

Granskning av samverkan i missbruks- och beroendevården

En granskning i samverkan mellan
revisionen i Stockholm stad och
Stockholms läns landsting

Nr 4, 2017

Projektrapport från
Stadsrevisionen

Dnr 3.1.3-168/2016

Den kommunala revisionen är fullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivs i nämnder och bolagsstyrelser. Stadsrevisionen i Stockholm granskar nämnders och styrelserns ansvarstagande för att genomföra verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag. Stadsrevisionen omfattar både de förtroendevalda revisorerna och revisionskontoret.

I ”årsrapporter” för nämnder och ”granskningspromemorior” för styrelser sammanfattar Stadsrevisionen det gångna årets synpunkter på verksamheten. Fördjupade granskningar som sker under året kan också publiceras som projektrapporter.

Publikationerna finns på Stadsrevisionens hemsida. De kan också beställas från revisionskontoret.

En granskning i samverkan mellan revisionen i
Stockholm stad och Stockholms läns landsting

Nr 4, 2017

Dnr 3.1.3-168/2016

Hemsida:
www.stockholm.se/revision

Till
Socialnämnden
Spånga-Tensta stadsdelsnämnd
Skärholmens stadsdelsnämnd
Älvsjö stadsdelsnämnd

Granskning av samverkan i missbruks- och beroendevården

Revisorsgrupp 1 har den 21 februari 2017 behandlat bifogade revisionsrapport (nr 4/2017).

Revisorerna i Stockholms stad och Stockholms läns landsting har granskat hur staden och landstinget samverkar för att tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för personer med missbruk/beroende. Stadsdelsnämnderna Spånga-Tensta, Skärholmen och Älvsjö, socialnämnden samt Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har ingått i granskningen.

Granskningen visar att samverkan och samordning av vården för dem som skrivs ut från den slutna vården till öppenvården respektive socialtjänsten behöver utvecklas. Kommunikationen mellan den slutna beroendevården och den öppna vården respektive socialtjänsten kan förbättras och rutin behöver tas fram för informationsöverföring. Det behöver även förtydligas när samordnad individuell vårdplanering (SIP) bäst kan genomföras, i syfte att öka tillämpningen enligt lagstiftningens intentioner. Vidare behöver intentionen med de integrerade mottagningarna ses över och tydliggöras. Trots omfattande utbildningsinsatser i Case Managementhantering används inte metodiken.

Därutöver finns inte någon samlad överblick och kunskap om de grupper som verksamheterna möter, samt vilka resultat olika insatser ger och deras omfattning. Gemensamma indikatorer uppges vara under framtagning kopplat till den nya samverkansöverenskommelsen.

Vi hänvisar i övrigt till rapporten och överlämnar den till socialnämnden samt stadsdelsnämnderna Spånga-Tensta, Skärholmen och Älvsjö för yttrande senast den 17 maj 2017 till revisorsgrupp 1. Rapporten överlämnas också till övriga stadsdelsnämnder för kännedom.

På revisorernas vägnar

Stadsrevisionen
Revisionskontoret

Hantverkargatan 3 D, 1 tr
Postadress: 105 35 Stockholm
Telefon: 08-508 29 000
Fax: 08-508 29 399
www.stockholm.se/revision

Bosse Ringholm
Ordförande

Stefan Rydberg
Sekreterare

Slutsatser och rekommendationer

Enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ska landsting och kommuner samverka för att tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för personer med missbruk/ beroende. Revisorerna i Stockholms läns landsting och Stockholms stad har låtit granska hur denna samverkan fungerar mellan de båda huvudmännen. Vården för personer som genomgått avgiftning i den slutna beroendevården har varit i fokus, eftersom det då ofta handlar om personer med missbruk/beroende, som kan ha behov av insatser från såväl beroendevård som socialtjänst. Vårdkedjan för den aktuella målgruppen, det vill säga både vägen in till avgiftning samt händelseförloppet under och efter avgiftningen, har granskats utifrån ett samverkansperspektiv. Granskningen har genomförts av konsult under ledning av och i samverkan med revisionskontoren, se bilaga. Ansvarig hos stadsrevisionen har varit Susanne Kangas och hos landstingsrevisionen Britt-Marie Erlandsson.

Granskningen har omfattat sektionen för akut- och heldygnsvård inom Beroendecentrum Stockholm, de integrerade mottagningarna All-Teamet och Team Sydväst samt Metadonsektionen. Det innebär att de tre stadsdelsnämnderna Spånga-Tensta, Skärholmen och Älvsjö, socialnämnden samt Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har ingått i granskningen. Därutöver har granskningen i begränsad utsträckning berört hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN:s) roll.

