

# Revisionsrapport

## *Granskning av samverkan kring missbruksvård – Landstinget i Värmland och värmländska kommuner*

*Projektledare  
Karin Magnusson*

*Lars Näsström  
Lena Brönnert  
Linnéa Grönvold*

*Januari 2018*

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>5</b>
1.1. Bakgrund .....	5
1.2. Syfte och revisionsfråga.....	5
1.3. Revisionskriterier .....	6
1.4. Avgränsning.....	7
1.5. Metod.....	7
<b>2. Iakttagelser och bedömningar</b> .....	<b>9</b>
2.1. Avtal och överenskommelser .....	9
2.2. Styrdokument utfärdat till verksamheterna .....	12
2.3. Efterlevnad av styrdokument .....	13
2.4. Uppföljning.....	15
2.5. Har behov av vård tillgodosetts.....	18
2.6. Tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll .....	20
2.7. Vad har hänt sedan föregående granskning? .....	21
2.8. Övriga noteringar .....	22
<b>3. Sammanfattande slutsatser</b> .....	<b>23</b>
<b>4. Bilagor</b> .....	<b>25</b>
4.1. Sammanfattning av webbenkäten .....	25
4.2. Landstinget.....	25
4.3. Kommunerna.....	27
4.4. Sammanställning av workshop .....	32

## Sammanfattning

Situationen och utmaningarna för en person med missbruksproblematik är ofta komplex. Ofta ställs det krav på olika samhälleliga insatser över tid. Med hänsyn till enskilda individer samt samhällets resurser så bör insatser kring individen samordnas på ett sådant sätt att behandling får högsta möjliga effekt.

Revisorerna i Landstinget i Värmland har tillsammans med revisorerna i 15 av länets kommuner utifrån genomförd riskanalys beslutat att granska samverkan i missbruksvården. Det övergripandet syftet med granskningen är att besvara om Landstinget i Värmland och kommunerna - utifrån sina respektive uppdrag och ansvar säkerställt att vård, omsorg och stöd avseende missbruksvård fungerar på ett tillfredsställande sätt genom att inrätta ändamålsenliga arbetsformer, samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring.

För att besvara detta har granskningen fokuserat på ett antal olika områden och den sammanfattande bedömningen utifrån dessa är att landstinget och kommunerna endast till viss del säkerställt att vård, omsorg och stöd avseende missbruksvård fungerar på ett tillfredsställande sätt.

Vår bedömning grundar vi på följande:

Det finns en organisering och struktur för ledning och styrning av missbruks- och beroendevård i länet. Justeringar i organisering och samordning har skett under 2016 och nya former har implementerats under 2017. Samverkansformer och samlokalisering av verksamheter finns reglerade i samverkansöverenskommelser, länsöverenskommelsen för missbruks- och beroendevården och i lokala överenskommelser för 5 olika områden i länet. Gällande överenskommelser är aktuella och upprättade för att säkerställa att de nationella riktlinjerna efterlevs.

Det har tillsatts en politisk styrgrupp och en central ledningsgrupp för länets missbruks- och beroendevård. Den politiska styrgruppen har gett länets centrala ledningsgrupp för missbruks och beroendevården i Värmland i uppdrag att årligen redovisa resultatet av utvecklingen i länet. Ännu har sådan uppföljning och rapportering inte skett, men vi bedömer att förutsättningarna för länsgemensam styrning och uppföljning har förbättrats i och med den nya organiseringen och strukturen.

Efterlevnaden av överenskommelsen är dock bristfällig och dess faktiska innebörd har inte alltid diskuterats mellan olika huvudmän på lokal nivå. Det saknas på flera håll strukturerade samverkansforum för att föra sådana diskussioner mellan tjänstemän ute i organisationerna.

Delar som inte efterlevs enligt vad som uttrycks i överenskommelserna är bland annat upprättande av samordnade individuella planer (SIP). De intervjuade uppfattar att användandet av SIP successivt har ökat, men granskningen av akter visar på stora variationer i länet. De intervjuade uppfattar att SIP är ett bra verktyg som bidrar till samverkan. I de

fall SIP har upprättats finns det enligt de intervjuade ofta skäl att förbättra uppföljning och säkerställa efterlevnaden av det som upprättats i SIP.

Förekomsten av standardiserade bedömningsinstrument varierar också inom länet och används i mindre omfattning än vad som är avsett.

Vad det gäller flödet och samverkan kring de individer som är i behov av landstingets och kommunens insatser avseende missbruks- och beroendevård så är det tydligt att de olika huvudmännens kompetenser och insatser inte alltid samordnas på ett optimalt sätt. Granskningen har påvisat brister i ärenden som rör LVM (Lag om särskild vård av missbrukare) där huvudmännens bristande kunskaper om ansvar och roller har inneburit brister i omhändertagandet. Granskningen påvisar också särskilda utmaningar i de ärenden där socialtjänsten bedömer att klienten är i behov av akut vård med abstinensbehandling. Akut omhändertagande kan inte ordnas av landstingets och kommunens samordnande verksamhet, Beroendecentrum, där medicinsk kompetens finns tillgänglig. De individer som uppfattas vara i behov av omedelbar placering placeras i stället på externa HVB (Hem för vård och boende) där den medicinska vården inte alltid är lika tillgänglig som på Beroendecentrum. Det finns förhoppningar om att Landstingets beslut om att inrätta fyra platser för akutvård till substansberoende ska förbättra situationen. Dessa platser är dock ännu inte i drift. Vi ser också att det kan finnas skillnader i kommunens och landstingets syn på behovet av akuta insatser och vad som orsakar den akuta situationen. För att öka upplevelsen av gemensamt ansvarstagande och optimalt samordnande av roller och ansvar så bör åtgärder vidtas i syfte att öka samsynen.

Placering på Beroendecentrum kan inte ordnas via läkare utan är beroende av beslut från socialsekreterare. Det innebär att patienter med behov av abstinensbehandling inte per automatik kan skrivas in från en slutenvårdsavdelning till Beroendecentrum utan vården behöver planeras av en socialsekreterare. En medicinskt färdigbehandlad individ kan därmed skrivas ut från sjukvården innan det funnits möjlighet att bereda plats på Beroendecentrum vilket kan innebära brott i vårdkedjan.

Det förekommer enligt intervjuer att patienter återremitteras eller nekas utredning och/eller behandling vid psykiatrien då de inte uppvisat drogfrihet i tre månader. Enligt de intervjuade är dock en del av orsaken till missbruksproblematiken en samsjuklighet där individen skulle behöva en utredning för att kunna erbjuda den vård och behandling som kan bidra till framtida drogfrihet. Det råder oenighet huruvida dessa individer på en korrekt grund nekas utredning.

Ett vanligt skäl till att överenskommelsen inte efterlevs är enligt de intervjuade att det saknas personal och resurser. Bristen på tillgängliga resurser inom exempelvis psykiatrien är skälet till att individer avvisas eller att väntetiderna är flera år. Konsekvensen blir att ansvaret faller över på andra aktörer i vårdkedjan och de uppstår undanträngningseffekter då dessa aktörer inte kan prioritera det som ligger inom ramen för deras egentliga åtagande. Enligt granskningen saknas ett systematiskt och samordnat sätt att arbeta med avvikelser som rör samverkan och som rapporteras i de ärenden där samverkansöverenskommelserna inte efterlevs.

Trots att missbruksvården och samsjuklighet lyfts fram som en utmaning i delårsrapporter och årsredovisningar i flera kommuner så är det relativt sällsynt att styrelse eller

nämnd tydliggjort med mål eller annan styrning vad de förväntar sig av missbruksvården. Såväl landstinget som granskade kommuner lyfter på ett eller annat sätt fram samverkan som en framgångsfaktor och som något nödvändigt för att klara framtida uppdrag rörande målgruppen.

Det finns i varierad omfattning rutiner för handläggning, och uppföljningen av missbruks- och beroendevården är bristfällig och begränsas av att det sällan finns mål och kvalitativa och kvantitativa måttal.

## **Rekommendationer**

Vi rekommenderar att landstingsstyrelsen och berörda nämnder i kommunerna säkerställer;

- att organiseringen som implementerats under 2017 vad gäller samordning av länets missbruks- och beroendevård leder till önskade effekter. Vi ser att framgångsfaktorn för detta är att ha en fortsatt kontinuitet i den politiska styrgruppen och den centrala ledningsgruppens arbete och att roller, ansvar och uppdrag för grupperingarna förankras.
- att överenskommelsen implementeras bland tjänstemän på lokalnivå. Enligt granskningen saknas strukturerade forum för de diskussioner som behövs mellan respektive kommun och berörda tjänstemän inom landstingets verksamheter.
- att åtgärder vidtas för att förbättra efterlevnaden av överenskommelserna bland annat vad det gäller upprättande av SIP, användandet av standardiserade bedömningsinstrument och ansvarsfördelning vid vård har personer med behov av insatser från kommunen och landstinget.
- att det som ett led i en sammanhållen styrning av länets samverkan i missbruks- och beroendefrågor säkerställs att en samlad redovisning av resultatet av utvecklingen av missbruksvården rapporteras från den centrala ledningsgruppen till den politiska styrgruppen så som planerat.
- att det inom respektive verksamhet formuleras mål och måttal för att följa utvecklingen avseende missbrukare och insatser till individer med samsjuklighet. På vissa håll behöver även riktlinjer upprättas och/eller revideras.

# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

Situationen och utmaningarna för en person med missbruksproblematik är ofta komplex. Ofta ställs det krav på olika samhälleliga insatser över tid. Med hänsyn till enskilda individer samt samhällets resurser så bör insatser kring individen samordnas på ett sådant sätt att behandling får högsta möjliga effekt. Brister i tillgången till rätt kombination av insatser över tid kan äventyra vårdens effekt såväl på individ- som systemnivå.

Landstinget i Värmland och de värmländska kommunerna har sedan 2010 en länsöverenskommelse om missbruks- och beroendevården i Värmland, senast reviderad 2016. Syftet med Länsöverenskommelsen är att utifrån ett brukarperspektiv beskriva hur ansvarsfördelningen ser ut mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården och hur samverkan mellan dessa huvudmän ska utformas. Den gemensamma länsöverenskommelsen ska utgöra ett underlag för lokala överenskommelser mellan huvudmännen.

Erfarenhet säger att gemensamma styrdokument kan ge kommuner och landsting en bra övergripande vägledning för ansvarsfördelning, men att dessa ofta ställer krav på att verksamheterna sinsemellan närmare överenskommer om ansvarsfördelning. I annat fall kan felaktiga förväntningar uppstå mellan olika verksamheter vilket kan leda till brister i vårdkedjan.

En viktig grund i samordningen av missbruksvården är att arbetet med upprättande av en samordnad individuell plan, SIP, fungerar ömsesidigt samt att det ses som ett gemensamt ansvar att initiera och genomföra dessa.

Uppföljning är väsentligt både för att följa hur väl den enskilde individen tillgodogör sig behandling och insatser, men även för att på aggregerad nivå följa resultatet av olika insatser. Tidigare granskningar visar att verksamheterna inte minst brister i uppföljningen på aggregerad nivå samt i att ta vara på erfarenheter för utveckling av verksamheten.

