www.pwc.se

Revisionsrapport

Granskning av vård, omsorg och stöd för personer med miss-bruks- och beroende-problem

- En samgranskning av Lands-tinget i Värmland och kommunerna Arvika, Eda, Filipstad, Forshaga, Grums, Hammarö, Karlstad, Kil, Kristinehamn, Munkfors, Sunne, Säffle, Torsby, Årjäng

Lena Brönnert
Lars Nässström

Januari 2014

pwc

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning och bedömning 1
2. Inledning 4
2.1. Bakgrund 4
2.2. Revisionsfråga 5
2.3. Revisionsmetod och avgränsning 5
2.4. Revisionskriterier 6
2.5. Kommunernas kostnader 6
2.6. Beroendecentrum 7
2.7. Samverkan 9
2.8. Överenskommelse/riktlinjer 9
3. Resultat 11
3.1. Ändamålsenlig styrning 11
3.1.1. Bedömning och rekommendationer 12
3.2. Ändamålsenliga arbetsformer 12
3.2.1. Bedömning och rekommendationer 14
3.3. Ansvarsfördelning 15
3.3.1. Bedömning och rekommendationer 15
3.4. Samverkansformer 16
3.4.1. Bedömning och rekommendationer 17
4. Bilagor 20
4.1. Sammanfattning av webbenkäten 20
4.2. Sammanställning av genomförd workshop 25

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 beroendeproblematik fungerar på ett tillfredsställande sätt genom att inrätta ändamålsenliga arbetsformer, samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring. Granskningen pekar på att detta till stora delar sker men också på att det finns förbättringsområden.

De förbättringsförslag som lyfts fram i rapporten avser åtgärder som bedöms nödvändiga för att säkerställa att personer med missbruks- och beroendeproblematik får adekvata insatser och att de överenskommelser som är gjorda mellan huvudmännen följs.

Vi konsterar att det i dagsläget finns ett stort glapp mellan de ambitioner gällande samverkan som förmedlas i de styrande dokumenten för den övergripande nivån och den operativa verksamheten, dvs det finns mycket som inte fungerar på det sätt som var tänkt. Ett antal rekommendationer har tagits fram i rapporten för att stötta arbetet med att följa träffade överenskommelser.

Ändamålsenlig styrning

Granskningen visar att inrättandet av länsövergripande och lokala styrande dokument samt flödeschema för den konkreta handläggningen för de involverade huvudmännen tydliggör formerna för den övergripande styrningen. Dokumenten beskrivs som i hög grad kända i verksamheten men exempel finns också på att de inte i alla delar uppfattas likartat i alla verksamheteter. Implementeringen av de styrande dokumenten behöver säkerställas, såväl vad gäller nyanställda som till andra.

På den lokala nivån fungerar arbetet i de lokala styrgrupperna väldigt olika i länsdelarna. En avgörande framgångsfaktor är om det finns någon part som tar på sig ett tydligt ansvar för att driva arbetet framåt. För att de lokala styrgrupperna ska har bättre förutsättningar att arbeta bör den formella strukturen för arbetet slås fast.

Det har framkommit att uppföljning av de styrande dokumenten till stora delar haft karaktären av revidering av uppgifter snarare än utvärdering av utfall av vård samt av hur samverkan fungerar. Vi rekommenderar att huvudmännen i det fortsatta arbetet prioriterar diskussioner kring hur samverkan rent operativt kan fungera för att säkerställa en god vård enligt intentionerna.

Ändamålsenliga arbetsformer

Kommunerna erbjuder vård och behandling på hemmaplan i varierande grad, till stor del kopplat till kommunstorlek. Utbudet över länet är ojämnt och det föreslås att kommunerna söker en högre grad av samverkan.

Den medicinska bedömning som krävs som underlag för beslut om klinisk abstinensvård måste säkerställas och ansvaret för denna hänvisas till landstinget. Möjligheten att även landstinget har tillgång till den kliniska avgiftningen bör ses över i samverkan mellan huvudmännen.

Hur bedömningsinstrumenten används varierar stort och från verksamhetshåll pekas på flera orsaker. Användningen av bedömningsinstrumenten måste utvärderas och verksamheten antingen ges förutsättningar att följa direktiven eller så behöver dessa arbetas om.

Användningen av diagnosinstrumentet AUDIT/DUDIT ska ske för att få en grund för tidiga diskussioner kring riskbruk. Det bör kunna användas inom flera delar inom såväl socialtjänsten som inom landstinget.

Det saknas idag former inom kommunerna för en kontinuerlig uppföljning på verksamhetsnivå, vilket bör ses över för att säkerställa att de insatser som tillämpas också visar resultat.

Att inte samordnad individuell vårdplanering kommer till stånd är inte godtagbart. Svårigheterna måste uppmärksammas och ett ändamålsenligt arbetssätt utvecklas gemensamt av huvudmännen.

Ansvarsfördelning

Den länsövergripande överenskommelsen ger stöd till huvudmännen vad gäller ansvarsfördelning. Eftersom olika tolkningar av överenskommelserna gällande ansvarfördelning visar sig i en bristande samverkan bör detta ses över och vid behov tydliggöras.

Det förekommer stora skillnader mellan kommunerna avseende delaktighet vid medicinering i samband med missbruks- och beroendevård. Detta kan uppfattas som ansvarsförskjutning förenat med risker för den enskilde men även för den personal som, ofta utan medicinsk kompetens tar på sig uppgiften. Med ledning av de intervjuer som genomförts i kommuner samt de aktgranskningar som genomförts menar vi att det bör observeras så att inte kommunerna passerar vad som kan anses vara stöttning vid egenvård till i praktiken ta ett ansvar för medicinering.

Ansvaret för medicinering är i grunden en landstingsangelägenhet. I samverkan mellan huvudmännen behöver det förtydligas i vilka fall inom missbruksvården det kan vara befogat med ett annat synsätt samt hur det kommunala ansvaret då bör se ut.

Det finns från en del kommuner uppfattningen om att en större del av abstinensvården kan ske polikliniskt. En stor del sker dock redan inom ramen för såväl allmänmedicin som psykiatrin. Om det finns möjlighet att utveckla den polikliniska abstinensvården bör utredas vidare för att få ett tydligt underlag för vidare beslut.

Samverkansformer

Vi menar att de länsövergripande överenskommelserna ger ett gott stöd för att hitta samverkanformer såväl på länsövergripande som på lokal nivå. På en övergripande

nivå finns många möjligheter att träffas. Diskussioner i mer konkreta termer avseende förutsättningarna för att samverkan ska fungera på operativ nivå förs dock inte. Frågan bör prioriteras.

Samverkan kring enskilda följer inte i alla delar det som överenskommits såväl länsövergripande som lokalt enligt de styrande dokumenten. Insatserna för personer med missbruks- och beroendeproblematik samordnas inte mellan huvudmännen vilket leder såväl till ineffektivitet för verksamheterna men även till en sämre vård då huvudmännens samlade kompetens inte kommer klienten/patienten till del vid bedömning och planering. Vi ser även en risk att enskilda riskerar att hamna mellan huvudmännens ansvarsområden.

Granskningen visar att en samordnad individuell vårdplanering (SIP) sällan kommer till stånd. Det är inte godtagbart eftersom det är en viktig samordning, erfarenheterna från de tillfällen då det genomförts är goda. Användningen av en samordnad individuell vårdplanering måste uppmärksammas och ett ändamålsenligt arbetssätt utvecklas gemensamt av huvudmännen. Ansvar för att kalla till SIP bör ses över och i förekommande fall tydliggöras.

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.

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 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. I Socialstyrelsens tillsynsrapport 2013[1] konstateras att det förkommer brister i samverkan inom missbruksvården och att det råder oklarheter om ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård[2] 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 sjuklighet, främst psykiatrisk, bör samordnas. De konstaterar stora brister på utvärdering av behandlingar. Uppdaterade riktlinjer planeras att komma våren 2014.

I missbruksutredningen[3] gjordes bedömningen att kommunens och landstingets ansvar för missbruks- och beroendevården måste tydliggöras för att komma tillrätta med de problem som i dag drabbar såväl den enskilde som vårdens effektivitet. Vidare fördes fram att den tydligaste ordningen skulle vara att samla ansvaret hos en huvudman. Totalt sett ansåg dock utredningen att den bästa lösningen i praktiken är att kommunen och landstinget har ett fortsatt delat ansvar för missbruks- och beroendevården. Kommunens och landstingets ansvar bör dock tydliggöras för de centrala uppgifterna i vård- och stödprocessen samt ansvarsfördelningen mellan huvudmännen i vissa avseenden förändras. Därtill bör det införas förstärkta krav på samverkan.

