

Revisionsrapport

Arvika kommun

Granskning av vård, omsorg och stöd för personer med missbruks- och beroendepro- blematik

Lena Brönnert
Lars Näsström

Januari 2014

*- En samgranskning av Lands-
tinget i Värmland och 14 värm-
ländska kommuner*

Innehåll

1.	Sammanfattning och bedömning	2
2.	Inledning	4
2.1.	Bakgrund	4
2.2.	Revisionsfråga	5
2.3.	Revisionsmetod och avgränsning.....	5
2.4.	Revisionskriterier	6
3.	Resultat.....	7
3.1.	Ändamålsenlig styrning.....	7
3.1.1.	Bedömning och rekommendationer	8
3.2.	Ändamålsenliga arbetsformer	8
3.2.1.	Bedömning och rekommendationer	9
3.3.	Ansvarsfördelning	9
3.3.1.	Bedömning och rekommendationer	10
3.4.	Samverkansformer	11
3.4.1.	Bedömning och rekommendationer	11

1. Sammanfattning och bedömning

PwC har genomfört en granskning på uppdrag av revisorerna inom Landstinget i Värmland och kommunerna Arvika, Eda, Filipstad, Forshaga, Grums, Hammarö, Karlstad, Kil, Kristinehamn, Munkfors Sunne, Säffle, Torsby och Årjäng. Revisionsfrågan omfattar om landstinget och kommunerna i Värmland säkerställt att vård, omsorg och stöd för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem fungerar på ett tillfredsställande sätt genom att inrätta ändamålsenliga arbetsformer, samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring.

Vi gör den sammanvägda bedömningen att vård, omsorg och stöd för personer med missbruks- och beroendeproblematik i stort fungerar på ett bra sätt. Vi menar dock att de arbetsformer, samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring som avser Arvika kommun kan stärkas ytterligare för att kvalitetssäkra arbetet. I föreliggande rapport förs fram ett antal punkter med förslag på förbättringsområden.

Det bedöms att den övergripande styrningen bör vara tillräcklig med såväl nationella, regionala samt lokala överenskommelser/riktlinjer. Med tanke på att revideringen av det lokala styrdokumentet ännu inte slutförts bör dock denna uppgift prioriteras av huvudmännen. Med tanke på att ingen utvärdering genomförts av det lokala utbud som finns vore detta också lämpligt för att få ett underlag för kommande utveckling och för prioriteringar.

Det finns kunskap och kompetens för att använda bedömningsinstrument. Att så görs bekräftas vid aktgranskningen.

Abstinensvården i Arvika har en tydlig viljeinriktning mot öppna former. Det har byggts upp en egen verksamhet, Omnibus, som erbjuder insatser baserade på evidensbaserad praktik. Även i de fall behandlingshem behöver användas arbetar man efter inriktningen att det ska finnas en fortsättning i öppna former. Detta speglas i de akter som granskats.

Användningen av en samordnad individuell vårdplanering, SIP, måste uppmärksammas och ett ändamålsenligt arbetssätt utvecklas tillsammans med vårdcentral och psykiatri.

I och med kommunens inställning att inte ta något medicinskt ansvar ger även detta en tydlig ansvarsfördelning.

Att arbeta för att fullfölja ansvarsfördelningen i arbetet och gemensamt hitta konkreta vägar för detta bör vara en prioriterad uppgift. Om det inte anses att beskrivningen av ansvarsfrågan ska gälla bör den i stället arbetas om.

Samverkan på en övergripande nivå fungerar genom olika forum där överenskommelserna diskuteras. Däremot verkar inga diskussioner i mer konkreta termer avseende operativ samverkan förts.