Fokus i granskningen ligger på brukarcentrerad samverkan. Samverkan diskuteras utifrån tre olika områden: samstruktur, samsyn och samarbete. Inom de två förstnämnda områdena skapas förutsättningar för samarbetet där fokus är på en eller flera brukare. Vi ser ofta att samverkan fungerar bra, men då ofta utifrån ett personellt perspektiv, dvs. att personer i organisationerna hittat varandra och samverkar utifrån en gemensam värdegrund. En sådan personberoende samverkan är dock bräcklig och det måste finnas styrsystem och strukturer som är personoberoende.

## 1.2. Syfte och revisionsfråga

Det övergripande syftet med granskningen är att besvara om Landstinget i Värmland och kommunerna - utifrån sina respektive uppdrag och ansvar säkerställt att vård, omsorg och stöd avseende missbruksvård fungerar på ett tillfredsställande sätt genom att inrätta ändamålsenliga arbetsformer, samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring.

Den övergripande revisionsfrågan har brutits ned i följande revisionsfrågor:

1. Vilka avtal och överenskommelser finns mellan Landstinget i Värmland och berörda kommuner?
2. Vilka styrdokument har landstinget respektive kommunerna utfärdat till sina respektive verksamheter?
3. Vilka instanser har beslutat om styrdokumentet?
4. Hur bedrivs arbetet i verksamheterna och överensstämmer det med vad som avtalats och vad som framgår av beslutade styrdokument?
5. Har ansvariga styrelser och nämnder följt upp om avtal och andra styrdokument efterlevs?
6. Bedöms patienternas behov av vård, omsorg och stöd ha tillgodosetts utifrån den journalgranskning som genomförs i granskningen?
7. Bedöms styrelsernas och nämndernas styrning, uppföljning och interna kontroll vara tillräcklig för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer mellan huvudmännen samt mellan huvudmännens olika enheter?

Om granskningen visar att det finns brister, ska förslag ges på vilka förbättringsåtgärder som behöver vidtas.

### 1.3. *Revisionskriterier*

Revisionskriterier i denna granskning är

- Socialtjänstlagen (5 kap. 9 a § SoL)
- Hälso- och sjukvårdslagen (8 b § HSL).
- Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende<sup>1</sup>
- Länsöverenskommelse - vård- och stöd vid missbruk och beroende i Värmland.<sup>2</sup>

Kommuner och landsting har en allmän lagstadgad skyldighet att både samverka och lämna god service enligt Förvaltningslagen och Hälso- och sjukvårdslagen samt andra lagar som styr huvudmännens verksamhet. Sedan 1 juli 2013 förstärktes lagstiftningen med ett nytt tillägg i Socialtjänstlagen (5 kap. 9 a § SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (8 b § HSL). Detta innebär att landstinget och kommunen skall ha gemensamma överenskommelser ifråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel. Överenskommelser skall finnas som tydliggör roller och ansvarsfördelning mellan huvudmännen.

Sedan 2007 finns nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Riktlinjerna innehåller centrala rekommendationer vilka Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens insatser vid avgiftning. 2015 skedde en revidering av riktlinjerna vilket bland annat innebar förtydliganden i val av behandling.

<sup>1</sup> Socialstyrelsen (2015) : *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning.*

<sup>2</sup> Landstinget Värmland, Värmlands läns vårdförbund: *Länsöverenskommelse – Vård och stöd vid missbruk och beroende i Värmland. Samt länsöverenskommelse vid dopningsmissbruk.* Giltig 2010-05-31 – 2018-02-20. Reviderad 2013-02-20, 2016-02-20

## 1.4. ***Avgränsning***

Granskningen avgränsas till att gälla Landstinget i Värmland och Hammarö, Storfors, Karlstad, Kil, Filipstad, Kristinehamn, Arvika, Munkfors, Hagfors, Torsby, Forshaga, Säffle, Sunne, Eda, och Årjängs kommuner. Granskningen omfattar huvudmännens samverkan avseende den vård för missbruk som riktas till vuxna, dvs. till enskilda från 18 år och uppåt.

De verksamheter som bedrivs inom respektive kommun och de kommuninterna gränssnitten ingår inte i granskningen, liksom det stöd som erbjuds inom kommunal verksamhet i form av s.k. stödinsatser (serviceinsatser).

När det gäller intervjuer och journalgranskningar inom landstinget har dessa planerats med deltagande från fem vårdcentraler. Dessa har varit Verkstaden i Arvika, Säffle, Gripen i Karlstad, Storfors, Hagfors.

## 1.5. ***Metod***

Fakta- och informationsinsamling har skett genom dokumentgranskning, enkät, journal/aktgranskning och intervjuer. Rapporten har skickats ut till berörda verksamheter för sakgranskning samt kvalitetssäkrats internt med stöd av Maria Jäger, certifierad kommunal yrkesrevisor.

De aktuella dokumenten som bildat underlag för granskningen har dels bestått i länsövergripande samverkansdokument och den lokala överenskommelsen gällande samverkan. Övriga dokument har varit kommunernas och landstingets mål och riktlinjer för beroende- och missbruksvård.

Vi har tagit del av följande dokument:

- Länsöverenskommelsen avseende vård och stöd vid missbruk och beroende i Värmland
- De lokala överenskommelserna för vård och stöd vid missbruk och beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel för personer 18 år och äldre
- Vårdprogram avseende missbruk och beroende, division psykiatri
- Vårdrutin avseende ansvars- och arbetsfördelning mellan psykiatri och allmänmedicin vid vård av vuxna patienter med psykiatriska tillstånd
- Förteckning över lokala styrgrupper
- Landstingsplan 2017
- Minnesanteckningar under 2017 avseende sammanträden i centrala ledningsgruppen för missbruks- och beroendevården i Värmland

Intervjuer har i deltagande kommuner genomförts med:

- ansvariga chefer, dvs. socialchef/avdelningschef eller motsvarande,
- ansvariga handläggare
- andra nyckelpersoner har efter samråd med respektive kommun också medverkat, ex vis drogterapeut eller chef för socialpsykiatri.



---

Inom landstinget har intervjuer genomförts med:

- chef för den öppna psykiatriska verksamheten
- ordförande i primärvård- och psykiatriutskottet samt ordförande i sjukhusutskottet
- cheferna vid fem av länets vårdcentraler. Vid två av dessa har även samordnande sjuksköterska deltagit.

Vid Värmlands läns Vårdförbund har intervjuer genomförts med:

- förbundschef
- utvecklingsledare landstinget/Värmlands läns vårdförbund
- avdelningschef för Beroendecentrum

En del i granskningen har varit granskning av 10 akter per kommun inom den kommunala missbruksvården (sammanlagt 150 akter), och 30 journaler från landstinget fördelat jämt mellan de fem vårdcentraler som granskningen avgränsats till. Fokus i akt/journalgranskningen var på faktorer som rör samverkan mellan den kommunala missbruksvården och landstingets beroendevård. Denna del genomfördes med stöd av ett standardiserat granskningsprogram. Trots ett flertal påminnelser och kontakter så har det funnits svårigheter att få fram de journaler som önskats från landstinget. Det har inneburit att granskningsarbetet dragit ut något på tiden. De journaler som vi slutligen fått fram har från två av vårdcentralerna inte riktigt motsvarat det vi efterfrågat.

Den enkät som ingått i granskningen har till sin frågeformulering varit likalydande med den som genomfördes 2013, detta för att i viss mån kunna göra jämförelser mellan svaren. Enkäten har gått ut till chefer och handläggare inom kommunerna samt chefer och samtliga vårdcentralchefer inom landstingets primärvård. Svarsfrekvensen efter utskick samt två påminnelser har varit 78 procent i kommunerna och 39 procent i landstinget. Syftet med enkäten var att skapa en ökad kunskap inför intervjuerna. Enkäten har inte haft till syfte att utgöra något statistiskt och generaliserbart underlag för rapporten.

En workshop har genomförts för att diskutera iakttagelser från granskningen. Inbjudan skickades ut till samtliga som deltagit vid intervjuerna. Syftet med workshopen har varit att ge tillfälle till att förankra revisionsresultaten samt utgöra möjlighet till kompletterande faktagranskning. Det deltog 36 personer på workshopen.

## 2. *Iakttagelser och bedömningar*

### 2.1. *Avtal och överenskommelser*

Samtliga kommuner i Värmlands län är medlemmar i *Värmlands läns vårdförbund*. Värmlands läns vårdförbund har uppdraget att driva utvecklingsfrågor inom missbruks- och beroendområdet vilket omfattar samverkan, metodutveckling och brukarmedverkan. Verksamheten regleras genom förbundsordningen.

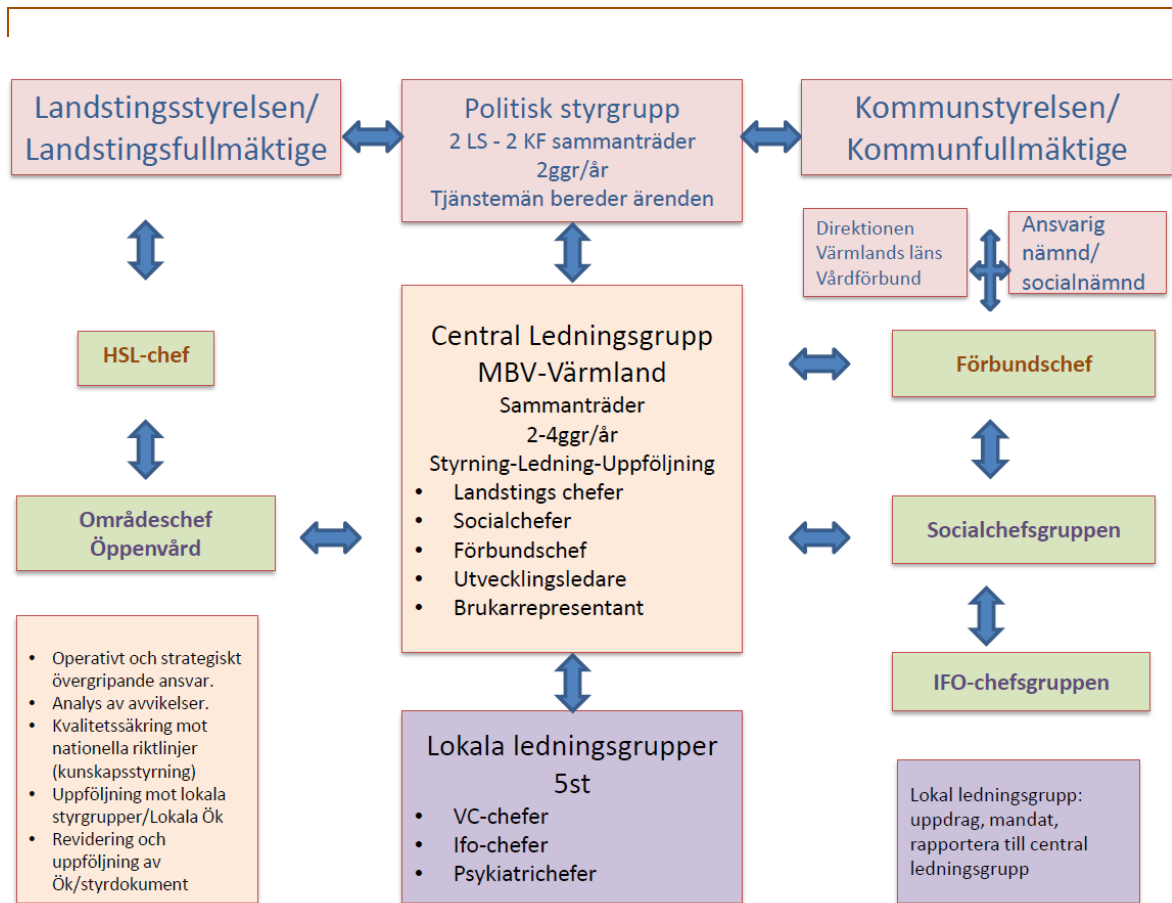
Sedan 2007 har Värmlands läns vårdförbund i samarbete med Landstinget i Värmland drivit ett HVB-hem med psykiatrisk öppenvård hela dygnet, *Beroendecentrum Värmland (BC)*. Verksamhetens inriktning är medicinsk abstinensbehandling samt psykiatriska och psykosociala bedömningar. Beroendecentrum tar emot klienter via biståndsbeslut från socialtjänsten.

