

# Revisionsrapport

*Säffle 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

<b>1.</b>	<b>Sammanfattning och bedömning .....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>4</b>
2.1.	Bakgrund .....	4
2.2.	Revisionsfråga .....	5
2.3.	Revisionsmetod och avgränsning.....	5
2.4.	Revisionskriterier .....	6
<b>3.</b>	<b>Resultat.....</b>	<b>7</b>
3.1.	Ändamålsenlig styrning.....	7
3.1.1.	Bedömning och rekommendationer .....	8
3.2.	Ändamålsenliga arbetsformer .....	9
3.2.1.	Bedömning och rekommendationer .....	9
3.3.	Ansvarsfördelning .....	10
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 tillfredsställande sätt. Vi menar dock att de arbetsformer, samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring som avser Säffle kommun behöver stärkas ytterligare för att kvalitets-säkra 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. Samverkan på en övergripande nivå fungerar genom olika forum där överenskommelserna diskuteras. Där- emot verkar inga diskussioner i mer konkreta termer avseende operativ samverkan förts. Diskussioner kring samverkan kring enskilda finns i ett gemensamt forum.

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

Den specialiserade kommunala organisationen för arbetet med missbrukare be- döms innebära en sårbarhet vid frånvaro eller behov av nyrekrytering. Kommunen bör överväga hur sårbarheten i organisationen kan minska. Samlokaliseringen med alkoholpolikliniken kan innebära att kompetensen kring missbruksarbete i alltför hög grad koncentreras och att hänsyn inte tas i tillräckligt hög grad till missbruks- frågorna i annat socialt arbete.

Användningen av den egna öppenvårdsresursen är tydlig och positiv så tillvida att insatser kan ges på hemmaplan.

Användningen av bedömnings- och screeningsinstrumenten måste säkerställas. Om dessa inte ska användas bör i stället detta strykas ur överenskommelsen eller att kraven på användning ändras. Användningen av en samordnad individuell vårdpla- nering, SIP, måste uppmärksammas och ett ändamålsenligt arbetssätt utvecklas tillsammans med vårdcentral och psykiatri.

Det ansvar som kommunen tar för medicinhantering bedöms omfattande och bör diskuteras mellan huvudmännen utifrån risk, lämplighet och kompetens.

Den läkarmedverkan i arbetet som bedöms nödvändig kan inte baseras på nuvarande mer intressebaserade grund utan måste säkerställas där uppgift och ansvar klargörs.

Den utveckling avseende samverkan med primärvården som refereras är positiv och bli en viktig grund för en ännu bättre missbruksvård.

Den samverkan som utvecklats med Åmål är positiv då det innebär att insatser kan erbjudas som inte vore möjligt om kommunen ensam skulle stå för uppbyggnaden.

## 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 beroendevård<sup>1</sup> 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. Bara 38 procent av kommunerna har gjort undersökningar om hur klienterna uppfattar och upplever vården de erbjuds.

I missbruksutredningen<sup>2</sup> 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 2013<sup>3</sup> 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 samverkan<sup>4</sup>. 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 Säffle kommun.

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

<sup>2</sup> SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende*

<sup>3</sup> Socialstyrelsen; *Tillsynsrapport 2013*,

<sup>4</sup> 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 kommunicering 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 Säffle kommun har dessa varit socialchef, avdelningschef IFO, missbrukshandläggare samt kurator vid Alkoholpolikliniken.

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**<sup>5</sup> 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 Landstingsstyrelsen och 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 styrdokumentet**<sup>6</sup> 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

<sup>5</sup> Överenskommelse/Styrdokument Missbruks- och beroendevården i Värmland

<sup>6</sup> Lokala riktlinjer för missbruks- och beroendevården i Säffle kommun.



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

Dokumentet har reviderats under 2013, dock menar kommunens företrädare att detta inte gjorts med en acceptabel medverkan från övriga parter.

Vid intervjuerna inom socialtjänsten framkommer att det lokala dokumentet är känt inom alkoholpolikliniken liksom rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Chefen för individ- och familjeomsorgen i Säffle har varit med i det övergripande arbetet med riktlinjer och kurator inom alkoholpolikliniken i framtagandet av de lokala riktlinjerna. Dokumentet är antaget av socialnämnden.

