estland. Insamling och bearbetning av data är nödvändig för att få en överblick över förekomsten av missbruk och psykisk ohälsa, liksom för att organisera vård, socialtjänst och förebyggande åtgärder. NIHD är även tillsynsmyndighet för utförare inom området och genomför oannonserade kontroller regelbundet.

Som beskrevs tidigare är NIHD även direkt beställare av all behandling och rehabilitering av drogmissbrukare genom separat upprättade avtal. Givet denna avtalsstruktur är NIHD i en unik ställning att kunna krävställa exakt vilken rapportering som utförarna skall inkomma med. Detta regleras under avtalsdelen *service description* som även reglerar verksamhetens formella krav på journalföring, utformning av behandlingar (nationella riktlinjer) samt att även inkomma med rapportering till det nationella missbruksregistret som inrättades 2008.

NIHD har som ambition att genomföra årliga uppföljningar över läget i landet men detta sker inte i dagsläget. Istället mer löpande och fördelat över specifika verksamhetsområden, exempelvis metadonbehandling, se Bilaga 3.

7.3. Uppföljningens syfte och innehåll

Estlands uppföljningssystem inom alkohol och narkotika utgår från de två separata policydokumenten som finns inom området. Huvudsyftet är att följa drog- respektive alkoholsituationen i relation till policydokumenten inom respektive område. För båda områdena finns definierade utfallsindikatorer



och målvärden. Uppföljning av hur man ligger i förhållande till målen görs delvis löpande men inga rapporter finns publicerade inom området ännu, utan rapporter planeras publiceras under nästkommande år.

7.3.1 Uppföljning av missbrukspolicyn

Den nationella narkotikapolicyn följs upp regelbundet internt i syfte att följa utvecklingen i förhållande till målvärden och för att se om eventuella åtgärder behöver vidtas. 2018 kommer dock en större genomgång att göras för att utvärdera policyns effekter.

I syfte att stödja verksamheter med verksamhetsutveckling, samt identifiera eventuella brister, utför NIHD även uppföljningar av utförare i förhållande till kraven i deras serviceavtal. Serviceavtalen är inte enhetliga utan skräddarsydda per utförare. På så vis skiljer sig även uppföljningen mellan utförare, även om vissa variabler är generella. Exempelvis kan uppföljningen göras i förhållande till nedanstående områden:

- purpose,
- indications for rehabilitation,
- contingent finding/defining,
- registration and documentation,
- activities/treatments,
- behavioral rules for relapse (rebound) and
- rehabilitation schemes

Resultat av sådana uppföljningar publiceras inte offentligt utan används för intern kvalitetssäkring och som ett verktyg för att utöva styrning från beställarens sida. Uppföljningen är framåtsyftande och NIHD stöttar i många fall verksamheterna i deras utvecklingsarbete. Serviceavtalen omförhandlas årligen och i samband med detta kan nya krav föras in. Eventuella påvisade brister i förhållande till rådande avtal skall åtgärdas inom en utsatt tid, annars förfaller avtalet, vidare ersättning uteblir och enhetens tillstånd dras in.

NIHD genomför även andra uppföljningar inom området, exempelvis genom att följa upp metadonverksamheterna specifikt och jämföra deras prestationer mot varandra. För att göra dessa jämförelser använder sig NIHD av det nationella missbruksregistret som är ett statligt (kvalitets-)register över alla individer som söker hjälp för missbruk och mottar behandling. Registret innehåller även information om vem behandlande läkare är. En komplett förteckning över vilka variabler som (just nu) samlas i registret återfinns i Bilaga 1. I registret finns även data samlad månad för månad utifrån hur många besök, urinprov, behandlingar, etc., som genomförs per utförare.

7.3.2 Uppföljning av alkoholpolicyn

I alkoholpolicyn från 2014 (sida 43) anges följande:

"So far, information has been collected and published by different establishments and organisations, depending on their own requirements. Alcohol use indicators have been calculated, since 2001, using a comparative methodology, by the Estonian Institute of Economic Research. Information about alcohol market and consumption in 2008, 2009, 2010 and 2011 is available from the yearbooks of the Estonian Institute of Economic Research; the publication of such yearbooks has been funded by different sources. Information that forms a part of the monitoring system will be published, in the future, on regular bases by authorities concerned as annual consolidated sets. For the purposes of avoiding duplicated data collection and to ensure uniform submission and use of Estonian information for the purposes of international databases, the monitoring system indicators were chosen on the bases of WHO global alcohol and health database indicators."