Verksamheten har 12 vårdplatser och respektive huvudman ansvarar för att det finns den bemanning som krävs för att utföra sitt uppdrag. I dag finns det inom verksamheten knappt ca åtta tjänster som finansieras av landstinget och ca 12 tjänster som finansieras via Värmlands läns vårdförbund. All kostnad som i övrigt rör sjukvården finansieras av landstinget och övriga kostnader delas mellan landstinget och Värmlands läns vårdförbund. Fördelning av kostnader mellan kommunerna regleras genom förbundsordningen och är kopplad till antalet nyttjade vårddygn.

Beroendecentrum har sedan starten haft en styrgrupp, bestående av tjänstemän och politiker från landsting och kommuner. Styrgruppen hade att hantera både de operativa frågor som specifikt rörde beroendecentrum, men också övriga utvecklingsfrågor som rörde hela länet. Under 2016 utarbetades ett förslag om ny organisering vilket innebar att det bildades en renodlad politisk styrgrupp. Därtill bildades en central ledningsgrupp för utvecklingsfrågorna i länet. Styrgruppen för Beroendecentrum kan därmed specifikt fokusera på de frågor som rör Beroendecentrum.

Minnesanteckningar och protokoll för de olika styrgrupperna går att finna på Värmlands läns vårdförbunds hemsida.

Den rådande organisationen för samverkan i länet ser ut enligt följande:



Enligt *Länsöverenskommelsen om missbruks- och beroendevården i Värmland*<sup>3</sup> ska landstinget och kommunerna i länet i samverkan erbjuda vård och behandlingsinsatser för personer med missbruks- och beroendeproblematik. Överenskommelsen är träffad mellan landstinget och Värmlands läns vårdförbund. Samverkan ska ske både på länsövergripande nivå och på lokal nivå. Syftet med samverkan är att genom klargörande av ansvar, uppgifter och omfattning av och innehåll i den verksamhet som parterna bedriver, säkerställa att enskilda inte ska hamna mellan olika ansvarsområden. Länsöverenskommelsen gäller för personer från 18 års ålder. Överenskommelsen ska utgå från de nationella riktlinjerna som bland annat säger att de insatser som erbjuds ska bygga på bästa tillgängliga kunskap.

Länsöverenskommelsen ska bidra till att det på länsnivå finns en partsgemensam organisation för styrning och ledning, samordning av resurser, politisk medvetenhet, tydlig rollfördelning. Den ska också utgöra en grund för upprättandet av lokala överenskommelser. De lokala överenskommelserna ska förtydliga samverkan och roller mellan framförallt socialtjänst och hälso- och sjukvård. Lokala styrgruppen har ett tydligt uppdrag och ansvar i förhållande till styrdokumentet.

I överenskommelserna regleras vårdcentralernas och psykiatrins roll och ansvar för målgruppen. Vid behandling av personer med komplexa vårdbehov/samsjuklighet på grund

<sup>3</sup> Landstinget Värmland, Värmlands läns vårdförbund: *Länsöverenskommelse – Vård och stöd vid missbruk och beroende i Värmland. Samt länsöverenskommelse vid dopningsmissbruk*. Giltigt 2010-05-31 – 2018-02-20. Reviderad 2013-02-20, 2016-02-20.

av psykisk störning och missbruk ska vård och insatser ske samtidigt och integrerat i samverkan mellan beroendevården och socialtjänsten. För personer som har behov av insatser från flera aktörer ska det finnas former och rutiner för ett samlat ansvarstagande. En skriftlig samordnad individuell plan (SIP) ska upprättas.

En förutsättning för samarbete och kommunikation mellan huvudmännen på ett professionellt sätt är enligt överenskommelsen, att samma terminologi, definitioner och bedömningsinstrument används. Att använda evidensbaserade bedömningsinstrument ses som en förutsättning för att välja åtgärder på rätt nivå och för att följa utfall av insatserna. I lokala överenskommelser redogörs vilka dessa är.

Den centrala ledningsgrupp som har bildats har ansvaret för implementering av den länsövergripande samverkansöverenskommelsen. För att omsätta den övergripande överenskommelsen utifrån lokala förutsättningar och tydliggöra ansvarsfördelningen på lokalnivå så finns det fem lokala ledningsgrupper i länet med geografisk klustring av ett antal kommuner tillsammans med landstinget.

Fem lokala överenskommelser har därmed slutits på olika håll i länet mellan socialtjänst, vårdcentraler, öppenvård psykiatri, läns gemensam psykiatri och gemensamma verksamheter. Vårdförbundet har uppdraget att sammankalla de lokala ledningsgrupperna. Gemensamt för de lokala överenskommelserna är att de klargör att vård och behandling för personer med missbruks- och beroendeproblem är ett gemensamt ansvar och att former och rutiner för ett samlat ansvarstagande ska finnas för de personer som behöver insatser från flera aktörer. I varje samverkansärende ska en SIP upprättas som visar ansvar för olika insatser. De beskriver ansvar som finns hos vårdcentraler, hos psykiatri och hos socialtjänsten. Vid behandling av personer med samsjuklighet på grund av psykisk störning och missbruk ska detta, vid behov, ske samtidigt och integrerat i samverkan mellan psykiatri, beroendevård och socialtjänst. Där nämns även att neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och missbruk ställer krav på integrerade insatser. Överenskommelsen visar i övrigt kontaktuppgifter och verksamheternas ansvar och metodik för olika former av insatser, bedömningar, vård och behandling. Hänvisningar görs till Länsöverenskommelsen som utvecklar detta, exempelvis vägledning för användning av bedömningsinstrument och medicinska tester eller typ av behandling och stöd vid olika former av missbruk.

### **Bedömning**

Styrningen av samarbetet mellan kommunerna i missbruks- och beroendefrågor är organiserat och reglerat genom Värmlands läns vårdförbund och dess förbundsordning.

Samarbete mellan Värmlands läns vårdförbund och Landstinget i Värmland finns vad det gäller samordning av missbruksvården i länet och samlokalisering av verksamhet och är reglerat genom ett samarbetsavtal.

Det finns en gemensam organisering och struktur för att leda och styra utvecklingen av missbruksvården i länet. Det var något som saknades vid föregående granskning.

En aktuell läns gemensam överenskommelse avseende missbruks- och beroendevården i Värmland finns. Till den finns även lokala överenskommelser och revidering av både länsövergripande och lokala överenskommelser har gjorts för att säkerställa att dessa är aktuella och i enlighet med Nationella riktlinjer.

## 2.2. *Styrdokument utfärdat till verksamheterna*

### **Inom landstinget**

I landstingsplanen 2017, fastställd av landstingsfullmäktige, uttrycks att "Landstingets vision är en livskvalitet i världsklass. En sådan välfärd för alla i Värmland skapas i samverkan med andra aktörer." Enligt planen så handlar effektmålets förverkligande i stor grad om strategisk samverkan med andra aktörer. Planen ger uttryck för att Landstinget i Värmland har en central roll som samhällsaktör men med ständigt behov av att prioritera och förtydliga sin roll i samverkan bland annat med de värmländska kommunerna.

För att nå målet om "Bäst vårdkvalitet" så krävs ett arbete med att skapa sammanhållna vårdkedjor. I landstingsplanen framgår bland annat att det målet ska uppnås genom samverkan med kommunerna. Något annat som lyft under samma mål är ökad följsamhet till Nationella riktlinjer.

I landstingsplanen finns ett antal utvecklingsuppdrag med syfte att förbättra hälso- och sjukvården och tandvården. Ett flertal av dessa fokuserar på samverkan mellan olika aktörer inom landstinget samt med externa parter.

Det finns ett vårdprogram avseende "Missbruk och beroende" vilket är upprättat för tidigare division psykiatri. I vårdprogrammet finns det länkar till styrdokument som bland annat ska klargöra avgränsning i ansvar gentemot kommun och övrig hälso- och sjukvård samt vilka utredning och behandlingsmetoder som ska användas. Vissa av de styrdokument som är länkade är dock inaktuella.

### **I kommunerna**

I nio av de 15 granskade kommunerna har ansvarig nämnd fattat beslut om mål gällande missbruksvården. I några fall berör dessa mål också samverkan. I exempelvis Arvika styr målen mot att behandling mot missbruk ska tillgodoses genom samverkan och att kostnader för institutionsvård för vuxna ska minska.

I Säffle har kommunfullmäktige beslutat om mål för upprättandet av SIP och om en utökad samverkan med landstingspsykiatri.

I flera fall noterar vi att givna mål inte följs av mätetal eller mått vilket innebär svårigheter vid bedömning av måluppfyllelse. I några fall riktas inte målen specifikt mot missbruksvården men på tjänstemannanivå har ofta aktiviteter specifika för missbruksvården fastställts.

De flesta ansvariga nämnderna i kommunerna får trots detta en löpande rapportering av missbruksvårdens utveckling genom givna nyckeltal och statistik, exempelvis antal placeringar, kostnader för placeringar och kostnader för öppenvården. I några kommuner har placering upp till en viss dygnskostnad delegerats till tjänstemannanivå, men i flera kommuner är det nämnden som fattar beslut om eventuella placeringar.

I åtta kommuner har ansvarig nämnd fattat beslut om riktlinjer för handläggningen.

## **Bedömning**

Landstingsplanen uttrycker inget specifikt avseende missbruk, men ett mycket tydligt fokus finns på samverkan. Målgruppen med psykisk ohälsa är prioriterad i planen. Ett vårdprogram avseende missbruk och beroende finns upprättat och fastställt av dåvarande divisionschef för division psykiatri.

I flera av kommunerna har ansvariga nämnder inte fattat beslut om mål eller annan styrning som specifikt berör missbruksvården.

Vi bedömer att det såväl inom landsting som kommun finns ett behov av att tydligare ange mål och mätetal i nämndens styrning. Detta för att förtydliga styrningen men även för att göra en uppföljning möjligt.

Vi rekommenderar även att ansvariga nämnder ser över att aktuell styrning är uppdaterad. Detta såväl vad gäller riktlinjer som annat material som nås via länkar i styrdokumentet.

### **2.3. *Efterlevnad av styrdokument***

Såväl länsöverenskommelsen som de lokala överenskommelserna är kända hos berörda inom kommunerna samt inom landstinget. Dessa uppfattas av huvudmännen ge ett stöd till arbetet rörande missbruksvården och bidrar till att tydliggöra ansvarsområdena för respektive huvudman. Personalomsättning och introduktion av ny personal har för vissa kommuner inneburit att implementeringen av överenskommelsen dragit ut på tiden. Både landstinget och kommunerna uttrycker en tydlig vilja till samverkan, vilket också överenskommelserna ger stöd till.

