

Revisionsrapport

Granskning av vård, omsorg och stöd för personer med missbruks- och beroende- problematik

Januari 2014
Lena Brönnert
Lars Näsström

Karlstad kommun

*- En samgranskning av
Landstinget i Värmland och
14 värmländska kommuner*

Innehåll

1.	Sammanfattning	2
2.	Inledning	3
2.1.	Bakgrund	3
2.2.	Revisionsfråga	4
2.3.	Revisionsmetod och avgränsning	4
2.4.	Revisionskriterier	5
3.	Resultat.....	6
3.1.	Ändamålsenlig styrning.....	6
3.2.	Ändamålsenliga arbetsformer	7
3.3.	Ansvarsfördelning	9
3.4.	Samverkansformer	10

1. *Sammanfattning*

PwC har 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 granskat att nämnderna säkerställt att vård, omsorg och stöd för personer med missbruks- och beroendeproblematik fungerar på ett tillfredsställande sätt. Detta genom att inrätta ändamålsenliga arbetsformer, samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring.

Granskningen visar att missbruksvården i hög grad regleras av de dokument som upprättats tillsammans med landstinget. De ger direktiv och vägledning på en övergripande nivå och på en konkret verksamhetsnivå. Styrningen uppfattas som förankrad i verksamheten. Det förekommer dock att innebörden inte alltid tolkas likartat, vilket bör säkerställas. Vi rekommenderar även att former för att kontinuerligt utvärdera arbetssättets resultat utformas.

Bedömningsinstrumentet ASI används i mindre omfattning till följd av framförallt en pressad arbetssituation. Verksamheten bör ges förutsättningar att följa de direktiv som ges.

Granskningen visar tillgång till evidensbaserade insatser men en vårdkedja begränsas av avsaknad av boendialternativ vilket kan medföra att planerad vård inte kan genomföras.

Uppföljning på individnivå sker kontinuerligt, dock utan stöd i en tydlig vårdplanering, vilket bör ses över. Verksamheten följs genom framförallt budgetutfall och genom att följa ett antal nyckeltal. Det har inte framkommit att de finns former för att generellt följa upp utfall vid olika insatstyper.

Vi ser behov av att bättre förankra rutiner för att upprätta samordnad individuell planering för att säkerställa att huvudmännens samlade kompetens kommer klienten till del vid utformande av lämpligt stöd och vård.

Granskningen visar brister vid behandling av samsjuklighet. Vi rekommenderar att förutsättningarna ses över av huvudmännen gemensamt.

Samverkanforum finns på en övergripande nivå där syftet är tydligt. Vi rekommenderar att detta bättre kan utnyttjas för att planera och utveckla missbruks- och beroendevården. En struktur saknas för samverkan på individnivå.

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 Karlstad 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 beroendeproblem 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 Karlstad har dessa varit socialchef, avdelningschef vuxen, enhetschef myndighet, verksamhetsutvecklare och handläggare.

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.

3. Resultat

3.1. Ändamålsenlig styrning

Ett styrdokument finns för missbruks- och beroendevården i Värmland⁵ 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 och reglerar roller och samverkan mellan parterna.

Överenskommelsen är godkänd av Landstingstyrelsen och Vårdförbundet. Den 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 och rollfördelning mellan verksamheter som bedrivs.

En lokal överenskommelse ska tydliggöra samverkan och roller, verka för politisk medvetenhet och delaktighet, utarbetande av lokal vårdkedja, brukarmedverkan och uppföljningssystem både på individ- och gruppnivå. Det gemensamma ansvaret samt ansvar hos landstingets enheter och i kommunen regleras i dokumentet.

Rutiner ska finnas för ett samlat ansvarstagande för personer som har behov av insatser från flera aktörer. Överenskommelsen reglerar även vilken kunskap som ska finnas hos personal som möter patienter/klienter.

Överenskommelsen ska följas upp vartannat år av huvudmännen. Detta görs framförallt i form av en revidering av dokumentet vilket framförallt innefattar att uppdater kontaktuppgifter. Det har inte framkommit att överenskommelsen följs upp avseende i vad mån den följs och vilka resultat arbetssättet leder till.