Propositionen 2012/13:77 föreslog att huvudmannaskapet skall vara fortsatt delat.

---

[1] Socialstyrelsen, Tillsynsrapport 2013,
[2] Socialstyrelsen: (2007) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.
[3] SOU 2011:35, Bättre insatser vid missbruk och beroende

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 beslutat om deltagande. I föreliggande rapport redovisas vad som kommit fram i granskningen.

Granskningsobjekten är landstingsstyrelsen i Värmland samt deltagande kommuners socialnämnder eller motsvarande.

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 till 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 har gjorts 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 diskuterats med uppdragsgivaren.

Intervjuer har genomförts med handläggare och chefer inom landstinget, Värmlands läns vårdförbund samt deltagande kommuner. Totalt har drygt 70 personer intervjuats.

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

Ärendegranskning planerades av tio klientakter inom respektive kommun samt av 42 landstingsjournaler, tre per kommun som deltar i granskningen. Under granskningen har vi fått tillgång till 134 akter från kommunerna och 36 landstingsjournaler. Fokus i akt/journalgranskningen 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 förankrats med möjlighet till kompletterande faktagranskning.

2.4. Revisionskriterier

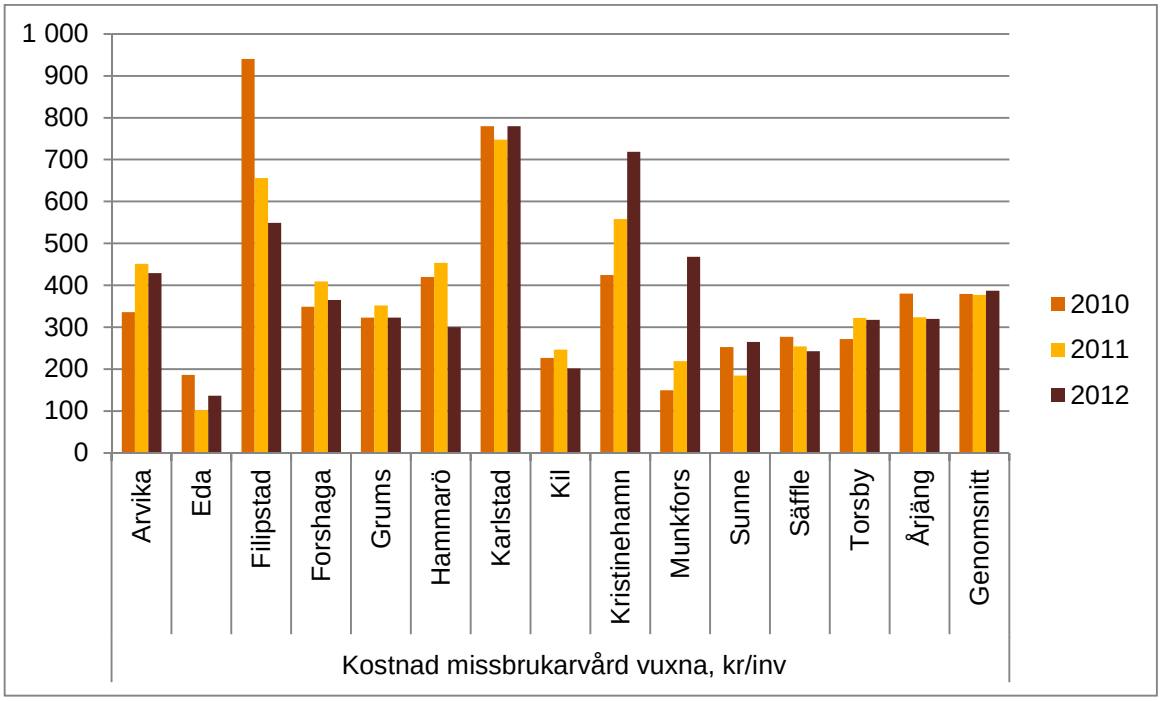
De revisionskriterier som använts i granskningen är följande.

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Socialtjänstlagen
- Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården, publicerad av Socialstyrelsen 2007
- Överenskommelse/Styrdokument Missbruks- och beroendevården i Värmland
- De 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)

2.5. Kommunernas kostnader

Uppgifterna i detta avsnitt har hämtats från kommun- och landstingsdatabasen Kolada och innehåller uppgifter från 2012 års bokslut som kommunerna själva rapporterat. I databasen tas dessutom fram de sju kommuner som uppvisar likartade strukturella förutsättningar att bedriva en IFO- verksamhet (vikt 70 %) samt invånarantalet (vikt 30 %). Exempel på vad som är strukturella förutsättningar är barn till ensamstående förälder, lagförda ungdomar, utrikesfödda, arbetslöshet, manliga låginkomsttagare.

Nedanstående jämförelse visar hur mycket kommunerna redovisar som kostnader per invånare för missbruksvården. Den visar att det finns en stor spännvidd.



En jämförelse mellan respektive kommuns kostnader och kostnaden för de, enligt Kolada, mest jämförbara, visar att de flesta av Värmlandskommunerna har en kostnad per invånare som understiger den genomsnittliga för de närmast jämförbara kommunerna. Det är endast Arvika, Filipstad, Karlstad samt Kristinehamn som med utgångspunkt från 2012 års bokslut hade en högre kostnad.

2.6. Beroendecentrum

Beroendecentrum har tillgång till maximalt 12 platser. Av deras egen statistik framgår att de varje år budgeterat för en högre beläggning än vad som blivit utfallet. Det betyder vidare en intäktsförlust. Mot bakgrund av det högre dygnspris som Beroendecentrum har i jämförelse med andra av de behandlingsinstitutioner som används av kommunerna, är det viktigt att redan från början beräkna verksamhetens kostnader utifrån realistiska tal. Det är också viktigt att tydligt koppla skillnaden mellan Beroendecentrum och andra behandlingsinstitutioner till innehåll och kvalitet kopplat till dygnspriset. Vi noterar att fler av kommunerna uppgett att en kö till Beroendecentrum lett till placering vid externa institutioner i stället.

Nedanstående tabell visar den procentuella andelen placeringar på Beroendecentrum från respektive kommun samt hur stor andel av Värmlands befolkning över 18 år som respektive kommun har.

Variationer i missbrukssituationen i kommunen, skillnader i arbetssätt men också att kommunen väljer andra alternativ än Beroendecentrum förklarar skillnaderna.

Placeringar på Beroendecentrum[4]

	2012		2013 t.o.m. sept		2012
Kommun	Antal	Andel%	Antal	Andel%	Andel % inv > 18 år
Arvika	18	11,5	14	11,7	9,5
Eda	1	0,6	3	2,5	3,1
Forshaga	6	3,8	5	4,2	3,9
Filipstad	3	1,9	2	1,7	4,0
Grums	7	4,5	2	1,7	3,3
Hammarö	18	11,5	13	10,8	5,2
Karlstad	37	23,6	42	35,0	31,9
Kil	2	1,3	4	3,3	4,2
Kristinehamn	19	12,1	17	14,2	8,8
Munkfors	1	0,6	0	0,0	1,4
Sunne	8	5,1	1	0,8	4,8
Säffle	5	3,2	1	0,8	5,6
Torsby	7	4,5	3	2,5	4,6
Årjäng	4	2,5	3	2,5	3,6

Följande tabell visar antalet förfrågningar om plats totalt sett samt hur stor andel av dessa som av någon anledning inte kunnat beredas någon plats. Det kan vara många skäl att förfrågningar inte åtgärdas, exempelvis att den enskilde inte längre är intresserad, att placering har gjorts någon annan stans eller att det inte längre bedömts väsentligt.

En iakttagelse i sammanhanget är att det i ett flertal fall bara ”runnit ut i sanden”, att handläggaren inte hört av sig efter att ha ställt en förfrågan. Av de förfrågningar som inte åtgärdats under 2013 års första åtta månader motsvarar detta 20 stycken.