Ett flertal intervjuade uppger dock att de upplever brister i följsamheten till överenskommelserna. Bland annat ger representanter för kommunerna uttryck för att landstinget brister i sitt ansvarstagande när det gäller utfärdande av läkarintyg i samband med ansökan om LVM. Kritiken gäller att handläggare hänvisats till olika verksamheter inom landstinget för att få detta läkarintyg samt synpunkter på läkarintyg som inte når upp till kraven på ett underlag.

Kring de lokala samverkansstrukturerna ges en splittrad bild. Mellan en del av kommunerna och vårdcentraler finns en utarbetad struktur för överläggningar kring enskilda ärenden, mellan andra kommuner och landstingets öppenvårdspsykiatri har det utarbetats lokala samverkansforum. För de som har lokala möten har samverkan stärkts tämligen direkt. I många kommuner finns rutiner för konsultation i enskilda ärenden vilket blir ett stort stöd i kommunernas klientarbete.

Några synpunkter är återkommande avser användningen av SIP. Här pekas på att användningen har ökat men att det fortfarande är alltför sällan som det blir verklighet. Från kommunernas sida menar många att det, i de fall som det sker, oftast blir på kommunens initiativ. Att SIP inte prioriteras eller de som kommer till mötet inte har tillräckliga mandat eller kunskap kring aktuellt ärende är återkommande kritik. De kommuner som riktar kritik påpekar dock att användandet av SIP skulle kunna öka om de själva var mer aktiva i att ta initiativ och skapade egna tydliga rutiner för att erbjuda och bjuda in till SIP.

En återkommande synpunkt från kommunerna är att det är alltför långa väntetider för missbrukare att få till stånd de utredningar som kan behövas, dels avseende medicinering men framförallt avseende psykiatriska utredningar. En vanlig uppfattning i kommunerna är att enskilda personer måste uppvisa tre månaders drogfrihet för att vara aktuell för utredning. Detta anses vara ett stort hinder för en adekvat missbruksvård. Även vårdcentralerna ser detta som en utmaning då patienter återremitteras då de inte varit drogfria tillräckligt länge. En väg till drogfriheten anses vara ett klagande av eventuell diagnos och adekvat stöd utifrån detta. Detta rör då personer med misstänkt samsjuklighet och där överenskommelsen är tydlig avseende det gemensamma ansvarstagandet, men där praktiken inte fungerar på önskvärt sätt.

Flera kommuner uppger också att man ser brister kring landstingets ansvarstagande när det gäller nertrappning av legalt förskrivna läkemedel, här är ansvaret tydligt i överenskommelserna och hur ansvarstagandet genomförs bör utredas vidare.

Det finns rutiner för hantering av avvikelser från överenskommelserna. Från huvudmännen konstateras att ytterst få avvikelser hanterats och att det brister i efterlevnaden gällande rapportering.

Samverkan med Beroendecentrum uppfattas av flertalet som bra. För de som är inskrivna finns en god samverkan och uppskattning ges till Beroendecentrums rådgivande funktion. Däremot uppfattas det som ett problem med alltför lång väntan för att enskilda ska få tillgång till abstinensvård på Beroendecentrum och att privata aktörer kan vara mer flexibla vid inskrivning av patienter. Det ger i sin tur att Beroendecentrum inte alltid blir första valet vid behov av abstinensvård.

Från landstingsrepresentanter pekas på att läkares tillgång till inskrivning på Beroendecentrums abstinensvård skulle underlätta i beslutsprocessen och dessutom kännas adekvat eftersom behovet av medicinsk abstinensvård kan bedömas av läkare.

### **Bedömning**

Överenskommelserna är till största delen kända i verksamheterna och dessa uppfattas ge ett bra stöd i frågor kring insatser och ansvar rörande missbruksvården. Det kan dock konstateras att överenskommelserna inte tillämpas fullt ut.

Även om det finns en ömsesidig vilja att samverka har de flesta kommunerna och landstinget ännu inte kommit till tals kring att mer konkret forma hur samverkan ska gå till, varken på ett lokalt övergripande plan eller kring konkreta ärenden.

Uppfattningen att det krävs tre månaders drogfrihet innan behandling eller utredning från landstingets sida behöver utredas och tydliggöras då detta är ett hinder för adekvata insatser för den enskilde.

Ansvaret för initiativ till SIP måste tydliggöras och användningen säkerställas. Detta är grundläggande för att säkerställa en adekvat vårdkedja för enskilda patienter/klienter.

Mot bakgrund av de brister som anges från flera kommuner kring landstingets ansvarstagande när det gäller nertrappning av legalt förskrivna läkemedel bör detta utredas vidare.

Eftersom arbetet med avvikelser från överenskommelserna är av stor betydelse för att kunna arbeta systematiskt med uppföljning och utveckling behöver följsamheten säkerställas.

Hur rutinerna vid inskrivning till Beroendecentrum kan förenklas för att bättre motsvara behovet behöver utredas vidare, inklusive läkares möjlighet till inskrivning.

## 2.4. *Uppföljning*

### Uppföljning överenskommelser

Den länsövergripande styrgruppen för Beroendecentrum har huvudansvaret för uppföljning av Länsöverenskommelsen. Uppföljningar ska göras vartannat år i samarbete med kommunernas socialtjänst samt berörda verksamheter inom Landstinget i Värmland. Revidering av länsöverenskommelsen genomfördes under 2016. I protokoll och handlingar framgår att revideringen av länsöverenskommelsen har hanterats av den politiska organisationen hos respektive huvudman.

Enligt intervjuer med representanter från Värmlands läns vårdförbund har det också skett en rundringning till lokala ledningsgrupper om hur samarbetet fungerat och vilka områden som finns för utvecklings- och stödbehov. Enligt anteckningar från Värmlands läns centrala ledningsgrupp för missbruks- och beroendefrågor så framkom följande vid rundringningen:

- Personer med missbruk och beroende prioriteras inte alltid som de borde och personer med komplexa behov drabbas hårdast av avbrott i vårdkedjan.
- Samarbetet fungera bra, bättre än tidigare och kan bli ännu bättre. Alla vill. Dock upplevs resursbrist inom psykiatrin – man räcker inte till för de behov som efterfrågas och personal upplever etiska dilemman utifrån prioriteringar av personer med psykiska symtom inkl. missbruk. Finns förbättringsutrymme när det gäller att använda sig av de arenor för samverkan och samarbete som finns – att rätt funktion/person deltar kontinuerligt.
- En integrerad beroendeenhet skulle betyda mycket för målgruppen - och underlätta samarbetet
- SIP används mer idag än tidigare.
- Behövs fler som behärskar kognitiv beteendeterapi, ta hem utbildning till länet!
- CLGMBV<sup>4</sup> borde:
  - Ha tydligare förväntningar och kommunicera de lokala ledningsgruppernas uppdrag.
  - Stödja det lokala arbetet genom att komplettera Värmlands läns vårdförbund utbildningsinsatser med återkommande workshops med fortbildning för brukar/patientnära personal.
  - Följa upp följsamhet till länsöverenskommelserna.

Vid genomförda intervjuer framkommer att revidering av de lokala överenskommelserna har skett till följd av revideringen av länsöverenskommelsen. Sammanfattande för arbetet med överenskommelserna är utvecklingsledaren för landstinget/Värmlands läns vårdförbund och i länet finns har de fem olika styrgrupper samlas för att utvärdera och revidera

<sup>4</sup> Centrala ledningsgruppen för länet utvecklingsarbete inom missbruk- och beroendevården



befintliga överenskommelser. Till mötet kallades enhetschefer för vårdcentralerna i de olika kommunerna, avdelningschefer för psykiatri i Karlstad och enhetschefer från kommunernas socialtjänster.

Enligt genomförda intervjuer kan delaktigheten och utvecklingsarbetet som sker i de 5 lokala ledningsgrupperna grupperna och i respektive kommun fortfarande utvecklas. De intervjuade uppfattar att det har blivit bättre när psykiatri och vårdcentraler lyder under samma ledning samt att det är enhetschefer istället för verksamhetschefer i primärvården som deltar. Det som på lokal nivå kan förbättras är tillgången till mötesform inom respektive kommun där de som arbetar med klienter/patienterna i vardagen får möjlighet att diskutera samverkan i praktiken. Idag har de olika huvudmännen främst kontakt för att diskutera enskilda ärenden.

### **Uppföljning av Beroendecentrum och länets utvecklingsarbete inom missbruks- och beroendevården (Värmlands läns vårdförbund)**

Värmlands läns vårdförbund har direktionmöte två ggr/år och där ges rapport av Beroendecentrums verksamhet vad gäller exempelvis beläggningsgrad, antalet placeringar som avbryts samt antalet placeringar som inte påbörjats som planerat. Vid direktionens möten finns en relativt god representation från medlemskommunerna. Vi kan dock konstatera att det är någon enstaka kommun som inte haft någon representant på plats vid något av de två möten som varit under 2017.

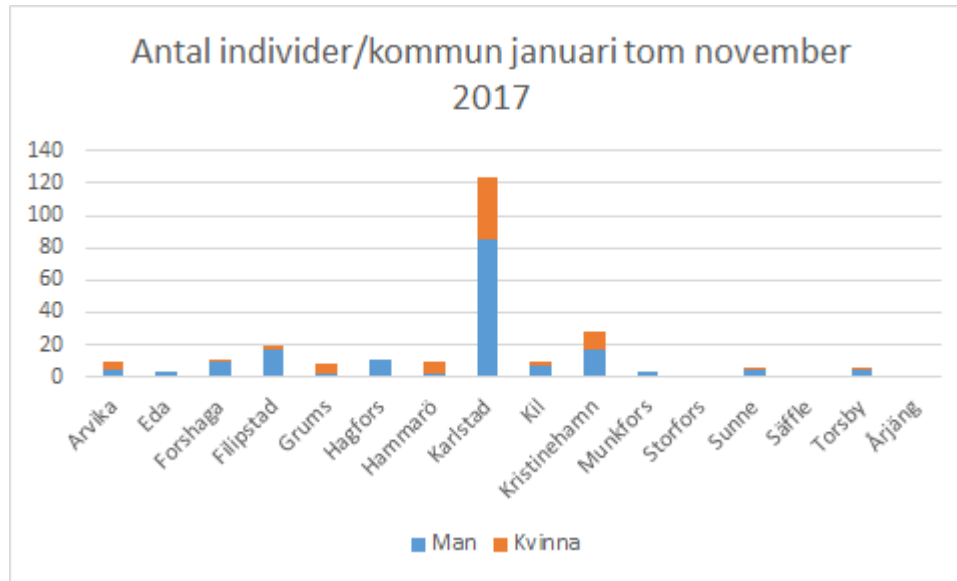
Vid direktionens möten ges även information om länets utvecklingsarbete inom missbruks- och beroendevården.

Den politiska styrgruppen har haft tre möten under 2017. Styrgruppen har i sitt uppdrag bland annat definierat ansvaret för att säkerställa att verksamheten når sina mål enligt länsöverenskommelsen. Den politiska styrgruppen har under året uppdragit till den centrala ledningsgruppen att överlämna en årlig redovisning av resultatet av utvecklingsarbetet.

Den centrala ledningsgruppen har under året haft 4 möten. Den centrala ledningsgruppen har samlat in information om hur samverkan i länet fungerar, vilka utmaningar som finns och tagit del av nationella rapporter. När denna granskning genomförts har det ännu inte överlämnats någon årlig redovisning av resultatet av utvecklingsarbetet till den politiska styrgruppen.