Den lokala överenskommelsen⁶ reglerar samverkan mellan allmänmedicin⁷, psykiatriska öppenvården⁸ samt socialtjänsten⁹. Den visar verksamheternas ansvar vad gäller upptäckt, rådgivning, utredning och behandling. Vid intervjuerna inom socialtjänsten framkommer att det lokala dokumentet är känt liksom rekomen-

⁵ Överenskommelse/Styrdokument Missbruks- och beroendevården i Värmland Giltig tom 2016-02. Reviderad 2013-02-20.

⁶ Vårdcentraleran i Karlstad, Psykiatriska öppenvården Karlstad, Arbetsmarknads- och socialförvaltningen Karlstad: *Styrdokument socialtjänst och hälso- och sjukvård för personer med riskbruk, skadligt bruk och beroende i Karlstad*. Reviderat 2012-03-30.

⁷ Allmänmedicinsk mottagning, mödra- och barnhälsovård, ungdomsmottagning och familjecentral i Karlstad

⁸ Allmänpsykiatrisk mottagning, behandlings- och rehabiliteringsenhet, psykosenhet och lokal beroendeenhet) i Karlstad

⁹ Försörjningsstöd, barn och familj, socialpsykiatri, missbruks- och beroendevård) i Karlstad

dationerna i de Nationella riktlinjerna. Man beskriver svårigheter att ibland förstå fördelningen mellan den kommunala psykiatrin och landstingets ansvar. Internt inom kommunen upplever handläggarna att den kommunala missbruksvården förväntas ta allt ansvar om ett missbruk finns med i bilden. Det förekommer att vuxenvårdens personal, i enlighet med det vad som sägs i dokumentet, ses som resurs för att konsulteras från andra enheter inom kommunen.

Ett **flödesschema**¹⁰ finns som beskriver ansvarfördelning mellan vårdcentral, socialtjänsten och den psykiatriska öppenvården för prevention, tidiga insatser, utredning, bedömning, planering och provtagning.

En av **kommunens övergripande mål** är att kommuninnevånarnas hälsa ska bli bättre. I fråga om insatser mot missbruk har detta framförallt fokus på det drogförebyggande arbetet i yngre åldrar. En kommunövergripande folkhälsostراتيجية innebär ett fokus på att utveckla ett samarbete mellan kommunens förvaltningar gällande det drogförebyggande arbetet.

Vid intervjuerna framkommer att en politisk ambition är att minska externa placeringar för att i stället i högre grad ge missbruksvård på hemmaplan. Nämnden följer verksamheten månadsvis framförallt gällande budgetutfall och nyckeltal, exempelvis antalet placeringar. De svårigheter som beskrivs är sammankopplade med brist på bostäder i kommunen vilket kan bli ett hinder för att erbjuda vård.

Bedömning och rekommendationer

Den kommunala missbruksvården regleras i hög grad i de dokument som upprättats tillsammans med landstinget avseende ansvarsgränser, arbetsformer och samverkan. Detta ger direktiv och vägledning på en övergripande nivå och på en konkret verksamhetsnivå. Styrningen uppfattas som förankrad i verksamheten.

Uppföljning av denna styrning har till hög grad inneburit en revidering av dokumenten gällande kontaktuppgifter. Resultat av arbetssätt och samverkan som regleras har inte följts upp. Vi rekommenderar att former för att kontinuerligt utvärdera arbetssättets resultat utformas.

Utöver detta finns en politisk ambition i kommunen att arbeta hälsofrämjande, framförallt genom ett uppsökande och drogförebyggande arbete riktat till yngre åldrar.