Förfrågan som ej medfört placering vid Beroendecentrum[5]

	2012	Tom aug 2013
Förfrågningar totalt	230	175
Antal som ej åtgärdats	73	55
Andel som ej åtgärdats	32 %	31 %

[4] Källa Beroendecentrum, SCB
[5] Källa Beroendecentrum

2.7. Samverkan

Socialstyrelsen konstaterar i en rapport[6] att samarbete inte är ett mål i sig utan ett medel för att åstadkomma en bättre process och ett gott resultat för individen som i sin tur kan leda till goda samhällsekonomiska effekter. I rapporten pekas också på att några faktorer som bidrar till ett gott samarbetsklimat är ett gemensamt ledarskap, möjlighet till dialog och möten för de samverkande parterna, att aktörernas kompetenser kompletterar varandra, samt gemensamma värderingar och förebilder.

I rapporten ”Strategi för samverkan”[7] refereras ett urval av de framgångsfaktorer som förs fram i forskning och litteratur på området som viktiga för att kunna bygga goda förutsättningar för en god samverkan. Rapporten lyfter fram ett aktivt och gränsöverskridande *ledarskap* på alla nivåer som är aktivt i samverkansprocessen. Om de berörda cheferna tillsammans visar att samverkan är viktigt får det en avgörande betydelse. ”En viktig uppgift för ledningen är att legitimera samverkan på lägre nivåer och efterfråga uppföljning och utvärdering av samverkan” (sid 17).

Rapporten framhåller också att en framgångsrik samverkan i sin *struktur* kräver tydlighet när det gäller mål, målgrupp, yrkesroller, arbetsfördelning och rutiner för samverkan. Dessutom behöver en tydlighet avseende termer och begrepp. Slutligen framhålls att behovet av *samsyn* uppstår i samverkan. Det framhålls att olikheterna mellan de olika professionellas olika uppdrag är grunden för och styrkan i samverkan. I rapporten framhålls att ”Samsyn handlar snarare om tillit mellan de professionella, om att ha en gemensam bild av arbetet och gemensamma begrepp”. Vidare pekas på vikten av en gemensam teoretisk utgångspunkt, en gemensam kunskapsbas, kontaktytor och kommunikation samt kontinuerlig tvärprofessionell kompetens- och metodutveckling.

Motivation, förtroende och god kommunikation är andra områden som förs fram i rapporten som viktiga för en god samverkan tillsammans med samverkanskompetens. Med det menas en komptetens att kunna hantera gränsdragningsproblem, yrkesmässiga och kulturella skillnader, skilda förklaringsmodeller osv.

2.8. Överenskommelse/riktlinjer

2007 utkom Socialstyrelsen med nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.[8] Som en fortsättning på detta arbete togs på uppdrag av landstingsstyrelsen och direktionen för Värmlands Läns Vårdförbund fram en överenskommelse kring missbruks- och beroendevården i Värmland. 2010 beslutade parterna att ställa sig bakom denna. Det bestämdes också att lokala överenskommelser/styrdokument skulle tas fram för att tydliggöra samverkan och roller. En organisation för att jobba med detta skapades såväl på länsnivå, en länsstyrgrupp, som i de olika länsdelarna, i sammanhanget entydigt med lokal nivå. På denna nivå bildades lokala styrgrupper som tagit fram var sin överenskommelse.

[6] Socialstyrelsen 2001,Framgångsfaktorer för samverkan – en översikt i punktform
[7] Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen 2007, Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa,
[8] Socialstyrelsen januari 2007, Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården

De riktlinjer/överenskommelser som gäller för länet hanterar frågor kring gemensamt och specifikt ansvar mellan kommunerna, allmänmedicin samt psykiatri. De slår också fast vilken kompetens som respektive huvudman ska ha i arbetet samt vilka instrument/metoder som gemensamt och var för sig ska användas vid bedömning av enskilds missbruk.

Länsöverenskommelsen preciserar också att det ska finnas rutiner för samlat ansvarstagande när insatser behövs från flera aktörer samt att evidensbaserade vård- och behandlingsinsatser ska erbjudas. Överenskommelsen ska följas upp vartannat år av huvudmännen och då revideras. De lokala överenskommelser har som syfte att tydliggöra samverkan och roller mellan framförallt socialtjänst och hälso- och sjukvård.

De lokala överenskommelserna skulle dessutom vara grunden för utarbetandet av en lokal vårdkedja som innefattar tillgänglighetsgaranti, identifiering av missbruks/beroendeproblematik, bedömning av individens behov, metoder för att motivera och påverka, vård och behandling samt uppföljning. Överenskommelserna utgår från länsöverenskommelsen.

3. Resultat

3.1. Ändamålsenlig styrning

I och med länsöverenskommelserna samt de lokala överenskommelserna har ett viktigt steg tagits kring en god samverkan. En gemensam begreppsapparat i arbetet har slagits fast, en organisation för styrning har tillkommit på såväl läns- som lokal nivå och framförallt har ansvarsfrågorna mellan de offentliga aktörerna tydliggjorts.

Vi kan också konstatera att det förutom ovanstående strukturer för styrning finns ett antal sammanhang där frågor kring utveckling av missbruksarbetet mellan och inom huvudmännen diskuteras. Arbetet med ”Nya perspektiv” har bl.a. frågan om utveckling inom området ”Riskbruk och riskbeteende” aktuellt.

Via Region Värmland, beredningsgruppen för psykiatri, pågår ett arbete med att ta fram handlingsplan bl a för personer som har en psykisk funktionsnedsättning/ neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och samtidigt missbrukar droger. Samordning ska ske med bestämmelserna i länsöverenskommelsen angående missbruks och beroendevården i Värmland.

Inom division psykiatri inom landstinget har nyligen en genomlysning av missbruksvården för vuxna påbörjats. Inom ramen för den finns bl.a. en ambition att tydligare identifiera den landstingsinterna vårdkedjan.

Förutom arbete utifrån de beslutade överenskommelserna finns alltså ett flertal andra initiativ med syfte att stärka missbruksarbetet. Det är viktigt att de initiativ som tas får blomma samtidigt som vi inom granskningen kan se att det finns en viss tveksamhet bland såväl handläggare som ledningspersonal kring hur de olika projekten och initiativen samordnas.

På den lokala nivån beskrivs arbetet med de lokala överenskommelserna väldigt olika. Framförallt gäller det deltagande och frekvens på samverkansmöten. En avgörande framgångsfaktor verkar vara att det finns någon som tar på sig ett tydligt ansvar att driva arbetet framåt. Där det finns har arbetet flutit på bra. I andra delar av länet, där det varit personalbyten eller där ingen tagit på sig ett tydligt ansvar, träffas man mindre frekvent och har inte samma innehåll i förekommande diskussioner. Enkätsvaren pekar på att man är ganska nöjd med att forum för övergripande samverkan och information fungerar enligt syftet.

I stort kan sägas att överenskommelserna är kända i kommunerna. Inom landstinget är kännedomen om styrdokumenten varierande. Där personalomsättningen varit stor är det vanligt att överenskommelsen inte är känd, men även på andra ställen är det ojämnt med kunskapen. Framförallt gäller det inom den psykiatriska verksamheten, men även på vårdcentraler. Det är självklart ett samband mellan implementeringen av de styrande dokumenten och risk för att arbetet inte genomförs på det sätt som är tänkt.

Huvudansvaret för arbetet med att implementera samt följa upp gällande överenskommelse vilar på den länsövergripande styrgruppen. Detta har också genomförts enligt beslut på så vis att såväl länsöverenskommelsen som de lokala överenskommelserna reviderats. Tjänstemän från Värmlands läns Vårdförbund har tagit ett stort ansvar i att hålla ihop arbetet med de lokala riktlinjerna.

3.1.1. Bedömning och rekommendationer

I och med riktlinjerna har gränserna mellan huvudmännen tydliggjorts precis som ansvarsområden och kontaktvägar.

- Det bedöms att den övergripande styrningen bör vara tillräcklig med såväl nationella, regionala samt lokala överenskommelser/riktlinjer.
- En plan måste tas fram som säkerställer hur en kontinuerlig implementering av överenskommelserna ska gå till, såväl vad gäller nyanställda som till andra. Behovet av detta bedöms vara störst inom landstingets verksamheter.
- För att de lokala styrgrupperna ska har bättre förutsättningar att arbeta bör den formella strukturen för arbetet slås fast.
- För att samordna det arbete som pågår och de initiativ som tas kring missbruksarbete föreslås att någon ges ett samordningsmandat från såväl kommunerna som från landstinget. Förslagsvis skulle detta kunna ges antingen Region Värmland eller Värmlands Läns Vårdförbund.
- Uppföljning av de styrande dokumenten och därmed hur samverkan fungerar har snarare handlat om att revidera uppgifter än att utvärdera innehållet och hur samverkan rent operativt har fungerat. Vi rekommenderar att detta görs.