Verksamhetens behov anges inte riktigt vara grunden för budgeteringen, det uppges bli mer kring vad man har än vad som behövs. Kommunen har en lägre kostnad per invånare (243 kr/inv.) än jämförbara kommuner (346 kr/inv.).<sup>7</sup>

I den egna analysen kan man se att det är en ökad kostnad för unga vuxna och att dessa behov inte klaras med befintliga hemmaplanslösningar. Det som behövs för framtiden är ett boende för vuxna missbrukare inklusive viss sysselsättning. För 2013 prognosticeras ett underskott för verksamheten. Detta anges främst ha sin grund i kostnadskrävande placeringar av unga vuxna med samsjuklighet där kommunen fått bära hela det ekonomiska ansvaret. Ur kommunens synpunkt har inte medverkan från landstingets psykiatri varit i enlighet med vad som önskats.

Redovisning av ekonomin görs kvartalsvis till socialnämnden. Verksamheten redovisas i samband med delårs- och helårsbokslut.

Verksamheten har inte utvärderats utan beskrivs enbart avseende volym. Nu har dock universitetet kopplas in på frågan för att på ett djupare sätt beskriva verksamheten.

Det uppges att det nästan uteslutande är Beroendecentrum som är den institution som används vid abstinensbehandling och det uppges att det är bra att använda en gemensam och offentlig resurs. Beroendecentrum uppfattas som neutral och jobbet där är evidensbaserat. Dock framförs att det är för jobbiga inskrivningsrutiner.

### **3.1.1. Bedömning och rekommendationer**

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

Vid en revidering av styrdokument är det väsentligt att samtliga parter prioriterar arbetet. Endast vid allas deltagande kan viktiga synpunkter komma fram och forma kommande överenskommelser. Huvudmännen bör slå fast på vilket sätt sådana uppgifter ska slutföras samt vilka som ska delta.

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

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

### **3.2. Ändamålsenliga arbetsformer**

I Säffle finns en alkoholpoliklinik där det kommunala arbetet kring missbruksvården koncentrerats. Härifrån utgår såväl missbrukshandläggare avseende myndighetsutövningen som den öppna verksamheten på en mottagning. Den innehåller en kurator, tillika samordnare av verksamheten, en sjuksköterska samt boendestödare. Till den öppna mottagningen söker den enskilde själv och det görs ingen registrering eller utredning där.

Vid alkoholpolikliniken arbetar en kurator med behandling riktad mot enskild eller i grupp. Sjuksköterskan jobbar också med samtal men även med utdelning av Antabus, provtagning, akupunktur, medicinering (tablettnertrappning).

Om det bedöms att klienten är i för dåligt skick användes Beroendecentrum i första hand vid abstinensvård. Från alkoholpolikliniken upplevs att Beroendecentrum har en krångligare inskrivning än vid andra placeringar och inte helt uppdaterade kompetensmässigt. Men det finns en känsla av lite tryggare närhet. Beroendecentrum upplevs dock som lyhörda för återkoppling.

Inom socialtjänsten uppges att bedömningsinstrument används till viss del, beroende på hur behovet bedöms. Då det mesta som genomförs är i öppna former används dock dessa sparsamt eftersom man menar att dessa inte är kopplat till öppen vård eller att de själva söker hjälp och bedömningsinstrumenten inte är anpassade till det.

Kompetensen bland övriga handläggare, utanför alkoholpolikliniken, när det gäller bedömningsinstrument, uppges inte vara så bra.

I den aktgranskning som genomförts har inte någon gemensam vårdplan kunnat härledas utom vid något tillfälle. Att man använt något av de bedömningsinstrument som omnämns i riktlinjerna framgår också vid något tillfälle.

#### **3.2.1. Bedömning och rekommendationer**

Den specialiserade organisationen för arbetet med missbruksfrågor bedöms innebära en sårbarhet vid frånvaro eller behov av nyrekrytering. Kommunen bör överväga hur sårbarheten i organisationen kan minska. Samlokaliseringen av socialsekreterare med alkoholpolikliniken kan innebära att kompetensen kring missbruksarbete i alltför hög grad koncentreras och att hänsyn till missbruksfrågorna i annat socialt arbete inte tas i tillräckligt hög grad.

Användningen av den egna öppenvårdsresursen är tydlig och positiv så tillvida att insatser kan ges på hemmaplan.

Användningen av bedömnings- och screeningsinstrument måste säkerställas. Om dessa inte ska användas bör i stället detta strykas ur överenskommelsen eller att kraven på användning ändras. AUDIT/ DUDIT kan ex vis inom socialtjänsten behöva användas även i ärenden som rör försörjningsstöd eller i frågor kring föräldra-

skap. Andra bedömningar kan vara ett stort hjälpmedel för att kunna ha ett brett underlag inför beslut om missbruksbehandling eller uppföljning av en sådan.