3.2. Ändamålsenliga arbetsformer

Den lokala överenskommelsen beskriver kompetenskrav gällande bedömningar, riskområden som särskilt ska beaktas och att bedömningsinstrument kunna användas av personal hos huvudmännen. Vid intervjuerna framkommer att handläggarna inte hinner utföra utredningarna med stöd av ASI. Det är heller inte lämpligt att genomföra ASI-intervju hos samtliga, exempelvis personer med funktionsnedsättning eller som har en psykisk ohälsa, menar de. Handläggarna uppger att arbetsgi-

¹⁰ Handläggning av missbruks- och beroendevård division allmänmedicin, socialtjänsten samt division psykiatri

varens ambition är att regelbundet tillgodose utbildningsbehov för att kunna använda ASI. Aktgranskningen visar att bedömningsinstrument används i liten utsträckning.

Inom den kommunala öppenvården eftersträvas olika former av behandlingsinsatser som är evidensbaserade. Drogteststickor vid behov av snabba svar kan användas inom socialtjänsten i samband med utredning, vid insatser och vid önskemål, vilket bekräftas vid intervjuerna. Den egna öppenvården hjälper ofta till vid medicintilldelning.

Vid behov av institutionsbehandling följs i första hand ett ramavtal. Intervjuerna påvisar svårigheter att ge insatser till en mera utsatt grupp som utöver missbruksproblem är hemlösa, ibland har ett behov av omsorg och där motivationen till förändring sviktar. Man efterfrågar också ytterligare insatser för att möjliggöra en bra utslussning efter placering.

Beroendecentrum ansvarar för abstinensbehandling i slutenvård. Verksamheten erbjuder medicinsk abstinensbehandling, samt psykiatriska och psykosociala bedömningar. Vård ges efter bedömning och beslut inom socialtjänsten som därmed även ansvarar för dygnskostnaden. Vid intervjuerna framkommer att det ibland är kö till verksamheten samt att det ofta finns svårigheter att akut få tillgång till en plats. Detta resulterar i att även extern abstinensbehandling används, vilken även beskrivs som mera flexibel. Den psykiatriska öppenvården erbjuder abstinensbehandling av alkohol i öppenvård när det finns en psykiatrisk sjukdom i problembilden.

Uppföljning på individnivå sker kontinuerligt, enligt intervjuerna. Vid öppenvård görs den ofta tillsammans med utföraren och/eller med annan huvudman och med den som berörs. Aktgranskningen visar brister gällande en tydlig vårdplanering där också en plan för uppföljning saknas.

Det finns idag inga rutiner för att översiktligt följa utfall av specifika insatser.

Bedömning och rekommendationer

Bedömningsinstrumentet ASI används i mindre omfattning till följd av framförallt en pressad arbetssituation. Verksamheten bör ges förutsättningar att följa de direktiv som ges.

Det finns tillgång till öppenvård som eftersträvar evidensbaserade metoder. Tillgång till institutionsvård finns avtalad. Begränsning av boendialternativ kan medföra ett hinder för att genomföra planerad vård.

Enligt det länsövergripande dokumentet ska uppföljningssystem finnas såväl på grupp- som individnivå. Uppföljning på individnivå sker kontinuerligt dock utan stöd i en tydlig vårdplanering. Det har dock inte framkommit att det finns former för att följa hur de insatser som tillämpas visar resultat.

3.3. Ansvarsfördelning

Socialtjänsten ska enligt den lokala överenskommelsen genomföra utredning och bedömning av vårdbehov samt planera och genomföra insatser. Allmänmedicin ska erbjuda polikliniks avgiftning. Den vårdgivare som startat en medicinering ska primärt ansvarar för att försöka avsluta denna. Den psykiatriska öppenvården ska erbjuda utredning och ställningstagande till eventuell behandling. För personer med komplexa vårdbehov/samsjuklighet på grund av psykisk störning och missbruk finns ett uppdrag av att utreda, diagnostisera och behandla. Konsultation och kompetensstöd i enskilda ärenden erbjuds vårdgrannarna. Ett samlat ansvarstagande ska finnas för personer som har behov av insatser från flera aktörer.

Vid intervjuerna framkommer att den lokala överenskommelsen uppfattas ge stöd för ansvarsgränser mellan huvudmännen. Det framkommer dock att innehåller i överenskommelsen inte alltid tolkas lika av de olika huvudmännen.