3.2. Ändamålsenliga arbetsformer

De flesta av kommunerna kan erbjuda öppenvård med olika inriktning. Samtliga har s.k. kommunpsykiatri som bl.a. erbjuder stöd i hemmet och ett flertal erbjuder behandling i öppen vård. I några av kommunerna i form av varierande grad av 12-stegsmetoden och i några med samtalsbehandling och återfallspreventionsarbete. Hur mycket hemmaplanslösningar som kan erbjudas följer i stort kommunstorleken. I det arbete som utförs eftersträvas användande av evidensbaserade metoder.

I flera kommuner beskrivs en svårighet att forma insatser till utsatt grupp klienter med multiproblematik: missbruks- och beroendeproblematik, hemlöshet, omsorgsbehov samt med en dålig motivation till förändring. Det framkommer även att det finns svårigheter att fullfölja en vårdplanering då bedömda vårdbehov inte kan tillgodoses pga. begränsningar av boendealternativ för mera utsatta grupper.

Beroendecentrum, som drivs på uppdrag av landstinget och Värmlands Läns Vårdförbund, erbjuder abstinensbehandling i slutenvård på socialtjänstens uppdrag. Ett samverkansavtal mellan parterna reglerar verksamheten. Samtliga kommuner i Värmland är medlemmar i vårdförbundet och har genom det tillgång till det arbete som bedrivs och den expertis som finns där.

Förutom att kommunerna anlitar Beroendecentrum anlitas vid särskilda skäl även andra institutioner för abstinensvården. De som används i övrigt har kommunerna med något undantag upphandlat via ramavtal. De skäl som vanligtvis anges för att använda andra institutioner är dels den högre kostnaden vid Beroendecentrum, dels att det ibland är så akut att det inte gått att avvakta en ledig plats.

Det är bara kommunerna som har tillgång till platserna på Beroendecentrum för abstinensbehandling. En placering betraktas som ett bistånd och ska föregås av ett myndighetsbeslut med en utredning och bedömning enligt Socialtjänstlagen. Vid intervjuerna har framkommit att kommunens handläggare saknar kompetens för att göra bedömningen utifrån den medicinska situationen. Något de i och för sig kan inhämta via läkarintyg. Vid intervjuerna inom kommunerna är dock reaktionen i flera fall att detta inte ses som ändamålsenligt.

Vi har i intervjuerna inom framförallt landstingets psykiatriska enheter mött en inställning att det upplevs som en brist att de inte har tillgång till den kliniska avgiftningsmöjligheten i den egna verksamheten. Enkätsvaren pekar på att man framförallt inom landstinget inte tycker att det finns tillräckligt med abstinensvård. Även inom kommunen finns ett visst missnöje med detta.

Abstinensbehandling genomförs också polikliniskt, genom vårdcentralerna och inom den psykiatriska öppenvården.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska bedömningsinstrument ses som ett komplement för att komma fram till en samlad bedömning av behov hos klienten men de ersätter inte professionens eget omdöme. Instrumenten kan också vara ett sätt att samla information som ger möjligheter till att generellt följa upp verksamheten, något som några av kommunerna i dag utnyttjar.

I de styrande dokumenten visas vilka bedömningsverktyg som verksamheterna ska använda sig av. Hur bedömningsinstrumenten används varierar. Det framkommer att detta görs i mindre omfattning i flera av kommunerna. En orsak som förs fram är en pressad arbetssituation, en annan att det inte anses nödvändigt i de fall man själv har god kännedom om klienten. Ytterligare ett skäl som lämnas är att det inte ses som nödvändigt att formalisera så hårt.

AUDIT/DUDIT[9] används regelmässigt inom mödravården. Användning inom övriga verksamhetsområden inom landstinget förefaller liten. Vid den genomförda granskningen av journaler från vårdcentralerna framkom användning av bedömningsinstrument i enlighet med överenskommelserna i två av de granskade 33 journalerna.

I verksamheterna uppges att kompetenskravet för att kunna utreda med stöd av bedömningsinstrument klaras. Interna utbildningar har genomförts i samverkan, gällande bland annat användande av bedömningsinstrument och samordnad individuell planering. Värmlands Läns Vårdförbund har kontinuerligt erbjudit kurser vilket gör att den som är nyanställd inte ska behöva vänta någon längre tid på fort-

[9] AlcoholUse Disorders Identification Test/DrugUse Disorders Identification Test, två frågeformulär som syftar till att identifiera alkohol respektive drogproblem

bildningsinsats. Personalomsättning men också arbetsbelastning uppges som skäl till att alla inte kunnat delta vid anordnade kurstillfällen.

De styrande dokumenten berör också användning av samma begrepp inom missbruksvården i syfte att ytterligare stärka samverkan. Gemensamma begrepp hos huvudmännen ökar förståelsen mellan huvudmännen och höjer sannolikt kvaliteten i arbetet.

Efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar, vilka möts av långa väntetider, kan också medföra att de nationella riktlinjerna om att samtidigt behandla olika symptom vid samsjuklighet inte kan följas. Det framkommer också att det finns svårigheter att fullfölja en vårdplanering då bedömda vårdbehov inte kan tillgodoses pga. begränsningar av boendealternativ för mera utsatta grupper.

Personer som inte har en etablerad kontakt med socialtjänsten och inte är motiverade att ta emot vård riskerar att falla mellan stolarna.

Enligt det länsövergripande dokumentet ska uppföljningssystem finnas på såväl grupp- som på individnivå. Uppföljning på individnivå sker kontinuerligt inom kommunerna. Vi ser dock att uppföljningen ofta saknar stöd i en tydlig vårdplanering. I de flesta kommuner saknas i dag former för uppföljning av missbruksverksamheten.

3.2.1. Bedömning och rekommendationer

Kommunerna erbjuder vård och behandling på hemmaplan i varierande grad, till stor del kopplat till kommunstorlek. I det arbete som utförs eftersträvas användande av evidensbaserade metoder.

- För att säkerställa en kvalitativ missbruksvård för fler föreslås att en högre grad av samverkan mellan kommunerna för att forma öppenvårdsalternativ initieras. Kommunerna har redan påbörjat denna samverkan, en del mellan kommuner, annat via det arbete som bestämts inom ramen för Värmlands Läns vårdförbund.

Den medicinska bedömning som krävs som underlag för beslut om klinisk abstinensvård måste säkerställas. Ansvaret ska hänvisas till landstinget.

- Möjligheten att även landstinget har tillgång till den kliniska avgiftningen bör ses över i samverkan mellan huvudmännen.

Bedömningsinstrument ska användas vid utredning av behov av stöd med anledning av riskbruk- eller missbruk. Det framkommer att detta görs i mindre omfattning. En orsak som förs fram är en pressad arbetssituation, en annan att det inte anses nödvändigt i de fall man själv har god kännedom om klienten. Ytterligare ett skäl som lämnas är att det inte ses som nödvändigt att formalisera så hårt.

- Hur bedömningsinstrumenten används varierar. Användningen av de bedömningsinstrument som bestämts måste utvärderas. Antingen måste verksamheten ges förutsättningar att följa de direktiv som ges eller så ska direktiven arbetas

om utifrån vilka bedömningsinstrument som ska användas och vid vilka tillfällen.

- AUDIT/DUDIT ska enligt överenskommelsen ske som ett diagnosinstrument för att få en grund för tidiga diskussioner kring riskbruk och bör därför kunna användas även inom flera delar inom socialtjänsten. Användning bör kunna ske även inom andra specialiteter än missbruksområdet som ett hjälpmedel för att fånga upp ett missbruk/riskbruk. Inom landstinget bör AUDIT/DUDIT mer frekvent kunna användas då det finns indikatorer på ett möjligt riskbruk såsom högt blodtryck, ryggbesvär, upprepade olycksfall etc.

- Det saknas idag former för en kontinuerlig uppföljning på verksamhetsnivå, vilket bör ses över för att säkerställa att de insatser som tillämpas också visar resultat.