Samverkan kring enskilda personer fungerar inte. Det gör att insatserna för den person som har ett missbruk inte samordnas på ett bra sätt och kan också medföra risker. Dels att nödvändig information inte förs vidare mellan vårdgivarna, men också att de olika vårdgivarna inte har samma inriktning i arbetet. Detta är inte acceptabelt vare sig ur resurssynpunkt som ur den enskildes synpunkt och huvudmännen behöver klara ut ömsesidiga förväntningar och möjligheter.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Enligt socialtjänstlagen har kommunerna skyldighet att förebygga missbruk och att erbjuda missbrukare vård och behandling. Landstinget ska erbjuda god och säker hälso- och sjukvård. Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor och för hela befolkningen.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård¹ gäller medicinska och sociala insatser som ges inom kommunernas socialtjänst och landstingens beroendevård. De ger rekommendationer om åtgärder inom vården, målgrupp samt dokumenterad effekt. Här framhålls även användning av instrument för att avgöra val av insats, behandlingsplanering och uppföljning samt att behandling för personer med både missbruk och annan, främst psykiatrisk sjuklighet, bör samordnas.

Kvalitet i kommunens missbruksvård ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Socialstyrelsens jämförelser visar på stora brister i kommunernas uppföljningar av de egna verksamheterna.

I missbruksutredningen² bedömdes att kommunens och landstingets ansvar för missbruks- och beroendevården måste tydliggöras för att komma tillrätta med samverkansproblem som drabbar såväl den enskilde som vårdens effektivitet. I Socialstyrelsens tillsynsrapport 2013³ konstateras att det förekommer brister i samverkan inom missbruksvården och att det råder oklarheter om ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det senare ledde till de nu förstärkta kraven på samverkan⁴. I såväl socialtjänstlagen som hälso- och sjukvårdslagen anges att kommunen och landstinget ska ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Inom ramen för den samverkan kring gemensamma frågeställningar som revisionen inom Landstinget i Värmland och de värmländska kommunerna har, fattades beslut att göra en granskning av missbruksvården i länet. Revisorerna i samtliga kommuner har inbjudits att delta vilket resulterat i att 14 av länets kommuner deltagit i samgranskningen. I föreliggande rapport redovisas vad som kommit fram i granskningen gällande missbruksvården i Arvika kommun.

¹ Socialstyrelsen: (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.*

² SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende*

³ Socialstyrelsen; *Tillsynsrapport 2013*,

⁴ SoL kap 5 § 9 a, HSL § 8b

2.2. Revisionsfråga

Har Landstinget i Värmland och kommunerna säkerställt att vård, omsorg och stöd fungerar på ett tillfredsställande sätt genom att inrätta ändamålsenliga arbetsformer, samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring?

Granskningsområden

1. Styrning genom avtal och överenskommelser mellan Landstinget i Värmland och berörda kommuner samt Värmlands läns vårdförbund.
2. Styrning genom riktlinjer, instruktioner och direktiv inom landstinget respektive kommunerna samt Värmlands läns vårdförbund som utfärdats respektive enheter samt beslutsinstanser för dessa.
3. Uppföljning inom området och på olika nivåer samt kommunikering av resultatet av uppföljningen.
4. Information som kommuniceras inom och mellan huvudmännen.

2.3. Revisionsmetod och avgränsning

Granskningen ska avse alla verksamhetsformer inom vård, omsorg och stöd för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblematik som förekommer inom landstinget och de deltagande kommunerna, detta omfattar dock inte det stöd som erbjuds inom kommunal verksamhet i form av s.k. serviceinsatser eller förebyggande insatser.

Avstämning med centrala tjänstemän avseende aktuella styrdokument, relevanta övergripande mål (fullmäktigebeslut m.m.), former för uppföljning etc. inom området.

En webbenkät har lämnats till utvalda befattningar/personer i berörda divisioner samt i alla medverkande kommuner för att få underlag inför intervjuer men också för att förankra granskningens genomförande. Personkretsen för webbenkäten har diskuterat med uppdragsgivaren.

Intervjuer har genomförts med nyckelpersoner i landstinget, Värmlands läns vårdförbund samt deltagande kommuner. I Arvika kommun har dessa varit avdelningschef, enhetschef IFO samt missbrukshandläggare.

Styrdokument, instruktioner, och direktiv samt formerna för och innehåll i informationsöverföringen har granskats och analyserats.