När det finns behov av insatser från den andra huvudmannen ska en kontakt skyndsamt initieras för att påbörja arbete med SIP (samordnad individuell plan). Från socialtjänstens sida uppfattar man att rutinen är dåligt implementerad hos landstingspersonalen men också att rutinen inte följs pga av en pressad arbetssituation. Den efterfrågas framförallt i ärenden där det finns svårigheter att få med de parter som bedöms kunna vara aktuella, enligt handläggarna. Trots att aktgranskningen visar en hög grad av allvarlig psykisk ohälsa som i flera fall inneburit inläggning speglar inte akterna samverkan eller initiativ till samverkan kring brukaren.

Vad gäller samsjuklighet säger överenskommelsen att socialtjänsten ska, med klientens samtycke, omedelbart ta kontakt med allmänmedicin eller psykiatriska öppenvården för bedömning och vice versa. Behandlingen för båda problemen bör ske samtidigt och i samordnade former. Socialtjänsten menar att psykiatriska öppenvården ofta hänvisar till allmänmedicin eller socialtjänsten då de menar att missbruket ska behandlas först. Vid intervjuerna framkommer även att det finns kö till den psykiatriska öppenvården, vilket innebär att väntan på stöd kan bli orimligt lång. Det kan också finnas ett motstånd hos den enskilde att ta emot stöd från psykiatri vilket då innebär ett hinder för samverkan.

Bedömning och rekommendationer

Samverkansöverenskommelsen visar en tydlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen. Det förekommer dock att innebörden inte alltid tolkas likartat.

Vi ser behov av att bättre förankra rutiner för att upprätta samordnad individuell planering när insatser behövs från båda huvudmännen. Det bör tillses att denna rutin också innebär att huvudmännens samlade kompetens kommer klienten till del vid utformande av lämpligt stöd och vård.

Granskningen visar att överenskommelsen inte följs vid samsjuklighet, vilket då även innebär att de nationella riktlinjerna för missbruksvård inte följs. Orsaker som framkommit är dålig implementering men även en pressad arbetssituation inom landstingets verksamheter.

3.4. Samverkansformer

En länsövergripande styrgrupp där politiska representanter från Värmlands läns Vårdförbund, landstinget samt chefstjänstemän för beroendecentrum, har huvudansvaret för implementering och uppföljning av överenskommelsen/styrdokumentet.

För övergripande frågeställningar träffas ledningspersonal från landsting och socialtjänst två till tre gånger per termin för informationsöverlämning, men också för diskussioner kring specifika samverkansfrågor. Frågeställningar från handläggarna kan lyftas då otydligheter finns. Forumets syfte beskrivs som tydligt vid intervjuerna, men skulle bättre kunna användas för att utveckla samverkan, enligt intervju med handläggarna. Det framkommer också att kontinuiteten i forumet störs av personalomsättning vilket innebär att deltagarna byts.

Vid intervjuerna framkommer att samverkanforum där individärenden kan diskuteras inte finns.

Det framkommer också att informella kanaler ofta är viktiga för att nå samverkan. Personliga relationer är värdefullt för att nå en bra samverkan, enligt intervjuerna.

Bedömning och rekommendationer

Ett övergripande samverkanforum finns med ett tydligt syfte. Cheferna har ett uppdrag att föra informationen vidare i verksamheten. Det framkommer att dessa bättre kan utnyttjas för att planera och utveckla missbruks- och beroendevården.

En struktur saknas för samverkan på individnivå. Det sker idag genom initiativ från handläggaren utifrån behov som framkommer vid utredningen och är i viss mån personbunden.

Vi rekommenderar att de samverkansforum som finns kring överenskommelsen utnyttjas för att åtgärda/förbättra svårigheter som kan framkomma men också för att säkerställa att personer med missbruks-/beroendeproblematik inte faller mellan stolarna.

4 februari 2014

Lena Brönnert

Projektmedarbetare

Lars Näsström

Uppdragsledare