3.3. Ansvarsfördelning

Som tidigare påpekats ger överenskommelserna kring missbruksvården i Värmland stöd för hur ansvarsgränserna mellan huvudmännen ska se ut. Det framkommer dock att innehållet inte alltid tolkas lika av de olika huvudmännen.

Det framgår också vid intervjuerna att det brister i kunskapen om varandras möjligheter och kompetens i arbetet vilket ökar risken för att de olika aktörerna ställer felaktiga förväntningar på varandras arbete. Det ökar också risken att klienten/patienten felaktigt hänvisas till annan huvudmans insatser.

Ett område där kommunerna hanterar frågan olika är graden av ansvar vid olika former av medicinering. Några kommuner uppger att man helt avvisar att i den öppna verksamheten dela mediciner medan andra kommuner ställt sig positiva till detta, framförallt om det kombinerats med ytterligare stöd från öppenvården. Exempel finns på att kommunen svarat för medicinkostnad för enskild som ett led i att motivera den enskilde till vård. I en kommun uppgavs att en sjuksköterska anställts speciellt för att kunna ta ansvaret kring olika medicinska åtgärder som beslutats av läkare.

Från flera kommuner framkommer önskemål om att mer av abstinensvården skulle ske polikliniskt men att det inte känts att det funnits något stöd från vårdcentralerna i detta. En bedömning från en kommun är att upp till 25-30 % av den abstinensvård som kommunen i dag ansvarar för skulle gå att genomföra polikliniskt.

Från allmänmedicin menas dock att det redan idag arbetas med poliklinisk avgiftning vid vårdcentralerna vilket också stöds av den journalgranskning som genomförts. Dessa visar i många fall bl.a. Antabusbehandling vid sidan av annan medicinering, ex. vis ångestdämpande preparat.

3.3.1. Bedömning och rekommendationer

Den länsövergripande överenskommelsen ger stöd till huvudmännen vad gäller ansvarsfördelning. Innehållet visar sig ge utrymme för olika tolkningar vilket visar

sig i bristande samverkanformer. En tidspress förs fram som ett skäl för att ansvarsfördelningen inte följs.

- Olika tolkningar av överenskommelserna gällande ansvarfördelning visar sig i en bristande samverkan - detta bör ses över.

Det förekommer stora skillnader mellan kommunerna avseende delaktighet vid medicinering i samband med missbruks- och beroendevård. Detta kan uppfattas som ansvarsförskjutning förenat med risker för den enskilde men även för den personal som, ofta utan medicinsk kompetens, tar på sig uppgiften. Med ledning av de intervjuer som genomförts i kommuner samt de aktgranskningar som genomförts menar vi att det bör observeras så att inte kommunerna passerar vad som kan anses vara stöttning vid egenvård till i praktiken ta ett ansvar för medicinering.

- Ansvaret för medicinering är i grunden en landstingsangelägenhet. I samverkan mellan huvudmännen behöver det förtydligas i vilka fall inom missbruksvården som det kan vara befogat med ett annat synsätt samt hur det kommunala ansvaret då bör se ut.

- Om det finns möjlighet att utveckla den polikliniska abstinensvården bör utredas för att få ett tydligt underlag för vidare beslut.

3.4. Samverkansformer

Olika former för konkret samverkan regleras i överenskommelsen, exempelvis kring vilka klienter man bör samlas för att genom den gemensamma kompetensen planera för insatser från respektive huvudman. Genom styrande blanketter och mallar får verksamheterna stöd i hur samverkanformerna ska se ut.

Vad gäller samsjuklighet, dvs. att det förekommer såväl missbruk och beroende som psykisk och fysisk ohälsa, säger överenskommelsen att kontakt ska tas, förutsatt klientens/patientens samtycke, omedelbart mellan socialtjänsten, allmänmedicin eller psykiatriska öppenvården för bedömning. Behandlingen för båda problemen bör ske samtidigt och integrerat i samverkan. Socialtjänsten menar att psykiatriska öppenvårdens inställning är att missbruket ska behandlas först. Vid intervjuerna framhålls från kommunal sida att de väntetider som finns på utredning inom psykiatrin, upp till två år, samt kraven på nykterhet/drogfrihet inte är rimlig. I de fall en utredning kommit till stånd upplevs dock att den fortsatta samverkan i allmänhet fungerat väldigt bra.

I enkäten ges ett lågt värde, framförallt från kommunerna, på frågan om det finns gemensamma insatser vid samsjuklighet.

Enligt de styrande dokumenten ska en samordnad individuell vårdplan, SIP, genomföras då behov finns av insatser från flera huvudmän. En samordning säkerställer tillgång till rätt insatser ur ett helhetsperspektiv. Det övergripande dokumentet klargör att alla som får insatser från båda huvudmännen har rätt till en samordnad planering. Aktgranskningen i kommunerna visar en hög grad av psykisk ohälsa i form av exempelvis neuropsykiatriska diagnoser, ångesttillstånd, depression m m. Däremot finns få ärenden där en SIP genomförts eller att initiativ till sådan tagits. Intervjuerna visar en samstämmighet om att behov till samordnade insatser finns i

många ärenden. Det uppges att det är svårt att samla samverkansparterna till genomförande av SIP då deltagande inte heller prioriteras av alla inblandade. En pressad arbetssituation uppges som ett annat skäl.

I enkäten anger såväl de svarande från landstinget som från kommunerna ett lågt betyg avseende om det upprättas en gemensam vårdplan. 48 respektive 41 procent menar att detta inte görs i fall där ansvar finns hos både landsting och kommun. Aktgranskningen speglar inte heller att båda huvudmännens kompetens tillvaratagits vid bedömning av klienten vårdbehov.

Konsekvenser av den bristande samverkan kan leda till väntetider innan vården påbörjas, men också att socialtjänsten påtar sig landstingets ansvar genom att vid en placering bekosta såväl utredning som vård gällande psykisk ohälsa. Nödvändigheten av att medverka vid upprättandet av samordnad individuell vårdplanering tolkas olika samtidigt som ansvaret för att kalla till SIP uppfattas som otydligt. Vid intervjuerna framkommer också att många, hos båda huvudmännen, uppfattar det som att befintliga resurser inte riktigt räcker till för samverkan kring den enskilde. Att huvudmännen haft diskussioner kring hur samverkan rent praktiskt ska gå till och vilka förutsättningarna är för att leva upp till överenskommelserna framkommer inte vid intervjuerna.

I tidigare avsnitt kring ansvarsfördelning pekar vi i rapporten på att abstinensbehandling påbörjas i såväl kommunernas som landstingets regi. Oavsett på vilket sätt abstinensbehandlingen inleds är det viktigt hur ett fortsatt arbete genomförs. I Missbruksutredningens slutbetänkande[10] pekas på att ”Bristande samordning och kontinuitet kan innebära att behandlingsresultatet försämras, till exempel om abstinensvård inte efterföljs av behandling…”. Genomförda intervjuer och granskning av akter och journaler pekar på att samverkan i dessa fall är låg.

På ett övergripande plan träffas socialcheferna i länet och landstingets divisionschefer två till tre gånger per termin för ömsesidig diskussion och erfarenhetsutbyte kring vården i sig men också kring samverkan. Få exempel ges under intervjuerna på diskussioner mellan huvudmännen kring hur samverkan rent praktiskt ska gå till och vilka förutsättningarna är för att leva upp till överenskommelserna.

Kring enskilda ärenden ges vid intervjuerna inga exempel på samverkansforum med ett undantag. Det är en kommun där arbetsförmedlingen och försäkringskassan medverkar vid sidan av socialtjänst och allmänmedicin.

Det lokala arbetet fullföljs inte enligt överenskommelsen inom alla länsdelar eller prioriteras på ett sätt som ger tillräcklig representation inom alla samverkansgrupper. De som är utsedda att representera verksamheterna är dock i sak de personer som också har mandat att arbeta med utvecklingsfrågor.

3.4.1. Bedömning och rekommendationer

I rapporten framhålls att samverkan ska ses ur olika perspektiv. Ur styrningsperspektivet kan pekas på vikten av att fastslå handlingsplaner och träffa avtal avse-

[10] SOU 2011:35, Bättre insatser vid missbruk och beroende

ende samverkansfrågorna. Ur patientperspektivet handlar det om att ha en gemensam planering och en samordning av insatser. Dessutom är fastställda rutiner för informationsöverföringen väsentligt. Kunskapsutbyte och erfarenhetsåterföring kring samverkansfrågorna täcker in kompetensperspektivet och ur personalperspektivet måste det klaras ut om ansvarsfördelningen uppfattas som rimlig utifrån varje verksamhets uppdrag.