Granskning av tio akter inom kommunen har genomförts där beslut fattats om insatser i öppenvård eller om institutionsvård. Fokus i granskningen har varit;

- bedömningar och beslut av enskildas behov av vård och stöd,
- uppföljningar i de enskilda ärendena
- om respektive huvudmans kompetens kommer den enskilde till del
- förekomst av gemensam vårdplanering
- tydlighet i ansvarsgränser mellan huvudmännen

Vid en avslutande workshop med företrädare för de granskande organisationerna har revisionsresultaten förankras med möjlighet till kompletterande faktagranskning och utrymme för komplettering och diskussioner.

De resultat som gäller den totala bilden redovisas i en separat rapport och de kommunspecifika resultaten i egna kommunrapporter.

2.4. Revisionskriterier

De revisionskriterier som använts i granskningen är följande.

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Socialtjänstlagen
- Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården, publicerad av Socialstyrelsen 2007
- Överenskommelse/Styrdokument Missbruks- och beroendevården i Värmland
- Det sex lokala styrdokument som finns för de olika delarna av länet, uppdelat på Östra (Kristinehamn, Filipstad, Storfors), Norra (Torsby, Hagfors, Sunne, Munkfors), Södra (Säffle, Grums), Västra (Arvika, Årjäng, Eda), Centrala I (Kil, Forshaga), Centrala II (Karlstad, Hammarö)

3. Resultat

3.1. Ändamålsenlig styrning

Ett **styrdokument finns för missbruks- och beroendevården i Värmland**⁵ som gäller för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter för personer med missbruks- och beroendeproblematik från 18 års ålder. De utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, reglerar roller och samverkan mellan parterna.

Överenskommelsen är godkänd av Landstingstyrelsen och Värmlands läns vårdförbundet och klargör att landstinget och vårdförbundet ska samverka på länsövergripande och lokal nivå och erbjuda evidensbaserade vård- och behandlingsinsatser. Individens behov av insatser ska organiseras så att denne inte hamnar mellan olika ansvarsområden. Överenskommelsen ska utgöra ett underlag för lokala överenskommelser mellan huvudmännen.

På länsnivå ska en partsgemensam organisation för styrning och ledning skapas och bidra till samordning av länsövergripande resurser, politisk medvetenhet på länsnivå och till rollfördelning mellan länsövergripande verksamheter och övrig verksamhet som bedrivs.

Enligt styrdokumentet ska det finnas lokala överenskommelser som tydliggör samverkan och roller, verkar för politisk medvetenhet och delaktighet, främjar utarbetade av lokal vårdkedja, brukarmedverkan och uppföljningssystem både på individ- och gruppnivå. Överenskommelsen reglerar även vilken kunskap som ska finnas hos personal som möter patienter/klienter. Landstingets respektive kommunens ansvar regleras samt vad som är ett gemensamt ansvar. Detta såväl mellan huvudmännen som mellan landstingets olika enheter.

Den länsövergripande styrgruppen för beroendecentrum har huvudansvaret för implementering och uppföljning av överenskommelsen.

Överenskommelsen ska följas upp vartannat år av huvudmännen. Den uppföljning som gjorts innebär främst en revidering av kontaktuppgifter.

Det lokala styrdokumentet⁶ omfattar vårdcentraler, öppenvårdspsykiatri och socialtjänsten. Detta visar att det ska finnas former för ett samlat ansvarstagande för personer som har behov av insatser från fler aktörer. Det tydliggör huvudmännens ansvarsgränser och hos vilken huvudman olika typer av problematik hos enskilda ska mötas samt vad som då sker där.

Dokumentet innehåller också en handläggningsanvisning som reglerar agerande för prevention och tidiga insatser, bedömning och dokumentation samt olika behandlingsalternativ hos vårdcentralerna, socialtjänsten och den psykiatriska öppen-

⁵ Överenskommelse/Styrdokument Missbruks- och beroendevården i Värmland.

⁶ Lokala riktlinjer för missbruks- och beroendevården i Arvika, Eda och Årjäng.

vårdsmottagningen. Kontaktuppgifter inom respektive kommun och verksamhet har också samlats i dokumentet.