Beroendecentrums ledningsgrupp ska under året enligt planeringen ha haft fyra möten men det går endast att finna anteckningar från två av mötena på förbundets hemsida. Återkoppling om vad som hanterats vid beroendecentrums ledningsgruppsmöten återkopplas till förbundets medlemmar via socialchefs- och IFO-chefsgruppen. Vid mötena följs bland annat flödesstatistik. Avdelningschef för Beroendecentrum är årligen ute och träffar representanter i kommunerna för att samla in synpunkter på verksamheten. Återkoppling av resultatet från "kommunrundan" har lämnats vid ledningsgruppens möte. Utifrån 2016 års noteringar avseende antal patienter/klienter som avslutar sin behandling eller inte påbörjar planerad behandling, "drop-outs" så har åtgärder vidtagits. Utvecklingen av antalet drop-outs följs systematiskt.

Statistik från Beroendecentrum visar på följande vad det gäller andelen individer från respektive kommun som nyttjat Beroendecentrums verksamhet:



### **Uppföljning hos respektive huvudman**

Vid genomförda intervjuer framkommer att det ute i kommunerna kontinuerligt sker en uppföljning av verksamheten som helhet, men det är inte alla kommuner som har mål eller uppföljning avseende utveckling av missbruksvården eller samverkan kring denna. Detta trots att flera rapporter visar på att kostnaderna för vuxna med missbruksproblem är en utmaning för förvaltningarna. Gjorda granskningar av protokoll och delårs- och årsrapporter bekräftar den bilden. I ett antal kommuner går det att se att nämnden kontinuerligt följer utvecklingen inom missbruksvården exempelvis antal placerade enligt LVM och antalet pågående utredningar. Få kommuner har någon uppföljning i förhållande till några kvalitativa mål. Inom Landstinget sker inte någon specifik uppföljning av den beroendevård som sker inom landstingets regi (bortsett ifrån det som sker vid Beroendecentrum). Målgruppen är dock en del i annan statistik som följs upp av verksamheten exempelvis frekvens av återinläggningar.

### **Systematisk utveckling utifrån avvikelserapportering**

Vad det gäller uppföljning och utveckling utifrån gjorda avvikelser så ska det ske på lokal nivå. I Karlstads kommun finns det ett systematiskt arbete med att följa upp avvikelser tillsammans med landstinget, men i övriga kommuner uppges det i stora delar saknas forum för att systematiskt följa upp avvikelser i förhållande till överenskommelsen och att vidta åtgärder utifrån dessa.

Det tillfälle då det varit naturligt att diskutera avvikelser ifrån överenskommelserna har varit i samband med revidering av överenskommelserna, men de intervjuade uppger att det inte har skett på något strukturerat sätt med sammanställning av samtliga rapporterade avvikelser. De intervjuade ger uttryck för att det skulle vara önskvärt att även hitta forum på central nivå där lämnade avvikelserrapporter diskuteras för att systematiskt arbeta med förbättring av efterlevnaden av gällande överenskommelser. En väsentlig del i att arbeta med avvikelserna är att säkerställa att en ansvarigs underlåtelse att följa gäl-

lande överenskommelser inte innebär att andra aktörer successivt övertar ansvaret. Ansvaret att tillgodose ett behov ska inte mer än i undantagsfall kunna skjutas över från en ansvarig till en annan.

### **Bedömning**

Såväl den centrala som den lokala överenskommelsen har reviderats. I samband med revidering har diskussioner förts avseende funktionalitet och utmaningar med de överenskommelser som varit rådande. Revidering av länsöverenskommelsen har hanterats av respektive huvudman.

Uppföljning av Beroendecentrums verksamhet sker fortlöpande och systematiskt och rapporteras till direktionen. På tjänstemannanivå når återkoppling om beroendecentrums utveckling kommunerna genom socialchefs- och IFO-chefsnätverk. Representanter från Beroendecentrum besöker kontinuerligt kommunerna för att ta in uppgifter om hur kommunerna uppfattar samarbetet.

Den nybildade politiska styrgruppen har uppdragit till den centrala ledningsgruppen att framöver årligen överlämna en rapportering av utvecklingsarbetet i länet. Under förutsättning att så kommer att ske så finns även uppföljning av resultat av utvecklingsarbetet som leds av Värmlands läns vårdförbund i samarbete med landstinget.

Uppföljning av missbruks- och beroendevårdens utveckling hos respektive huvudman varierar och brister i flera avseenden vad gäller uppföljning i förhållande till mål och kvalitetsmått.

Det finns brister i det systematiska arbetet med avvikelser i förhållande till gjorda överenskommelser. Det bör säkerställas att det finns forum för gemensam diskussion avseende utmaningar och lösningar för de avvikelser som uppstår i förhållande till gällande överenskommelser.

## **2.5. *Har behov av vård tillgodosetts***

Enligt Länsöverenskommelsen om missbruks- och beroendevården i Värmland är det viktigt att personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården som arbetar med missbruks- och beroendevård kan kommunicera och samarbeta på ett professionellt sätt. En förutsättning är enligt länsöverenskommelsen att verksamheterna använder samma terminologi, definitioner och skattning- och bedömningsinstrument. För att upptäcka och bedöma graden av alkohol- och narkotikamissbruk behövs olika evidensbaserade bedömningsinstrument, som exempelvis biologiska och psykosociala test. Enligt överenskommelsen ska de delar inom socialtjänsten och inom hälso- och sjukvården (specialistnivå) som möter personer med missbruks- och beroendeproblematik kunna använda nedanstående psykosociala bedömningsinstrument:

- AUDIT, screening av alkoholvanor och identifiering av skadlig konsumtion
- DUDIT, screening av narkotikabruk och identifiering av narkotikakonsumtion
- Alcohol-E, problembedömning och förändringsbenägenhet
- DUDIT-E, problembedömning och förändringsbenägenhet

- ASI (Addiction Severity Index), bedömning av problemtyngd och hjälpbehov av missbruk- och beroendeproblem samt problemtyngd och hjälpbehov inom andra livsområden samt uppföljning av insatser för vuxna
- MINI eller SCID I, diagnosinstrument missbruk- och beroende samt samsjuklighet

Utifrån kommunernas och landstinget skyldighet att upprätta SIP för alla personer som behöver det för att kunna få sina behov tillgodosedda, anger länsöverenskommelsen att alla som får vård och behandling av båda huvudmännen ska erbjudas SIP. Planen ska vara skriftlig och beskriva det gemensamma uppdraget. Planen ska upprättas med utgångspunkt från den enskildes behov av insatser och även andra parter än socialtjänsten och landstinget kan delta.

Vid genomförda aktgranskningar i kommunerna framkommer att användningen av bedömningsinstrument vid utredning varierar. I flera av kommunerna används bedömningsinstrument i en mycket begränsad omfattning. Den kommun där de granskade akterna visar på högst frekvens av användandet av bedömningsinstrument så har det använts i sju av tio granskade ärenden. I två kommuner har inte bedömningsinstrument använts i någon av de granskade akterna. En orsak som förs fram är att det inte alltid anses nödvändigt att använda bedömningsinstrument i de fall där handläggarna har god kännedom om klienten. Det framkommer även att handläggarna i de mindre kommunerna inte har utbildning i användandet av bedömningsinstrument och därför inte använder dem vid utredningar. I de fall där bedömningsinstrument är en del av utredningen, används i de flesta fall ASI och därefter AUDIT.

Aktgranskningarna visar att det i flertalet av de granskade akter finns en problematik som rör såväl missbruk/beroende som psykiskt och/eller fysisk ohälsa. Det innebär att klienten har kontakter med både landstinget och kommunen, men av akterna framgår inte att SIP eller andra samverkansformer för att samordna vården använts särskilt ofta. I merparten av de granskade akterna i kommunerna har SIP inte upprättats alls eller endast vid ett fåtal ärenden. Endast i två kommuner har SIP upprättats i alla de ärenden där psykisk ohälsa påvisats.

Den information som kan hämtas från genomgången av utvalda journaler från landstinget visar även den att övervägande delen av patienterna även har psykisk ohälsa. Någon tydlig samverkan med kommunen påvisas inte annat än i något ärende, däremot finns en redovisning av pågående kommunala insatser i ett flertal fall.

I många fall arbetar man med polikliniska abstinensbehandlingar och andra medicinska åtgärder. Användning av bedömningsinstrument framgick inte i någon av de genomgångna journalerna.

### **Bedömning**

Vid genomförd aktgranskning går det inte att se att vården fullt ut samordnas på så sätt som länsöverenskommelsen ger uttryck för. Aktgranskningarna visar inte att båda huvudmännens kompetens kommit den enskilde till del vid bedömning av vårdbehov eller vid beslut och utformning av insatserna i de fall där en psykisk ohälsa påvisats eller skulle kunna finnas.

Bedömningsinstrument används i begränsad omfattning vilket innebär en risk för att psykisk ohälsa eller annan problematik inte synliggörs. SIP upprättas inte heller i tillräcklig utsträckning för att säkerställa att den enskilde får sina behov tillgodosedda.

## 2.6. *Tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll*

Intervjuerna påvisar att Länsöverenskommelsen, vid sidan av de lokala överenskommelserna och de Nationella riktlinjerna förmedlar en grund för samsyn. Till övervägande del finns också en kännedom om dessa och en positiv inställning till innehållet. Om överenskommelserna följs utnyttjas de samlade insatserna effektivt ur ett helhetsperspektiv.

Däremot har det inte mellan samtliga kommuner och landstingets företrädare förts diskussioner på lokal nivå avseende detaljerna i överenskommelsen. Det betyder i sin tur att lokala samverkansstrukturer saknas i flera kommuner och därigenom minskad möjlighet på ett lokalt plan systematiskt arbeta med innehållet i överenskommelserna och att följa upp efterlevnaden till dessa. Det framkommer i några kommuner att överenskommelserna inte implementerats i den operativa verksamheten.

Generellt sett har kommunerna utarbetat interna riktlinjer för arbetet inom missbruks- och beroendevården. Dessa speglar i vissa fall den politiska ambitionen för missbruksvården men visar framförallt regler för handläggningen. De motsvarar oftast den styrning som förmedlar i de lokala överenskommelserna. Även inom landstinget finns upprättat vårdprogram för missbruk och beroende.

Däremot finns för de flesta ett utvecklingsområde avseende upprättande av mål och aktiviteter som styr arbetet kring målgruppen samt rör missbruksvårdens utveckling. Detta innebär att den politiska uppföljningen av verksamheten inte kan säkerställas fullt ut.

I granskningen påvisas brister i den styrning som berör arbetsformer, samverkansformer och rutiner för informationsöverföring. Vi har tidigare i dokumentet påvisat att SIP inte upprättas och att bedömningsinstrument inte används i tillräcklig omfattning samt att lokala forum för informationsöverföring och diskussion om gemensamma ärenden hos huvudmännen saknas.

Det föreligger inte något systematiskt arbete med att samla in de avvikelser som upprättas i individärenden där vården inte ges i enlighet med det som framkommer av den lokala överenskommelsen. Detta medför att det inte finns någon samlad bild kring hur arbetet utförs i förhållande till beslutad ansvarsfördelning.

Vårdförbundets direktion har möten två ggr/år där de får återrapporterat vad som sker inom utvecklingsarbetet och hur det ser ut på BC.