Samverkan på en övergripande nivå fungerar genom träffar i olika forum för diskussion utifrån överenskommelserna. En reflexion är att diskussioner i mer konkreta termer avseende hur man operativt ska samverka inte förs.

- Vi menar att de länsövergripande överenskommelserna ger ett gott stöd för att hitta samverkanformer såväl på länsövergripande som på lokal nivå.

- Vi menar också att förutsättningarna för att samverkan ska fungera på operativ nivå inte har klarats ut.

- Syftet med olika forum bör klaras ut för att utnyttja formen för uppföljning av förbättring av verksamheten.

Samverkan kring enskilda följer inte i alla delar det som överenskommits såväl länsövergripande som lokalt enligt de styrande dokumenten. Insatserna för personer med missbruks- och beroendeproblematik samordnas inte mellan huvudmännen vilket leder såväl till ineffektivitet för verksamheterna men även till en sämre vård då huvudmännens samlade kompetens inte kommer klienten/patienten till del vid bedömning och planering. Vi ser även risker att enskilda riskerar att falla mellan huvudmännens ansvarsområden.

- Detta är inte acceptabelt vare sig från resurssynpunkt eller från den enskildes synpunkt och huvudmännen behöver klara ut ömsesidiga förväntningar och möjligheter.

Det uppges flera olika skäl till att samordnad individuell vårdplanering, SIP, inte genomförs samtidigt som samtliga parter är överens om att det i många ärenden finns ett behov. En viktig fråga gäller ansvaret för att sammankalla. Det är idag inte utpekat vem som ska kalla till SIP och i vilka situationer vilket kan innebära ett vänteläge. Det uppges också att det är svårt att samla samverkansparterna till genomförande av SIP då deltagande inte heller prioriteras av alla inblandade. En pressad arbetssituation uppges som ett annat skäl.

Att samordnad individuell vårdplanering inte kommer till stånd är inte godtagbart eftersom det är en viktig samordning och erfarenheterna från de tillfällen då det genomförts är goda.

Användningen av en samordnad individuell vårdplanering, SIP, måste uppmärksammas och ett ändamålsenligt arbetssätt utvecklas gemensamt av huvudmännen. Ansvar för att kalla till SIP bör ses över och i förekommande fall tydliggöras.

4 februari 2014

Lena Brönnert	***Lars Nässström***
Projektmedarbetare	*Uppdragsledare*

4. Bilagor

4.1. Sammanfattning av webbenkäten

För att få en grund för granskningen men också för att få en bred förankring av pågående granskningsarbete genomfördes en webbenkät till ledande tjänstemän inom deltagande kommuner samt inom landstingsledningen. Undersökningen genomfördes under veckorna 42-43 2013. Resultatet redovisas nedan.

Landstinget

Av 40 tillfrågade inom landstinget har 32 besvarat enkäten vilket är en svarsfrekvens på 80 procent. De som har svarat har befattningarna divisionschef, verksamhetschef, enhetschef och avdelningschef. De flesta är enhetschefer, dvs vårdcentralchefer.

59 procent anser att det i hög grad finns **tydliga mål** för missbruks- och beroendevården inom landstinget, 30 procent anger ”varken eller” medan 11 procent (3 personer) anser att det finns i låg omfattning.

På frågan om man anser att kommunernas **ansvarsområden** för missbruks- och beroendevården är **tydliga** anser 62 procent att så är fallet i hög grad medan 15 säger varken eller. 67 procent tycker att landstingets **ansvarsområden** är **tydliga**, 22 procent tycker varken eller.

81 procent uppmärksammar att det finns ett **forum för samverkan och informationsutbyte** mellan kommun och landsting på **övergripande nivå**. *Några kommentarer kring detta är: "Flera grupperingar finns, Beroendecentrums styrelse, nya perspektivs grupp riskbruk samt Beredningsgrupp reg Värmland ". "Styrgrupper och arbetsgrupper, Missbruk och beroende, Nya Perspektivs riskbruk riskbeteende, Överenskommelser". "Inte något forum där min nuvarande arbetsplats samverkar. I mindre kommuner fungerar detta bättre enligt min erfarenhet."*

Av de som svarat att det finns ett forum menar 59 procent att **syftet med dem är tydliga**, 41 procent säger också att det/dom fungerar enligt syftet. 5 procent tycker inte syftet är tydligt och lika många tycker inte att det/dom fungerar efter syftet. 32 respektive 50 procent anger varken eller som sitt svar. Av de fem svarande som inte menade att det fanns ett forum på övergripande nivå var det inget som tyckte att samverkan och informationsutbyte fungerade väl utan ett sådant.

När det gäller **forum för samverkan och informationsutbyte kring enskilda patienter/brukare** pekar 63 procent på att det finns medan 37 procent inte tycker att det finns. *Några kommentarer kring detta är: "Lokala/kommunvisa samverkansgrupper finns men inte forum för enskilda ärenden så vitt jag vet". "Ja på lokal nivå". "SIP initieras vid behov". "Inte vid min nuvarande arbetsplats. Se tidigare svar ang mindre kommuner.". "Enheten är just på väg att stärka möjligheten". "Saknas i samverkan med flera kommuner".*

65 procent av de som svarat att det finns ett forum för samverkan och informationsutbyte kring enskilda patienter/brukare och 47 procent menar att det/dom också fungerar enligt det syftet. Så gott som alla övriga svarar varken eller. Ett par kommentarer har lämnats kring frågan: "Utifrån den information jag får så fungerar det väl men är lite olika i länet." "Sekretess kan ibland vara ett visst hinder för samverkan". Av de som inte tycker att det finns ett forum för samverkan och informationsutbyte kring enskilda svarade de flesta (5 personer) att de inte tycker att detta fungerar utan ett forum. Ett par svarade varken eller samt att en person tyckte att det fungerade i alla fall i ganska hör grad. *En kommentar lämnades här: "Där det saknas forum är risken att det i för stor utsträckning hänger på den enskilde medarbetaren om kontakt tas för samverkan".*

38 procent menar att det finns **gemensamma insatser** från kommunerna och landstinget **för personer med missbruk eller beroende.** 33 procent anser att det endast finns i liten omfattning. När det gäller **gemensamma insatser för personer med samsjuklighet**, ex missbruk eller beroende och psykisk sjukdom eller störning menar 45 procent att det finns medan 23 procent inte tycker så. 22 respektive 30 procent svarar varken eller kring frågan avseende insatser för personer med missbruk beroende samt personer med samsjuklighet. *Ett par kommentarer gavs från de svarande: "Gemensamma insatser för personer utan samsjuklighet sker i primärvården." "Finsam finansierar aktiviteter som vänder sig till målgrupperna"*

När det gäller om det finns **tillräcklig tillgång till abstinensvård** (avgiftning) som ett led i planerad behandling tycker 19 procent att det finns i hög omfattning medan 37 procent tycker att det finns i liten omfattning. 37 procent tycker att det görs en **tillräcklig uppföljning avseende personer med missbruks- och beroendeproblem inom den egna enheten** medan 29 inte tycker så. 26 procent menar att det **upprättas en gemensam vårdplan** i fall där ansvar finns hos både landsting och kommun medan 41 procent menar att det inte görs. På frågan om det, gemensam mellan kommunen och landstinget, utförs **övergripande uppföljningar av insatser** avseende personer med missbruks- och beroendeproblem menar 15 procent att det görs medan 52 procent menar att så inte är fallet. *Några av kommentarer från de svarande: "Fråga två anser jag att det kan bli bättre. Utgår från att ni i fråga tre menar samordnad individuell plan!? Omfattningen vet jag inte. Fråga fyra kan det bli mycket bättre." "Mycket svårt att remittera patienter med hög förbrukning av beroendefarmkallande läkemedel till Beroendeenheten. Orsaken är att pat är svårmotiverade och därmed inte tas emot vid Beroendeenheten ens för motiverande åtgärder vad jag fått rapporterat av läkare." "Har jobbat mindre än ett år i Landstinget och har inte fått information om gemensam vårdplan". "Samordnad individuell plan används men kan användas ännu mer".*

En avslutande fråga i enkäten var **vilka förändringar som** den tillfrågade anser **är viktigast att genomföra för att effektivisera missbruks- och beroendevården**. I sammanfattningen lämnades följande svar:

"Att använda samordnad individuell plan oftare än vad som görs i nuläget"

"Inom landstinget: En väl fungerande psykiatri. En väl fungerande beroendeenhet inom psykiatrin. Klara riktlinjer för vad psykiatrin ansvarar för och vad allmänmedicin ska ansvara för. Kunskapshöjning avseende denna typ av vård inom allmänmedicin. Samarbete mellan allmänmedicin och psykiatri. Utvecklade samverkansstrategier mellan landsting och kommuner både på central nivå och på individnivå."