Arbetet med att revidera dokumentet pågår men har inte slutförts.

De gemensamma riktlinjer som tagits fram för arbetet har socialnämnden beslutat om och enhetschefen har varit med i arbetet med att ta fram dessa. De försöker nu få med sig även de närliggande kommunerna Grums, Säffle och Årjäng i sin grupp för att vara fler i diskussioner om utvecklingsarbete. I arbetet med de lokala riktlinjerna har en av socialsekreterarna deltagit.

I och med riktlinjerna menar kommunen att gränserna mellan huvudmännen har tydliggjorts precis som ansvarsområden och kontaktvägar. Från förvaltningen hävdas att gällande överenskommelser är kända.

Från förvaltningens sida uppges att man inte har någon direkt behovsdiskussion med politiken och att budgetering i allmänhet sker efter tidigare medelstilldelning.

Varje månad ges en ekonomisk uppföljning samt volymredovisning till utskottet. Uppföljning av kvalitet och resultat av arbetet görs inte på något strukturellt sätt, exempelvis att jämföra sig med liknande kommuner. 2013 är första året på ett tag med en positiv budgetprognos avseende missbruksvården. Kommunen har en högre kostnad per invånare (429 kr/inv) än jämförbara kommuner (399 kr/inv).⁷

Från förvaltningen menar man att de resurser som behövs inom missbruksvården i dagsläget i stort är tillräckliga. Tankar om tillkommande behov är ett drogfritt boende samt ett team som kan stödja missbrukare i det egna boendet. Att bättre kunna erbjuda sysselsättning för de som kommer från olika former av behandling är också ett önskemål.

3.1.1. Bedömning och rekommendationer

Det bedöms att den övergripande styrningen bör vara tillräcklig med såväl nationella, regionala samt lokala överenskommelser/riktlinjer.

Att slutföra revideringen av det lokala styrdokumentet bör prioriteras av huvudmännen.

Med tanke på att ingen utvärdering genomförts av det lokala utbud som finns vore detta lämpligt för att få ett underlag för kommande utveckling och för prioriteringar.

3.2. Ändamålsenliga arbetsformer

I Arvika är det tre handläggare som arbetar med missbruksrelaterade frågor, vuxenavdelningen. I övrigt finns avdelningar för barn/familj, familjerätt, ekonomi samt budget/skuldrådgivning. Det betyder att det till viss del är en specialisering inom arbetet vilket gör en möjlighet för handläggare att fördjupa sig och ta ett större ansvar i specifika frågor.

⁷ Enligt kommun- och landstingsdatabasen Kolada, vilket tar fram sju jämförbara kommuner utifrån ifo-struktur.

Som intern kommunresurs finns en öppenvårdsresurs, Omnibus, som används ofta i arbetet, såväl före som efter behandling. Inom ramen för verksamheten erbjuds ett komplett behandlingsprogram enligt den s.k. 12-stegsmetoden. Kommunen menar att Omnibus är en tydlig strategisk satsning. Om insatser börjar på ett behandlingshem så genomförs alltid del 2 i behandlingen på hemmaplan.

Under ca 20 år har Omnibus funnits, arbetet ändrades något i samband med Nationella handlingsplanen. I dag arbetar där två drogterapeuter.

De vanligaste insatserna är råd- och stöd av socialsekreterare, sedan Omnibus – det egna öppenvårdsalternativet – följt av Beroendecentrum och sedan andra behandlingshem. Boendestöd uppges också vara en vanlig insats. Avseende abstinensvård vill kommunen att det i första hand ska ske polikliniskt, om detta inte går uppges att den inledande resursen som används är Beroendecentrum.

Ett nytt projekt som drivs inom psykiatrin, Muraren, som vänder sig till unga vuxna 18-29 år, upplevs som lovande. Det syftar till att ge en ökad tillgång till psykiatrin för bedömningar och det kommer även att finnas möjlighet till KBT-behandling. Verksamheten utgår från Arvika.