### **Bedömning**

Länsöverenskommelsen och de lokala överenskommelserna utgör en god styrning för samverkan i missbruks- och beroendefrågor. Mål och riktlinjer används i varierande omfattning för styrning av respektive verksamhet och det finns brister i tydliga mått för att mäta verksamheternas framgång. Det senare innebär svårigheter i att nå en önskvärd uppföljning. Granskningen påvisar även brister gällande inrättandet av ändamålsenliga arbetsformer, samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring.

I granskningen noteras också brister gällande uppföljning av att överenskommelserna är kända och efterlevs. Detta såväl i den gemensamma organisationen som finns för samverkan som hos de enskilda huvudmännen. Den interna kontrollen i efterlevnaden av överenskommelsen bedöms därmed vara bristfällig.

## 2.7. *Vad har hänt sedan föregående granskning?*

Sedan den granskning inom området som genomfördes 2013 kan vi konstatera att situationen till en del utvecklats medan den dock på många sätt är lika. Den revidering av överenskommelserna som gjorts har medfört ytterligare förtydliganden kring ansvar och med den nya organisation som skapats bedöms förutsättningarna för en bra samordning och en bättre styrning vara förbättrade.

De enkäter som vid denna och föregående granskning skickats ut har många likheter men också några skillnader. Den låga svarsfrekvensen från landstingets sida i aktuell enkätundersökning minskar jämförbarheten så jämförelserna får också ses i skenet av detta.

Det är tämligen likartade svar mellan enkäterna när det gäller tydligheten i målen för missbruks- och beroendevården och att det finns ett forum på övergripande nivå för samverkan och informationsutbyte. Avseende samverkan kring den enskilde har svaren att det finns i hög omfattning totalt sett inte ökat, ca hälften av de svarande anser det.

Svarsandelen att gemensamma insatser i hög omfattning bedrivs för personer med missbruk eller beroende har i båda enkäterna legat under hälften av de svarande. Från kommundelen i enkätsvaren har denna andel minskat.

När det gäller tillgången till abstinensvård som ett led i planerad behandling har framförallt de svarande från landstinget angett att denna är i tillräcklig omfattning minskat.

Vid jämförelse mellan enkäterna kan också noteras att andelen som menar att det görs en tillräcklig uppföljning inom den egna verksamheten avseende personer med missbruks- och beroendeproblem ligger tämligen lika, runt hälften eller strax under av de svarande. Även när det gäller svaren om det upprättas en gemensam vårdplan i de fall där ansvar finns hos både landsting och kommun ligger kvar på en låg nivå.

Det bedrivs mycket kvalificerade insatser hos respektive huvudman och specialitet, men den kraft som finns i en tidig och samordnad verksamhet genom en systematisk samverkan kan vi inte se. På detta sätt har inte någon reell förändring skett sedan tidigare granskning. Det är främst några huvudområden vi kan peka på.

- De lokala överenskommelserna har fortfarande inte hanterats lokalt för att omsättas till ett praktiskt arbetssätt. Befintlig samverkan är personberoende.
- Användningen av bedömningsinstrument har inte implementerats i organisationerna.
- Användningen av SIP är inte säkerställd.
- Samverkan med vuxenpsykiatri behövs säkerställas.
- Former för utvärdering av resultat saknas.
- Arbetet med avvikelser behövs säkerställas.

De områden som kvarstår sedan tidigare är samtidigt de som är de mest väsentliga för att samverkan ska vara bra och framförallt för att enskilda ska få det stöd som är tillgängligt.

## 2.8. *Övriga noteringar*

Under granskningen har vi gjort några särskilda noteringar som inte tydligt faller in under tidigare rubriker. Vi väljer därför att redovisa dessa under egen rubrik.

- Äldre med missbruksproblem tenderar att öka i hela landet och så också i Värmland. Vissa kommuner har upprättat specifika rutiner för äldre med missbruksproblematik och involverat bland hemtjänsten i arbetet. Vi ser att detta område med sannolikhet är något som kommer att kräva fortsatta åtgärder vad det gäller samverkan, rutiner och utbildning till olika personalgrupper som berörs.
- Det finns en länsöverenskommelse och fem lokala överenskommelser i länet, men det är inte säkerställt att de privata aktörerna inom hälso- och sjukvården är involverade i arbetet.
- Granskningen har fokuserat på samverkan kring de individer som har en etablerad kontakt inom kommunens socialtjänst och därmed ett känt missbruksproblem. Vi kan dock konstatera att det är väsentligt att även fokusera på befolkningens förutsättningar att få en första kontakt och ett första stöd att ta sig ur en missbruksproblematik.
- Ett projekt har bedrivits genom Region Värmland och i samverkan med kommuner, landstinget och polismyndigheten. Projektet avsåg omhändertagandet av berusade personer i behov av akutplatser för substansberoende. Landstingets hälso- och sjukvårdsledning har tagit beslut om att inrätta en enhet med fyra så kallade ASP-platser (Akutplatser för substansberoende). Det finns en plan för hur lokaler, bemanning och vårdkedja ska fungera. Det politiska ansvaret har övertagits av den politiska styrgruppen den centrala ledningsgruppen tar över visst ansvar framförallt för samverkansavtal och finansieringslösning, från och med nästa år. Det första året är finansierat genom statliga projektmedel. Platserna är något som kommer att inrättats och har därför inte omfattats av granskningen, men finansiering och styrning av dessa platser är av framtida intresse.
- Från och med första januari 2018 gäller nya regler avseende betalningsansvar vid utskrivningsklara patient. Granskade kommuner och landstinget har med anledning av detta arbetat med att ta fram en överenskommelse som ska gälla och rutiner för utskrivningsklara patienter är under framtagande. Det behöver säkerställas så att gällande rutiner och överenskommelser avseende samverkan kring missbruks- och beroendevård överensstämmer med dessa. Bland annat vad det gäller primärvårdens ansvar för att inom en viss tid ha sammankallat för SIP och vad det gäller kommunens ansvar att inom ett antal dagar ta över ansvaret för en individ som är i behov av fortsatt vård. Nuvarande granskning har inte omfattat detta då det nya regelverket och den nya överenskommelsen för utskrivningsklara patienter gäller från och med 2018.

### 3. *Sammanfattande slutsatser*

En hel del har hänt sedan området tidigare granskades. Organisation och struktur för det samordnade arbetet i länet har tydliggjorts och överenskommelser har reviderats. Vi kan dock se att det kvarstår en del aktiviteter för att säkerställa implementering och efterlevnad av överenskommelserna.

För att besvara revisionsfrågan har granskningen fokuserat på ett antal olika områden och den sammanfattande bedömningen utifrån dessa är att landstinget och kommunerna till viss del säkerställt att vård, omsorg och stöd avseende missbruksvård fungerar på ett tillfredsställande sätt.

Bedömningen görs utifrån de iakttagelser som gjort inom respektive kontrollmål. Här redovisar en sammanfattning av kontrollmål och iakttagelser.

Revisionsfrågor	Kommentar
<p><b>Revisionsfråga 1</b> Vilka avtal och överenskommelser finns mellan Landstinget i Värmland och berörda kommuner?</p>	<p>Samtliga kommuner i Värmland är medlemmar i Värmlands läns vårdförbund. Vårdförbundet har i sin tur samverkansavtal med Landstinget om gemensam verksamhet för missbruk- och beroendevård.</p> <p>En länsöverenskommelse för missbruk- och beroendevård finns upprättad för hela länet och 5 lokala överenskommelser tydliggör huvudmännens ansvars- och rollfördelning i olika delar av länet.</p>
<p><b>Revisionsfråga 2 och revisionsfråga 3</b> Vilka styrdokument har landstinget respektive kommunerna utfärdat till sina respektive verksamheter?</p> <p>Vilka instanser har beslutat om styrdokumenterna?</p>	<p>Landstingsplanen uttrycker inget specifikt avseende missbruk, men ett mycket tydligt fokus finns på samverkan. Målgruppen med psykisk ohälsa är prioriterad i planen.</p> <p>Ett vårdprogram avseende missbruk och beroende finns upprättat och fastställts av dåvarande divisionschef för division psykiatri.</p> <p>I flera av kommunerna har ansvariga nämnder inte fattat beslut om mål eller annan styrning som specifikt berör missbruksvården.</p> <p>I ca hälften av de 15 granskade kommuner finns riktlinjer och rutiner fastställda av nämnd.</p> <p>Både landstinget och ett flertal kommuner saknar tydliga mål och mätetal specifikt för missbruks- beroendevården.</p>
<p><b>Revisionsfråga mål 4</b> Hur bedrivs arbetet i verksamheterna och överensstämmer det med vad som avtalats och vad som framgår av beslutade styrdokument?</p>	<p>Den länsövergripande och de lokala överenskommelserna är kända i verksamheten och samverkan mellan kommunerna och landstinget anses har utvecklats i en positiv riktning.</p> <p>Inom ett antal områden sker inte vården i enlighet med gällande riktlinjer. Det gäller ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brister i upprättande och uppföljning av SIP</li> </ul>



- Ej full följsamhet till användande av standardiserade bedömningsinstrument
- Brister i tillgång till utredning och/eller behandling vid samsjuklighet.
- Brister i samordning vid LVM<sup>5</sup>

### **Revisionsfråga 5**

Har ansvariga styrelser och nämnder följt upp om avtal och andra styrdokument efterlevs?

Uppföljning av missbruks- och beroendevårdens utveckling hos respektive huvudman varierar och brister i flera avseenden vad gäller uppföljning i förhållande till mål och kvalitetsmått. I de flesta granskade kommunerna ges dock löpande information till nämnden i form av produktions tal och ekonomiska redovisningar.

Den centrala styrgruppen för missbruks och beroendevård i länet har från den politiska styrgruppen fått i uppdrag att redovisa resultatet av länets samlade insatser för missbruks- och beroendevård. Den politiska och centrala styrgruppen tillsattes under 2017 och någon samlad rapportering har inte gjorts under året.

Uppföljning av Beroendecentrums verksamhet sker fortlöpande och systematiskt och rapporteras till direktionen.

### **Revisionsfråga 6**

Bedöms patienternas behov av vård, omsorg och stöd ha tillgodosetts utifrån den journalgranskning som genomförs i granskningen?

Kontakter mellan huvudmännen och insatser från flera håll är relativt vanligt i de akter som granskats. Olika insatser finns i att tillgå.

Vår bedömning är att brister i efterlevnaden av gällande styrdokument även leder till brister i tillhandahållandet av vård, omsorg och stöd. Ett flertal granskade ärenden vittnar om att kommunens och landstingets samlade insatser inte har planerats och samordnats på ett önskvärt sätt.

### **Revisionsfråga 7**

Bedöms styrelsernas och nämndernas styrning, uppföljning och interna kontroll vara tillräcklig för att säkerställa ändamålsenliga arbets- och samverkansformer mellan huvudmännen samt mellan huvudmännens olika enheter?

Det finns en organisation, struktur och dokument för att styra samverkan i missbruks- och beroendevården. Det saknas dock tydliga måttetal och mått för uppföljning.

Den interna kontrollen brister vad det gäller säkerställandet av att överenskommelser har implementerats och efterlevs.

<sup>5</sup> Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

## 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 landstinget.

### 4.2. *Landstinget*

Av 33 tillfrågade inom landstinget har 13 besvarat enkäten vilket är en svarsfrekvens på ungefär 39 procent. De som har svarat har befattningarna verksamhetschef och enhetschef. De flesta är enhetschefer, dvs. vårdcentralchefer.

38 procent av respondenterna anser att det i hög grad finns tydliga mål för missbruks- och beroendevården inom landstinget, 62 anser att det i ganska hög grad finns tydliga mål.