### **3.3. Ansvarsfördelning**

Gällande ansvarsfördelning är tydligt beskriven i överenskommelserna. Från kommunens sida menar man dock att dessa ändå inte följs. Abstinensvården sköts ofta med hjälp av sjuksköterska på alkoholpolikliniken (puls/blodtryck) och beslutande socialsekreterare (förhandsbesked).

Via en vårdcentral har alkoholpolikliniken tillgång till en läkarresurs. Hon kommer från en av kommunens privata vårdcentraler och vare sig kommunen eller landstinget uppges betala för denna insats utan att det sker på intressebasis. Läkaren kommer några timmar per vecka och jobbar med inbokade patienter, oftast ärenden kring körkort och mediciner.

All medicinhantering från alkoholpoliklinikens sida sker på inrådan av läkaren, då denne inte tycker att den enskilde av någon anledning ska göra det själv. Detta kan ex vis avse medicin som skrivits ut för att minska återfallsrisken efter avvänjningsbehandling hos alkoholberoende patienter. Ibland, uppges det, skrivs detta ut av läkaren på öppenvårdens rekommendation som då träffat den enskilde. Sådan medicin kan ibland alkoholpolikliniken betala för under ett par månader för att motivera den enskilde att komma igång.

Intervjuerna samt aktgranskningen pekar på att ett stort ansvar tas för den medicinering, inkluderat Antabusbehandling och annan medicinering, ex vis vid abstinensbehandling i öppen vård. Det ges exempel på att kommunen vid vissa tillfällen, för att underlätta motivationsarbetet för behandling, tagit ett initialt kostnadsansvar för medicinkostnad och att medicinering satts in av läkare efter rekommendation av personal mot bakgrund av den personkännedom som upparbetats.

Även om ansvarsfördelningen är tydligt beskriven i en rad dokument menar kommunens företrädare att det finns problem med implementeringen inom landstingets verksamheter. Ex vis att nyanställd personal inte har klart för sig vad som ska göras och av vem.

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. Från kommunens sida menar man att socialpsykiatrin genomför sådana, medan det i övrigt är sällan detta inträffar.

#### **3.3.1. Bedömning och rekommendationer**

Det ansvar som kommunen tar för medicinhantering bedöms omfattande och bör diskuteras mellan huvudmännen utifrån risk, lämplighet och kompetens.

Den läkarmedverkan i arbetet som bedöms nödvändig kan inte baseras på nuvarande mer intressebaserade grund utan måste säkerställas där uppgift och ansvar

klargörs. På vilket sätt landstinget ska bistå med nödvändig medicinsk kompetens bör klargöras mellan huvudmännen.

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

### **3.4. Samverkansformer**

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

På ett övergripande plan arbetar också kommunerna och landstinget inom ”Nya perspektiv” kring temat ”riskbruk och riskbeteende”. Från kommunen upplevs dock detta som för ”stort och pompöst”.

Kommunen menar att primärvården deltar för dåligt i arbetet kring abstinensvården, läkarna bestämmer självsvåldigt och följer inte alltid riktlinjerna kring mediciner, tablettnertrappning etc. Kommunen har ibland sett korsmedicinering som blir en följd av att läkarna inte kollar av tillräckligt.

Samverkan med vårdcentralerna upplevs trots allt ha blivit allt bättre. Nu planeras träffar för att kunna introducera alkoholpoliklinikens arbete i syfte att öka förståelsen för verksamheten. De kan nu ha telefonkontakt med läkare och ordna nertrappning med stöd av alkoholpoliklinikens sjuksköterska.

Alkoholpolikliniken träffar psykiatrin en gång per månad. De som deltar är från alkoholpolikliniken missbrukshandläggare och kurator, sjuksköterska deltar vid behov. Från psykiatrin deltar sjuksköterska, läkare och/eller terapeut. Det diskuteras generellt samverkan, samt samverkan kring enskilda klienter, vem som gör vad osv. Inga minnesanteckningar förs.

När det gäller arbetet med återfallsprevention planeras att skapa en grupp tillsammans med Åmål. De ha startat ett anhörigprogram tillsammans med Åmål och har också en motivationsgrupp. Erbjudanden ges också om också temakvällar, en öppen grupp som träffas en kväll varannan vecka.

#### **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.

Det forum som utvecklats kring samverkan kring enskilda är positivt och bör formaliseras för att stärka långsiktigheten.

Den utveckling avseende samverkan med primärvården som refereras är positiv och blir en viktig grund för en ännu bättre missbruksvård.

Den samverkan som utvecklats med Åmål är positiv då det innebär att insatser kan erbjudas som inte vore möjligt om kommunen ensam skulle stå för uppbyggnaden.

4 februari 2014

***Lena Brönnert***

*Projektmedarbetare*

***Lars Näsström***

*Uppdragsledare*