Den kompetens som anges i riktlinjerna uppfylls bland handläggarna och de bedömningsinstrument som anges används. I utredningarna tas dessa med som en del och beslutsförslag presenteras utifrån dessa. Aktgranskningarna bekräftar detta.

Det uppges att verktygen är viktiga utifrån en likabehandling av klienterna. De ska bedömas utifrån samma utgångspunkt. Att ha gemensamma verktyg innebär också samma begrepp och samma utgångspunkter i hela vårdkedjan, kommun - landsting - Beroendecentrum.

Genomförd aktgranskning visar generellt tydliga planer i öppenvård. I de fall behandlingshem beslutas övervägs alternativ i utredningarna. Bedömningsinstrument används frekvent, antingen i egen regi eller vid vistelser på behandlingshem. Vidare framgår att många kontakter tas med landstinget för diskussion.

3.2.1. Bedömning och rekommendationer

Det finns kunskap och kompetens att använda bedömningsinstrument. Att så görs bekräftas vid aktgranskningen.

Abstinensvården i Arvika har en tydlig viljeinriktning mot öppna former. En egen verksamhet har byggts upp, Omnibus, som erbjuder insatser baserade på evidensbaserad praktik. Även i de fall behandlingshem behöver användas arbetas efter inriktningen att det ska finnas en fortsättning i öppna former. Detta speglas i de akter som granskats.

3.3. Ansvarsfördelning

En central del i såväl lagstiftningen som de regionala och lokala överenskommelserna är att genomföra gemensamma individuella vårdplaner, SIP. Tanken med

dessa är att de instanser som har en del av ansvaret kring den enskilde, eller borde ha, ska delta i arbetet med att samordna insatserna kring den enskilda.

Kommunen uppger att det aldrig hänt att initiativ till en SIP kommit från vare sig psykiatri eller vårdcentral. Detta är synd eftersom det är en viktig samordning genom att det formuleras och tydliggörs vad parterna gör/ska göra. Det som kan vara ett problem är av administrativ art, att kunna sammankalla intressenterna.

När det har genomförts SIP är erfarenheterna att de varit bra. Ett resultat har varit att psykiatri någon gång tagit ett betalningsansvar för del av behandling.

Kommunen uppger sig inte ta något som helst medicinskt ansvar, vare sig för Antabus eller för annan medicinering. Att ex vis arbeta efter ett Antabusschema menar man är vårdcentralens ansvar. Kommunens ansvar är att stötta personen, ex vis MI-samtal eller vidare till Omnibus.

Abstinensvården vill man i första hand att den ska ske polikliniskt, det framhålls att det dock är svårt att få med läkarna på detta och att det verkar mycket bero på personligt intresse hur det blir. De har försökt informera vårdcentralen mer för att få med dom i arbetet. Kommunen har informerats om att det nu på vårdcentralen bildats ett beroendeteam bestående av 2 sjuksköterskor och 3 läkare.

Vid samtal med vårdcentralen Verkstaden framkommer att ett arbete med att utveckla det egna arbetssättet kring missbruk samt förbättra samverkan med socialtjänsten påbörjats under hösten. Ett led i det har varit att utveckla en egen stödresurs genom ovan nämnda team. Det har också bildats en lokal nätverksgrupp med representanter från vårdcentralen, kommunen och psykiatri för att påbörja diskussionen om hur samverkan lokalt ska ske kring olika målgrupper.

När det gäller efterlevnaden av riktlinjerna och samverkan framför kommunen kritik. När det gäller samsjuklighet pekar riktlinjerna på att behandling ska ske samtidigt och integrerat i samverkan samt att det ställer krav på integrerade insatser. I sammanhanget hävdas att de väntetider som finns på utredning inom psykiatri, upp till 2 år, samt kraven på nykterhet/drogrfrihet lätt blir destruktivt. Socialtjänsten kan i det läget förvisso bevilja vistelse på behandlingshem, men det hjälper inte under väntetiden. Då det inte blir en samordnad insats beskrivs att det för den enskilde ofta blir en ohållbar situation.

I de fall en utredning kommit till stånd har det fortsatta arbetet i allmänhet fungerat väldigt bra.