"Differentierad vård inom slutenvården för patienter med samsjuklighet. Möta upp ungdomar och unga vuxna i ett tidigt skede. Sudda ut gränssnitt och arbeta mer tillsammans."

"Klargöra ansvaret mellan psykiatrin o allmänmedicin om vem som skall skriva recept tex.

Här står vi just i att börja med regelbundna möten mellan just psyk och oss för att klargöra vem som tar hand om vem av patienterna. Information mellan oss o kommunen är ju sämre pg sekretess mm. Bra med nytt datasystem där all förskrivning syns av mediciner."

"Övergripande mål och styrning bör nog utvecklas. Sannolikt är befintliga resurser för små och erfarenheten den att resurser dras ned, exv. från kommunen från gemensam verksamhet. Ojämlika förhållanden mellan kommunerna? Rutiner och riktlinjer skapar inte fler händer."

"Endast en aktör som har ansvar. Mycket arbete används till att se vem som har ansvar."

"Uppföljning läkemedel. Bättre hjälp från psykiatrin. "

"Lokal samverkan i stadsdelarna mellan kommunens beroendeverksamheter, landstinget representanter för Psykiatri och allmänmedicin. Kunskap till praktik är ett bra exempel som tyvärr inte tycks ha implementerats i Karlstads kommun men fungerat betydligt bättre ute i länet. "

"Vet inte!"

"Tydliga centrala ansatser. Just nu påbörjar vi lokalt ett ökat samarbete."

"Jobba med den yngre målgruppen missbrukare"

"Fortsätta det påbörjade arbetet för ökad samverkan"

Kommunerna

Av de 28 som fick enkäten har 23 svarat, dvs 82 %. De flesta, 45 procent, är IFO-chefer eller motsvarande, 36 % är socialchefer. Alla deltagande kommuner är representerade bland svaren. I något fall har det uppgivits att inkommet svar gäller för kommunen som helhet.

39 procent anser att det i hög grad finns **tydliga mål** för missbruks- och beroendevården inom landstinget, 30 procent anger ”varken eller” medan 17 procent anser att det finns i låg omfattning.

På frågan om man anser att kommunernas **ansvarsområden** för missbruks- och beroendevården är **tydliga** anser 83 procent att så är fallet i hög grad medan 13 inte tycker det. 57 procent tycker att landstingets **ansvarsområden** är **tydliga**, 30 procent tycker inte så.

83 procent säger att det finns ett **forum för samverkan och informationsutbyte** mellan kommun och landsting på **övergripande nivå**. *Några kommentarer kring detta är: "Otillräckligt. Överraskande att HSL huvudmannen kan verka så radikalt olika med samma lagansvar som LIV kontra landstinget Dalarna (avd 65, Falu las, tillnyktring, avgiftning, behandling)". "Vid socialchefsträffar diskuteras frågor rörande beroendecentrum". "Då menar jag på min nivå som förvaltningschef om man inte skall räkna med kommunrundorna från Beroendecentrum en gång per år men det brukar vara mer information". "Ja regionalt"*

Av de som svarat att det finns ett forum menar 74 procent att **syftet med dem är tydliga**, 47 procent säger också att det/dom fungerar enligt syftet.10 procent tycker inte syftet är tydligt och 16 procent tycker inte att det/dom fungerar efter syftet. 21 procent anger varken eller som sitt svar på om det/dom fungerar enligt syftet. Av de fyra svarande som inte menade att det fanns ett forum på övergripande nivå var det tre som tyckte att samverkan och informationsutbyte inte fungerade väl utan ett sådant. En person tyckte dock att det gjorde det.

När det gäller **forum för samverkan och informationsutbyte kring enskilda patienter/brukare** pekar 52 procent på att det finns och nästan lika många som svarar att det inte finns. *Några kommentarer kring detta är: "Kommun resp. psykiatri tar var och en initiativ till ev. möte för att upprätta SIP samordnad individuell plan". "Sker i det dagliga på Vuxenavdelningen". "Tyvärr, det vore önskvärt. Anonyma samråd utifrån klienters behov". "Vårdplaneringar planeras och görs ofta vid behov. Inget speciellt forum kring enskilda patienter, vilket jag tycker att vi borde ha."*

33 procent av de som svarat att det finns ett forum för samverkan och informationsutbyte kring enskilda patienter/brukare menar att det/dom också **fungerar enligt det syftet**. 41 procent tycker inte att **syftet med dem är tydliga**. Av de som inte tycker att det finns ett forum för samverkan och informationsutbyte kring enskilda svarade i stort sett alla, 8 personer) att de inte tycker att detta fungerar utan ett forum. 1 person var tycker dock att det fungerar eller anger varken eller som svar.

41 procent menar att det finns **gemensamma insatser** från kommunerna och landstinget **för personer med missbruk eller beroende.** 50 procent anser att det endast finns i liten omfattning. När det gäller **gemensamma insatser för personer med samsjuklighet**, ex missbruk eller beroende och psykisk sjukdom eller störning menar 32 procent att det finns medan 50 procent inte tycker så.

Kommentarer som gavs från de svarande: "Beroendecentrum". "Vi har ju Beroendecentrum tillsammans Via Värmlands Läns vårdförbund". "Samverkan kring enskilda patienter/ klienter fungerar många gånger uruselt. Landstinget tar sällan initiativ till vårdplaneringar eller SiP gällande klienterna. De skrivs ut från vårdavd. utan vår vetskap eller någon planering och står sedan hos oss och vill ha hjälp. Enligt de riktlinjer som finns är det landstingets ansvar med psykiskt sjuka missbrukare som vårdas hos dem. Det fungerar mycket dåligt. Vi har tyvärr exempel på när pat. legat inne och endast fått mediciner och inte ens en fråga om hur de mår osv. och sedan utskrivning utan någon som helst planering. Om nationella riktlinjer på området ska fungera måste alla delar fungera rent praktiskt. Annars är riktlinjer till ingen nytta!"

När det gäller om det finns **tillräcklig tillgång till abstinensvård** (avgiftning) som ett led i planerad behandling tycker 43 procent att det finns i hög omfattning medan 38 procent tycker att det finns i liten omfattning. 53 procent tycker att det görs en **tillräcklig uppföljning avseende personer med missbruks- och beroendeproblem inom den egna enheten** medan 24 inte tycker så.

29 procent menar att det **upprättas en gemensam vårdplan** i fall där ansvar finns hos både landsting och kommun medan 48 procent menar att det inte görs. På frågan om det, gemensam mellan kommunen och landstinget, utförs **övergripande uppföljningar av insatser** avseende personer med missbruks- och beroendeproblem menar 24 procent att det görs medan 67 procent menar att så inte är fallet. *Här finns ett par kommentarer från de svarande: "Kommunerna svarar ju för alla kostander för avgiftning genom en dygnskostnad, På ett övergripande plan finns det årliga mötet med beroendecentrum och att förbundsdirektören deltar på länets socialchefsträffar. Socialcheferna träffar också regelbundet divisionscheferna på Landstinget". "Vår erfarenhet är att SIP fungerar ganska dåligt med psykiatrin och när SIP fungerar handlar det mer om tur med bra läkare. Missnöje med läkarstabilitet. "*

En avslutande fråga i enkäten var **vilka förändringar som** den tillfrågade anser **är viktigast att genomföra för att effektivisera missbruks- och beroendevården**. I sammanfattningen lämnades följande svar:

"Fortsatt implementering av beslutade gemensamma handlingsplaner. I vår kommun avser vi att utveckla arbetet med missbruk och föräldraskap. "

"Samarbete"

"Ett utvecklat samarbete med primärvården för t.ex. poliklinisk vård och avgiftning."