Estland har alltså styrt sin uppföljning inom alkohol mot WHO:s indikatorer på området för alkohol för att på nationell nivå kunna jämföra sina framsteg i förhållande till andra länder. Detta blir även väldigt tydligt när man läser policydokumentet som återkommande talar om snittet i EU och även andra nordiska länder.

Den nationella alkoholicyn innehåller, liksom drogpolicy, även en lista med specifika indikatorer och målvärden man önskar nå genom de åtgärder/system som presenteras i policy. Kopplat till den nationella alkoholicyn finns även en lista med utfallsindikatorer, som svarar mot uppsatta mål i den nationella policy, som kommer att följas upp. Dessa indikatorer beskrivs i Annex 8 till rapporten men denna finns tyvärr ej tillgänglig online och våra mail till inrikesministeriet har förblivit obesvarade, varför vi ej kan redogöra närmare för hur dessa indikatorer ser ut.

Alkoholproblematikern är ett viktigt förbättringsområde i Estland och ett av de områden som inrikesministeriet lyft fram som en av sina prioriterade frågor för sin ordförandeperiod i EU (juli-december 2017). Den 30-31 oktober arrangerar man exempelvis konferensen *“Cross-border aspects in alcohol policy – tackling harmful use of alcohol”*.



8. AVSLUTANDE KOMMENTARER

Givet att hälso- och sjukvård tillsammans med socialtjänst i de flesta länder står för en ansevärd del av bruttonationalprodukten följs denna i de flesta fall upp i någon mån. Hur detta görs varierar dock stort och beror i stor utsträckning på hur hälso- och sjukvårdssystemet är uppbyggt samt hur dess styrning och ledning sker.

En omfattande begränsning för uppdragets genomförande har varit svårigheten att uttyda gränserna mellan vård och socialtjänst. Mer specifikt har det varit mycket lättare att få klarhet i hur uppföljningen av vård ser ut i länder men betydligt mer utmanande inom socialtjänsten. I de länder där den nationella uppföljningen framförallt fokuserar på strategiska målsättningar (Skottland och Estland) saknas i hög utsträckning information om hur omsorgen sköts och följs. I båda dessa länder finns dock andra sorterade databaser (ISD, ScotPHO respektive NIHD:s missbruksregister) som används för att stödja det kvalitetsförbättrande arbetet på lokal nivå.

I Nederländerna är finansieringen av sjukvård och socialtjänst reglerad på statlig nivå men med privata utförare. Uppföljningen av vården är omfattande och ett flertal myndigheter, branschorganisationer och oberoende aktörer är involverade. I Norge och Finland är kommunerna huvudman för både primärvård och socialtjänst och här finns en hel del data och indikatorer att inspireras av. I Finland vittnar man dock att frånvaron av lagkrav på rapportering gör att mycket av deras data inte nödvändigtvis ger en rättvisande bild. Utifrån våra undersökningar i Estland och Skottland gick det inte heller att dra några enskilda slutsatser avseende uppföljning av socialtjänsten per se; fokus där var återigen i relation till nationella målsättningar.

Samtidigt beskriver exempelvis företrädare för NIHD i Estland att en av deras största utmaningar är att patienter med drogproblem faller mellan stolarna där de skrivs ut från behandling. Förbättringar i sociala insatser beskrivs även som ett tydligt förbättringsområde i den nationella drogpolicyn från 2014 i Estland. Ett antal förbättringsindikatorer (exempelvis under *Early intervention system* samt *Addiction treatment and rehabilitation system*, se Bilaga 1) kopplar även an till dessa mål.

Det är även slående att företrädare från flera av de undersökta länderna (Skottland, Nederländerna, Finland) som vi varit i kontakt med anger att man har som ambition att inom en snar framtid uppdatera vilka indikatorer man följer upp. I Finland är en viktig anledning landskapsreformen som träder i kraft den 1 januari 2019 medan man i Skottland önskar införa variabler för att mäta personcentrerad vård och även koppla indikatorer till NICE:s nya riktlinjer.

Avslutningsvis framhåller flera av intervjupersonerna värdet av god epidemiologisk data. I exempelvis Skottland är detta essentiellt från beställarhåll. Även i Nederländerna används det som instrument för att uppskatta vårdbehov och av tillsynsmyndigheterna för att följa hur många som får behandling jämfört med hur många som borde omfattas. I Estland är det istället en nyckelvariabel för att kunna spåra risk för smittspridning samt för att utforma riktade insatser mot minoriteter.