På frågan om man anser att kommunernas ansvarsområden för missbruks- och beroendevården är tydliga anser 38 procent att så är fallet i mycket hög grad medan 38 procent anser att så är fallet i ganska hög grad. 8 procent anser varken eller och 15 procent har valt alternativet "vet ej". 38 procent tycker att landstingets ansvarsområden i mycket hög grad är tydliga, 46 procent anser att så är fallet i ganska hög grad och 15 procent anser varken eller.

100 procent uppmärksammar att det finns ett forum för samverkan och informationsutbyte mellan kommun och landsting på övergripande nivå. Några kommentarer kring detta är:

*"Ja när samverkansavtalen upprättades och uppdaterades, inte systematiskt."*

*"Som sagt, vi ser över nationella styrdokument."*

38 procent av respondenterna har svarat att syftet med forumen är tydliga i mycket hög grad, 38 procent anser att syftet i ganska hög grad tydliga. 15 procent har svarat varken eller och 8 procent vet ej. Några kommentarer kring detta är:

*"Kommunens närvaro på dessa möten har varit obefintlig."*

*"Implementering pågår och samverkansforum bildas."*

När det gäller forum för samverkan och informationsutbyte kring enskilda patienter/brukare pekar 54 procent på att det finns medan 15 procent inte tycker att det finns och 31 procent vet ej. Några kommentarer kring detta är:

*"Vi kan samverka och tydliggöra insatser genom SIP."*

*"Det finns på personnivå, ej i forum om det menas gemensamma möten med fler än två individer."*

*"Tveksamt om vi har tydliga forum... Kan hända att just jag inte vet"*

65 procent av respondenterna anser att det finns ett forum för samverkan och informationsutbyte kring enskilda patienter/brukare. 86 procent av respondenterna som svarat att det finns ett forum för samverkan och informationsutbyte kring enskilda patienter/brukare anser också att syftet med forumen i ganska stor grad är tydligt, 14 procent anser att de i mycket hög grad är tydliga. 43 procent av respondenterna anser också att forumen fungerar enligt syftet, 43 procent har svarat varken eller och 14 procent vet ej. En kommentar som lämnats kring frågan är:

*”Vi borde kanske oftare använda oss av SIP. Vi saknar uppföljningssystem för att utvärdera de gemensamma insatserna.”*

När det gäller gemensamma insatser för personer med missbruk eller beroende anser 46 procent av respondenterna att det i ganska hög grad finns gemensamma insatser från kommunerna och landstinget. 31 procent av respondenterna anser att det varken eller finns, 8 procent anser att det i låg grad finns och 15 vet ej.

46 procent av respondenterna anser att det i ganska hög grad finns gemensamma insatser från kommunerna och landstinget för personer med samsjuklighet, ex. missbruk eller beroende och psykisk sjukdom eller störning. 15 procent anser att det varken eller finns, 15 procent att det finns i ganska låg grad och 23 procent vet ej.

Några kommentarer som lämnats kring frågan är:

*”Personer med samsjuklighet hanteras oftast av psykiatrin. Jag vet inte hur samverkan mellan kommunen och landstingets öppenvårdspsykiatri upplevs*

*”Nej jag upplever inte att det fungerar riktigt bra än.”*

Avseende om det finns tillräcklig tillgång till abstinensvård som ett led i planerad behandling tycker 31 procent att det finns i ganska låg utsträckning, 23 procent varken eller och endast 8 procent att det finns i ganska hög grad. 38 procent av respondenterna har svarat “vet ej”.

46 procent av respondenterna anser att det i ganska hög grad görs en tillräcklig uppföljning avseende personer med missbruks- och beroendeproblem inom den egna verksamheten medan 38 procent anser att det i ganska låg grad görs och 15 anser att det varken eller görs.

53 procent av respondenterna menar att det upprättas en gemensam vårdplan i de fall där ansvar finns hos både landsting och kommun medan 23 procent anser att det i låg grad görs. 8 procent har svarat vet ej och 15 procent varken eller.

På frågan om det, gemensamt mellan kommunen och landstinget, utförs övergripande uppföljningar av insatser avseende personer med missbruks- och beroendeproblem menar 8 procent att det i mycket hög grad görs, 8 procent att det i ganska hög grad görs, medan 54 procent har svarat varken eller. 23 procent av respondenterna har svarat att det i ganska låg grad görs och 8 procent anger “vet ej”.

Några av kommentarer från de svarande:

*”Det kan behövas ett större behov av akuta vårdplatser vid kraftiga abstinensbesvär. Den abstinensvård som kan bedrivas på vårdcentralen fungerar väl.”*

*”I nuläget aktualiseras länsöverenskommelsen och den är tydlig. Forum för samverkansdiskussioner håller på att bildas så förbättring av resultatet förväntas.”*

En avslutande fråga i enkäten var vilken förändring som den tillfrågade anser är viktigast att genomföra för att effektivisera missbruks- och beroendevården. I sammanfattningen lämnades bl.a följande svar:

*”En större samverkan och fler resurser som enbart ägnar sig åt detta.”*

*”Fortsatt samverkan med kommunen, tydlighet i förskrivningsmönster från våra läkare och erbjuda mer möjligheter till avgiftning. Önskar en speciell fokuserad mottagning på VC i samverkan med kommunen och psykiatrimottagningen.”*

*”Att skapa förutsättningar för missbruksvård i glesbygd och inte bara centralt.”*

*”Kompetensutveckling av personal. Uppdragen är tydliga men på många håll saknas utbildad behandlingspersonal...”*

*”Alkohol och drogtest på en enhet.”*

*”Utveckla samarbete mellan primärvård och psykiatri skulle ge bättre resultat i både behandling/uppföljning vid missbruk och den somatiska vården/samsjuklighet vid missbruk.”*

### 4.3. **Kommunerna**

Av de 77 som fick enkäten har 60 svarat, vilket ger en svarsfrekvens på 78 procent. De flesta, 42 procent, är handläggare, 18 procent är IFO-chef eller motsvarande, 17 procent socialchef, 17 procent enhetschef/arbetsledare och 7 procent annan befattning. Alla deltagande kommuner är representerade bland svaren.

23 procent av respondenterna anser att det i mycket hög grad finns tydliga mål för missbruks- och beroendevården, 33 procent anser att det i ganska hög grad finns, 7 anger ”varken eller” medan 25 procent anser att det i ganska låg omfattning finns. 3 procent anser att det i mycket låg grad finns tydliga mål och 8 procent anger alternativet vet ej.

På frågan om man anser att kommunernas ansvarsområden för missbruks- och beroendevården är tydliga anser 23 procent att så är fallet i hög grad och 40 procent i ganska hög grad. 20 procent anger ”varken eller” och 12 procent anser att ansvarsområdena är tydliga i ganska låg grad. 5 procent har svarat ”vet ej”. 8 procent tycker att landstingets ansvarsområden i mycket hög grad är tydliga, 27 procent anser att de i ganska hög grad är tydliga. 28 procent anser att de i ganska låg grad och 8 procent anser att de i mycket låg grad är tydliga. 7 procent anger ”vet ej”. Några av kommentarer från de svarande:

*”Behovet av nya uppdrag är enligt min bedömning stort. Nationella riktlinjer upplever jag som tämligen okända.”*

*”Otydligt i praktiken gällande abstinensvård vem som har ansvar för vad mellan kommun och landsting.”*

*”Finns riktlinjer gällande ansvarsområde för kommun och landsting. Upplever dock att landsting ej tar sitt ansvar fullt ut.”*

*” De nationella riktlinjerna är omfattande och kan vara svåra att tillämpa för mindre kommuner som inte har möjlighet att specialisera sig på detta sätt.”*

*” Jag uppfattar att det inte alltid fungerar, t ex psykiatrins ansvar för personer med narkotikaproblem, vad görs? Och VC när det gäller alkohol.*

*” Ansvarsområdena är tydliga i nationella riktlinjer och i våra lokala överenskommelser. Dock följs de inte alltid i praktiken.”*

*” När det kommer till ansvarsområden kommun och eller landsting uppstår allt som oftast situationer där klienten riskerar att hamna mellan stolarna. Det finns områden där varje enskild huvudman kan göra mer för att säkerställa att ansvaret för uppdraget tas. ”*

*”Otydligheten ligger delvis i att det finns ett "kommunalt" beroendecentrum, där avgiftning sker och som bör vara landstingsverksamhet. Till det knyts nu en tillnyktringsenhet i landstingsregi som kanske borde var kommunal.....”*

*” Jag upplever att det är svårt för personer med missbruksproblem (narkotika) att få hjälp för sitt psykiska mående hos psykiatrin. ”*

*” Verkar inte alltid tydligt att man inom landstinget är överens om vad den ena och andra ska göra?”*

På frågan om det finns ett forum för samverkan och informationsutbyte mellan kommun och landsting på övergripande nivå avseende missbruks- och beroendevården, anser 60 procent av respondenterna att det finns, 17 procent anser att det inte finns och 23 har svarat ”vet ej”. Några kommentarer kring detta är:

*” I Karlstad regelbundna innehållsrika chefsmöten mellan cheferna i kommunens missbruksvård och cheferna inom landstingets missbruksvård.”*

*”... där det är viktigast att dialogen finns och fungerar är på IFO-chefs- och Vårdcentralchefs nivå.”*

*” Det finns men fungerar inte, möten blir sällan och är otydliga i sitt uppdrag.”*

*”Vet att det funnits tidigare, men ej hur det ser ut nu.”*

*”En rätt så ny grupp som heter Centrala ledningsgruppen för missbruksfrågor i länet.”*

*”Har nyligen skapats ett samverkans- och informationsforum på enhetschefs nivå mellan ifo, allmänmedicin och öppenvårdspsykiatrin i Hagfors.*

*”Det finns olika forum för samverkan. Tyvärr upplever jag att det är en sak att upprätta samverkansdokument men helt annat när det kommer till skarpt läge och varje instans skall göra sin del.”*

*”Samverkansplaner finns. Arenor för informationsutbyte kunde vara bättre.”*

*”Inom ramen för nya perspektiv finns både samverkan och informationsutbyte i form av gemensamma träffar socialchefer och områdeschefer och en arbetsgrupp med deltagare från båda verksamheterna.”*

Av de respondenter som svarat att det finns ett forum anser 22 procent att syftet med dem i mycket hög grad är tydliga, 30 procent anser att de i ganska hög grad är tydliga, 19 pro-

cent anser att de i ganska låg grad är tydliga. 14 procent anger ”varken eller” och 16 procent ”vet ej”. 14 procent anger också att forumen också fungerar enligt syftet, 32 procent att de i ganska hög grad fungerar enligt syftet, 11 procent att de i låg grad fungerar enligt syftet och 2 procent att de i mycket låg grad fungerar enligt syftet. 16 procent anger ”vet ej” och 24 procent ”varken eller”. Några kommentarer som lämnades:

*” Här finns bl a Beredningsgruppen i länet där både LIV och kommunerna är representerade.”*

*” Socialtjänsten är inte alltid nöjd med stödet från landstinget.”*

*” Finns ingen huvudansvarig som drar i att sammankalla osv. vilket gör att det blir alltför långt mellan möten.”*

*” Jag tror att det finns mycket att göra för att klienten skall få den vård/stöd som behovet kräver.”*

När det gäller forum för samverkan och informationsutbyte kring enskilda patienter/brukare pekar 43 procent på att det finns och 37 procent på att det inte finns, 20 procent anger ”vet ej”. Några kommentarer kring detta är:

*” Socialtjänsten i Filipstad har nära samverkan med två läkare på vårdcentralen i Filipstad. Vi är samlokaliserade vilket underlättar samverkan i enskilda ärenden.”*

*” Tror inte det, vet att avvikelser tas upp på ledningssamverkansmöten kommun/landsting.”*

*” Det finns ju möjlighet att kalla till SIP.”*

*” Samverkansteam finns där IFO, AME, arbetsförmedlingen, försäkringskassan samt landstinget samverkan. Jag tror att landstingets medverkan inte fungerar så bra. “*

*”Ja på det teoretiska planet men inte i samma utsträckning när det gäller att agera praktiskt.”*

*”Ja, SIP men det förutsätter att det prioriteras från Landstinget vilket inte görs i den utsträckning som behövs trots att det är lagstadgat. ”*

*”Detta är dock personbundet i vilken utsträckning samverkan sker. ”*

71 procent av de som svarat att det finns ett forum för samverkan och informationsutbyte kring enskilda patienter/brukare menar att syftet med dessa i mycket hög grad/ ganska hög grad är tydliga. 3 procent tycker inte att syftet med dem är tydliga, 11 procent anger ”varken eller” och 19 procent ”vet ej”. Av de som inte tycker att det finns ett forum för samverkan och informationsutbyte kring enskilda svarade, lämnades ett antal kommentarer:

*” Det enda forumet som egentligen finns är SIP och då är klienten med. Andra forum är inte relevanta vid diskussion om enskilda ärenden. Avidentifierat kan enskilda ärenden diskuteras på vår lokala arbets- och styrgrupp i Östra.”*

*”Finns inget regelbundet forum för samverkan.”*

*”Resursbrist inom vården är ett problem, tex brist på läkare/psykologer som gör att det är svårt att få till en kontinuitet i plan för individen. ”*

Endast 14 procent av respondenterna menar att det i mycket hög grad/ i ganska hög grad finns gemensamma insatser från kommunerna och landstinget för personer med missbruk eller beroende. 55 procent anser att det endast finns i liten omfattning, 20 procent anger ”vet ej” och 12 procent ”varken eller”.

När det gäller gemensamma insatser för personer med samsjuklighet, ex missbruk eller beroende och psykisk sjukdom eller störning anger 15 procent att det i mycket hög grad/ i ganska hög grad finns medan 52 procent anger att det i ganska låg grad/ i mycket låg grad finns. Kommentarer som gavs från de svarande:

*”Förutom beroendecentrum finns inga övriga gemensamma insatser.”*

*” Dock är det vanligt att kommunen ser den psykiska sjukdomen som orsak och att det inte alltid är regelrätt missbruksbehandling som krävs.”*

*”Vi arbetar med SIP och tillsammans med patienten/klienten utifrån vad som beslutas och vad den enskilde vill. Sen genomförs insatserna av respektive instans men följs upp gemensamt.”*

*”Men vi samverkar med landstinget. Tar kontakt vid behov. Följer med klienter vid behov. Vi planerar vem som gör vad och när i SIP-möten.”*

*”De båda huvudmännen planerar tillsammans att starta ett RACT team under våren 2018. Målgruppen för RACT teamet är personer med samsjuklighet.”*

*”Upplever att öppenvårdspsykiatrin ej är samarbetsvillig vad gäller gemensamma insatser. Har förekommit ett par gånger på några år.”*

När det gäller om det finns tillräcklig tillgång till abstinensvård som ett led i planerad behandling anser 12 procent av respondenterna att det finns i mycket hög omfattning, 22 procent att det i ganska hög omfattning finns medan 32 procent tycker att det finns i ganska låg omfattning och 15 procent att det finns i mycket låg omfattning.

62 procent av respondenterna svarar att det i mycket hög grad/ganska hög grad görs en tillräcklig uppföljning avseende personer med missbruks- och beroendeproblem inom den egna verksamheten. Däremot anser 24 procent att det i ganska låg/mycket låg grad görs en tillräcklig uppföljning.

28 procent anger att det i mycket hög grad/ ganska hög grad upprättas en gemensam vårdplan i fall där ansvar finns hos både landsting och kommun, medan 30 procent menar att det i ganska låg grad/mycket låg grad görs. 25 procent anger ”vet ej” och 17 procent ”varken eller”. På frågan om det, gemensam mellan kommunen och landstinget, utförs övergripande uppföljningar av insatser avseende personer med missbruks- och beroendeproblem anger 11 procent att det i mycket hög grad/ ganska hög grad görs. 50 procent anger att det i ganska låg/mycket låg grad görs. 17 procent anger ”varken eller” och 22 procent ”vet ej”. Här finns ett par kommentarer från de svarande:

*” Det brister i ansvaret hos landstinget.”*

*”Inom ramen för Beroendecentrum så fungerar vården och uppföljningarna.”*

*”Uppföljningar av missbruksvården görs dock inte systematiskt på verksamhetsnivå.”*

*”SIP är ett bra sätt att göra en gemensam plan och att följa upp. Enda abstinensbehandlingen är BC och om lång kö t ex eller om bråttom så använder vi Bergslagens beh hem.”*

*”Beroendecentrum har oftast kö. TNE saknas. SIP bra instrument som tydliggör ansvarsfördelning SoL/HSL.”*

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

*”Minska ärendemängden hos handläggare för att lättare kunna fokusera på förändringsarbete och personlig klientkontakt.”*

*”Integrerade lättillgängliga beroendemottagningar, för klientens bästa, där fokus är på tvärprofessionella kompetenser istället för på organisationer.”*

*”Större och tydligare ansvar på landstinget. I dag har vi svårt att få en läkarbedömning för en LVM-utredning. Vi har så olika uppdrag och ansvar.”*

*”Landstinget har inget ansvar, de ger vård utifrån de resurser de har, inte de behov som finns.”*

*”Rutiner för regelbunden samverkan på lokal nivå och att det prioriteras av samtliga parter.”*

*”Samsyn, samarbete och respekt för varandras olika uppdrag måste till och då ända ut i organisationerna.”*

*”Att lyfta frågan om samverkan till ett ännu mera konkret och praktiskt plan som inbegriper arbetsformer och verksamheter där samverkan möjliggörs i det dagliga arbetet...”*

*”Att Landstinget tar mer ansvar för exempelvis abstinensvård. Ett ökat samarbete mellan kommun och landsting, i dag känns det som att vi står långt ifrån varandra och har olika synsätt.”*

*”Integrerade mottagningar separata för ungdomar och vuxna.”*

*”Bättre och smidigare möjligheter till samverkan mellan kommun och landsting. Samt att alla tar sitt ansvar, både gällande insatser och ekonomiskt, finns en benägenhet att lägga över ansvaret på socialtjänsten som tillhör kommunen.”*

*”Det behövs även tydligare samverkan på ledningsnivå mellan olika avdelningar inom kommunen, ifo, äldreomsorg och bostadsföretaget t.ex.”*

*”Vore bra om småkommunerna kan samarbeta mer i öppenvården för att kunna ge mer behovsriktade insatser till personer med missbruk.”*

*”Att huvudmannaskapet för abstinensvård blir landstingets och inte via HVB hem idag.”*

*”Vem säger att den behöver effektiviseras :-)”*

*”Kommuner och landsting är i ofas med tex väntetider för behandling vilket missgynnar den enskilde och personal.”*



*”Tydliggöra varje instans ansvarsområden. Förbättra samverkansformerna i det dagliga arbetet.”*

*”Att beroendecentrum (BC) kan slussa patienten vidare inom landstinget, medan de är intagna på BC.”*

#### 4.4. **Sammanställning av workshop**

Den 9 januari genomfördes en workshop kring granskningen. Inbjudna var de som intervjuats under arbetet fick en inbjudan. Det kom 36 personer till workshopen som genomfördes i landstingshuset. Samtliga deltagande kommuner och landstinget samt Beroendecentrum 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 deltagarna såg som viktigaste för att förbättra samverkan mellan de olika aktörerna inom området.

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

Grupperna tog upp följande:

<b>Reflektioner över:</b>		
	+	-
<b>Styrning</b>	MBV behöver tydligare	Implementering, tid o ledning i detta behövs
	Det finns länsöverenskommelser	Saknas tydliga mål o system för uppföljning av dessa
	Nya centrala och lokala ledningsgrupper	Avvikelse och hantering av dessa
	Finns en överenskommelse	Avsaknad av lokala rutiner, tydliga mål, uppföljningsbara mål
	Lagar, nationella o lokala riktlinjer	Samsyn hur? Uppföljning
	Mål - under uppbyggnad	Alla kanske inte vet om riktlinjerna
		Saknas lokala riktlinjer o mål
		Saknas internkontroll
<b>Arbetsformer</b>	SIP, Asi, Audit/Dudit	Uppföljning Asi görs inte, krångligt system
	Bra dokument	Problem vid akuta situationer

	Bra standardiserade bedömningsinstrument	Får få erbjudna Sip
	Beroendecentrum, positiv utveckling	Svårt att få till samverkansmöten på vissa ställen
	Lokala fungerande samarbeten	Integrerade team saknas på övriga nivåer
	Genom återkoppling o efterfrågan blir arbetsformerna bättre	Det finns inte en tydlig struktur
		Kunskap o kompetens hos ledare av att förmedla budskap o krav är viktigt
<b>Ansvarsfördelning</b>	Finns länsöverenskommelse	Följs inte i praktiken
	Ledningsgruppen	Sip, tydliggör syfte och innehåll
	Sip	Behov av en väg in
	Lokal överenskommelse	Komplexa ärenden
	Myndighetsutövning	Svår gränsdragning
		Oklar ansvarsfördelning, ibland kunskapsbrist
		Det ekonomiska ansvaret för utredningar, kommun - LiV
<b>Samverkansformer</b>	Beroendemottagning	Olika synsätt och kompetenser
	Sip, konsultation	Problem att "få till" och uppfölja läkarbedömningar
	Tjänstemannaträffar	Saknar andra insatser än mediciner
	Kontinuerliga träffar	Tar ngn part sitt ansvar
	Sip	Saknas ett tydligt barn o familjeperspektiv
		Saknas forum för samverkan utöver ledningsgruppen

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:

<b>Prio 1</b>	<b>Ansvar</b>
Tydliga roller/mötas	Ledarskap/medarbetarskap
Integrerade beroendemottagningar	Politiker o chefer
Förankra överenskommelsen	Resp närmaste chef
Mer kunskap/fakta om varandras ansvarsområden	
Samverkansteam kommun - LiV	Nya regionkommunen
Kommunikation, centrala ledningsgr för missbruksfrågor i länet ut i organisationerna och till lokala samverkansgrupperna	Både lokala o centrala ledningsgrupper
<b>Prio 2</b>	<b>Ansvar</b>
Att centrala ledningsgruppen efterfrågar resultat	
Styrsystem för utvärdering och avvikelser	
Avvikelsehantering centralt	
Tydligare struktur av avvikelsehanteringen, gällande återkoppling etc	Centrala ledningsgruppen
Tydlig struktur o efterfrågan styrning/ledning	Vårdförbundet/LiV MBV gemensamt
<b>Prio 3</b>	<b>Ansvar</b>
Tydligare kontinuitet i landstingets professionsutbud	LiV
Sip ska implementeras, förtydligas, genomföras genom Cosmic	Resp närmaste chef
Avvikelse rapporter till lokala samverkansgruppen	