3.3.1. Bedömning och rekommendationer

Användningen av en samordnad individuell vårdplanering, SIP, måste uppmärksammas och ett ändamålsenligt arbetssätt utvecklas tillsammans med vårdcentral och psykiatri.

I och med kommunens inställning att inte ta något som helst medicinskt ansvar ger även detta en tydlig ansvarsfördelning.

Att arbeta för att fullfölja ansvarsfördelningen i arbetet och gemensamt hitta konkreta vägar för detta bör vara en prioriterad uppgift. Om inte ansvarsfrågan ska gälla enligt överenskommelsen bör den i stället arbetas om. Speciellt angeläget är det att utveckla arbetet avseende personer som bedöms ha en samsjuklighet.

3.4. Samverkansformer

På ett övergripande plan träffas socialcheferna i länet och landstingets divisionschefer ett par gånger per termin för ömsesidig diskussion och erfarenhetsutbyte.

I Arvika träffas socialtjänsten och verksamhetscheferna för vårdcentralerna samt för psykiatrin vid några tillfällen per år för att diskutera lösningar och förbättringar för olika frågor. Bland annat var ett av samarbetena att arbeta fram de lokala riktlinjerna. Vid dessa träffar deltar även företrädare för Värmlands Läns Vårdförbund som uppdaterar med information kring nyheter och vad som är på gång inom missbruks- och beroendevården. Även representanter från socialtjänsten i Årjängs kommun och Eda kommun deltar.

Kring enskilda ärenden menar kommunen att arbetet tillsammans med landstinget inte sker på ett strukturerat sätt. När det gäller psykiatrin beskrivs att samverkan fungerar från fall till fall och bl a beror på vem som jobbar inom verksamheten och hur denne uppfattar ansvarsområdet. Kontaktvägarna känns röriga och lite ad hoc. Kontakterna fungerar dock bättre när det gäller personer som psykiatrin är kända med. Då tar personal inom psykiatrin ibland själva kontakt med kommunen när de känner att de inte själva kan göra mer för sin patient.

Samverkansdiskussioner på operativ nivå, dvs hur samverkan rent praktiskt ska gå till i enskilda ärenden, påbörjades under hösten. Då bildades en nätverksgrupp på chefsnivå med representanter från vårdcentralen, kommunen och psykiatrin för att påbörja diskussionen om hur samverka kring olika målgrupper ska ske lokalt.

Kommunens ambition avseende abstinensbehandling är att den i första hand ska ske i öppen vård med poliklinisk medicinsk hjälp. Här har man inte lyckats få med vårdcentralen i detta arbete. Från kommunens sida bedöms att 25-30 % av abstinensvården skulle kunna ske polikliniskt.

I syfte att stärka kontakterna med vårdcentralen har socialtjänsten erbjudit att socialsekreterare ska kunna finnas tillgänglig på vårdcentralen 1 timme/vecka för kontakt och råd till landstingets personal. Detta erbjudande har det ännu inte getts någon respons på. Det framförs att det vore värdefullt om alla kunde lära sig mer om varandras arbetssätt och organisationer.

3.4.1. Bedömning och rekommendationer

Samverkan på en övergripande nivå fungerar genom träffar i olika forum där diskussioner kan föras om överenskommelserna. Däremot verkar diskussioner i mer konkreta termer avseende förutsättningarna för den operativa samverkan inte förts.

Samverkan kring enskilda personer fungerar inte. Det gör att insatserna för den person som har ett missbruk inte samordnas på ett bra sätt och kan också medföra risker. Dels att nödvändig information inte förs vidare mellan vårdgivarna, men

också att de olika vårdgivarna inte har samma inriktning i arbetet, ibland kanske till och med ger motstridiga budskap. Detta är inte acceptabelt vare sig ur resurssynpunkt som ur den enskildes synpunkt och huvudmännen behöver klara ut ömsesidiga förväntningar och möjligheter.

4 februari 2014

Lena Brönnert

Projektmedarbetare

Lars Näsström

Uppdragsledare