"Se över HSL huvudmannens ansvar för avgiftning, behandling. Jfr Lt Dalarna, avd 65a, Falu lasarett. Jfr statistik i alkohol och drogrelaterad död. Dalarna lägst i Sverige, ca 3 %, Värmland högst i Sverige, mer än 6 %."

"Vi behöver bli bättre på att erbjuda öppenvårdsalternativ"

"Att man använder sig av SIP samordnad individuell plan."

"Bättre samarbete med vårdcentralerna, utveckling av beroendecentrum, öppenvårdsmottagningar, återfallsprevention"

"Förenkla samarbetet mellan kommunens missbruksvård och den slutna vuxenpsykiatrin. Gemensamma utbildningar för mer genomgripande samsyn på samsjuklighet."

"SIP möten för klienter/patienter som har missbruksproblem alt missbruk/psyk problem."

"Jag tycker att Landstinget skulle få tillbaka hela ansvaret för avgiftningar vilket är fallet i många andra län. Kommunen kunde då använda de pengar som blir över till att möta upp med en god gemensam planering för individen före och efter avslutad behandling på sjukhus"

"Kunskap om SIP och tydligare ansvarsfördelning vid missbruk både med och utan samsjuklighet i verkligheten. På samverkansträffar verkar alla veta sitt uppdrag men mycket svårt i verkligheten. Mycket pga stafettläkare utan kontinuitet. Landstinget signalerar en uppgivenhet om sin egen verksamhet och uppmanar oss att göra avvikelserapporter..."

"Se till att nationella riktlinjer är implementerade på alla nivåer inom ffa landstinget! Läkare verkar t.ex knappt känna till vad som ska gälla. Det är enklare med implementeringen inom kommunen eftersom vi oftast är en liten avgränsad enhet."

"Den samordnade missbruksvården organiseras långsiktigt och kortsiktigt i gemensamma planer med lokal förankring. Utveckling av samverkan utifrån nya behov."

"Öka samverkan mellan kommun och landsting. Se på möjligheterna att grannkommuner har en ökad samverkan kring öppenvårdsinsatser."

4.2. Sammanställning av genomförd workshop

Den 11 december genomfördes en workshop kring granskningen. Inbjudna var dels de som besvarat den tidigare webenkäten, men också andra som intervjuats under arbetet fick en inbjudan. Det kom 32 personer till workshopen som genomfördes i landstingshuset. Samtliga deltagande kommuner och landstingsverksamheter samt Beroendecentrum och Värmlands läns Vårdförbund var representerade.

Under workshopen presenterades de preliminära resultaten från granskningen och deltagarna arbetade med att själva kommentera dessa samt gavs utrymme att i grupp ta fram de förbättringsåtgärder man såg som viktigaste för att förbättra samverkan mellan de olika aktörerna inom området.

Den första frågan man arbetade kring var att själva reflektera över vad som upplevdes som positivt respektive negativt i de frågor som granskningen tar upp.

Grupperna tog upp följande:

Reflexioner över:	+	-
Styrning	Styrdokument finns	Implementering brister (särsk vc)
	Revideringar har gjorts	Lokala styrgrupper brister
	Lokala styrgrupper finns	Reviderar i stället för utvärdera – utvärdering brister
	Överenskommelser tydliga	Samsjuklighet otydligt
	Brukarmedverkan	Ändamålsstyrd bugetstyrning – har vi gjort rätt?
		Kontinuitet saknas pga personalomsättning
		Kortsiktigt ek tänkande
		Budgeten ej konsekvent mot andra styrande direktiv och lagstiftning
		Ettårsbudget ger kortsiktig planering
Arbetsformer	Evidensbaserade metoder	Samarbete psykiatri brister
	SIP	SIP initiering oklar Metodiken behöver utvecklas När ska den göras? Brukarperspektivet har tappats
		Varje individs ansvar otydligt
	Gemensamma bedömningsinstrument	Bedömningsinstrument används inte alltid
		Implementera bedömningsinstrument!
	BC finns på hemmaplan – vårdkedjan lättare och tydligare	Vägen in begränsad
	BC – läkare på plats	Påverkan beh innehåll – inriktning, metod. Mkt medicin används.
	Audit/Dudit - samma arbetsmetod	Behov lyfta frågan om vem som kan remittera till BC
	Kostnad BC	Hantering avvikelser – ingen analys av ärenden där vi ej lyckas tillsammans
		Saknas samsyn på vad som är abstinensvård
		Akut abstinensbehandling saknas i länet
		Socialtjänsten ofta vägen in – men alla vill ej gå dit.
Ansvars fördelning	Tydlighet i styr dok	Stort ansvara soc
	Vård- och stödsamordnare kan rekryteras - samsjuklighet	Socialsekreterare gör medicinska bedömningar vid avgiftning/abstinensbeh
	Provtagning, drogtester	Tolkning av samv dok vad gäller ansvar och initiativ olika

		Samsjuklighet?
		Samsyn saknas mellan huvudmännnen men också inom landstinget
Samverkans former	Samverkanforum finns på olika nivåer	Inga samverkansmöten på individnivå
	Att det finns ledare för samverkan som kan rutinen	Parallella möten med likartade områden
		Brist på prioritering av samv möten (landstinget)
		Otydlighet i syfte vid samverkansmöten – varför sitter vi här? Mandat? Beslutsforum eller inte?
		Följs upp samverkan forumens effekt.

Förbättringar som kom upp vid diskussion i storgrupp:

- Det måste vara tydligt var ansvar ligger inom hierarkin hos båda huvudmännen, vilket också ska vara förankrat. Detta ska inte behöva diskuteras på lokal nivå.
- Behov av förbättringar och avsteg från överenskommelsen bör lyftas
- Se över samverkanstrukturen – syfte, medlemmar och mandat!
- Se över uppgifter enligt överenskommelsen och säkerställ att kompetensen finns – renodla!
- Se över situationer där allmänmedicin bedömer att patienten klarar medicineringen själv men ber socialtjänsten ta hand om utdelning! Är det lämpligt – kompetens – ansvar – risker.

Den andra uppgiften som grupperna hade att arbeta med var vilka förbättringsområden som behöver prioriteras för att få en bättre samverkan mellan de olika aktörerna. Nedanstående prioriteringar med ansvarsfördelning togs fram:

ETT	TVÅ	TRE
Styrgrupper skapas utifrån funktioner i respektive organisation	Landstinget ansvarar för kostnad och möjlighet till inskrivning på BC (avgiftning/abstinensbeh)	Implementera styrdokumenten ***Ansvar: chefer inom resp enhet***
Implementering av de styrande dokumenten på verksamhetsnivå ***Ansvar: alla***	Våga lyfta brister och attitydfrågor mellan huvudmännen ***Ansvar: ledningsnivå***	Alla ska ha ut bildning i SIP – krav för att det ska ske på rätt sätt ***Ansvar: ledningsnivå***
Politisk samsyn i ansvarsfrågan behövs ***Ansvar: Politiker inom kommun och landsting***	Följ upp att lokala styrdokument och implementerade och följs ***Ansvar: chefer hos båda huvudmännen***	Strukturerad uppföljning av samverkan ***Ansvar: ansvariga chefer***

Omtag med implementering av dokumenten med granskningen som utgångspunkt ***Ansvar: styrgruppen***	Tydliggöra skillnaden mellan placerad abstinensvård/tillnyktring /akut medicinsk behandling. En ingång till landstinget när det gäller abstinensvård/ bedömning ***Ansvar: styrgruppen***	Behandla båda tillstånden samtidigt (samsjuklighet) – tydligare rutin bör implementeras ***Ansvar: styrgruppen***
Implementering av styrdokumenten i verksamheten ***Ansvar: resp verksamhet i linjen uppifrån och ner***	Uppföljning av vidtagna åtgärder ***Ansvar: arbetsgrupp – styrgrupp - arbetsgrupp***	SIP och vård- och stödsamordning ***Ansvar: alla parter***
Akuta avgiftningar, alk pol	Mediciner	Implementera överenskommelserna i verksamheterna

Ytterligare förbättringsområde som fördes fram var:

- Våga diskutera mer HUR-frågor på alla nivåer.
- Brukar-involvering och uppföljning
- Mera gemensam utbildning

Vid seminariet konstaterades slutligen att:

- Vi har en bra struktur för samverkan!
- Gör ett omtag med implementering av våra överenskommelser!
- Vi ska vara rädda om det vi har!