Revisionens samlade bedömning är att det idag finns glapp i delar av vårdkedjan för personer med missbruk/beroende. Framför allt behöver samverkan och samordning av vården för dem som skrivs ut till de lokala beroendemottagningarna respektive socialtjänsten utvecklas. Till viss del grundas problematiken i bristande samsyn mellan huvudmännen, vilken sannolikt kan härledas till skillnaden mellan sjukvårdens medicinska uppdrag och socialtjänstens uppdrag. Dessa är komplementära men inte helt kompatibla. Styrsystem och arbetssätt behöver därför anpassas för att vårdkedjan ska fungera väl.

Styrning och organisering

Det finns i enlighet med gällande lagstiftning en länsövergripande samverkansöverenskommelse¹ som undertecknats av både landstinget och staden, vilken avser samverkan för att förebygga och behandla missbruk och beroende. Samverkanspolicyn gällde dock till 2015-12-31 och beslut om ytterligare förlängning har inte fattats. Därmed har det formellt saknats en överenskommelse för 2016, men avsikten har varit att den gamla gäller till dess att ny överenskommelse har beslutats. Lokala överenskommelser har upprättats mellan de granskade verksamheterna, i enlighet med direktiven i den övergripande policyn. Granskningen visar dock att personalen ofta inte känner till innehållet i den gemensamma överenskommelsen. Enligt planerna ska samverkanspolicyn ersättas med en ny överenskommelse i början av 2017. Det är väsentligt att landstinget och staden säkerställer implementeringen av och följsamheten till den nya överenskommelsen.

För beroendevårdens del sätts också ramarna för verksamheten av vårdavtal med HSN. Det finns en tydlig koppling mellan lagstiftningens intentioner² och beroendevårdens uppdrag i vårdavtalet vad gäller samverkan kring individer med missbruks/beroende. Revisionen kan samtidigt konstatera att det finns incitament, som påverkar såväl slutenvårdens som öppenvårdens arbetssätt, vilka kan riskera att motverka en välfungerande samverkan i vården. Denna granskning har haft fokus på utförarsidan, men revisionen vill ändå peka på vikten av att se över avtalets och den övergripande incitamentsstrukturens styrning i förhållande till möjligheten att uppnå en samordnad vård.

Lokala integrerade mottagningar, där personal från socialtjänst och beroendevård ges ökade möjligheter för samverkan, har utvecklats i nästan samtliga av länets kommuner, så även inom Stockholms stad. Granskningen visar att formen ”integrerad mottagning” inte behöver innebära att samordning av individens insatser från socialtjänsten och beroendevården underlättas³. Eftersom individen idag kan välja beroendemottagning, medan socialtjänstens insatser är kopplade till där individen bor och vistas, kan det innebära att socialtjänsten respektive beroendevården behöver samverka med flera verksamheter utspridda i länet. Närheten till varandra och de lokala samverkansöverenskommelserna, som skulle kunna underlätta samverkan vid de lokala integrerade mottagningarna,

¹ Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende

² Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen

³ En person kan vara aktuell vid den lokala beroendemottagningen utan att ha behov av kontakt med socialtjänsten, eller vice versa.

fyller då inte längre samma funktion. Detta kan i sin tur påverka motivationen och möjligheten att underhålla samverkansarbetet.

Metadonsektionen, som också ingår i granskningen, är inte en ”integrerad mottagning” på samma sätt, utan arbetar med socialtjänsten vid alla stadsdelsförvaltningar och kommuner i länet. Samverkan med stadsdelsförvaltningarna verkar dock fungera på olika sätt bland annat beroende på olika ambitionsnivåer och personalomsättning inom stadsdelsförvaltningarna.

Revisionen anser att det finns risk för att de integrerade mottagningarna i större utsträckning kan innebära gemensamma lokaler, snarare än samordning av resurser och samverkan för att effektivisera och optimera vården. Revisionens slutsats är att intentionen med integrerade mottagningar och organisering av resurserna behöver ses över och tydliggöras.

Vårdkedjan

Såväl landstingets beroendevård som stadens socialtjänst förordar idag, så långt det är möjligt, behandling i öppenvård. Detta gäller även avgiftning som är nödvändig inför behandling. Medicinsk avgiftning i slutenvård är en avgränsad del i vårdprocessen. Den fortsatta abstinensbehandlingen äger ofta rum i öppna beroendevården i kombination med insatser från den lokala socialtjänsten om behov finns.

Det har noterats problem vid inskrivning av individer i slutenvården, som kan bero på bristande samsyn kring vad som är att betrakta som avgiftning och i vilken omfattning behoven ska tillgodoses i slutenvården. Detta tar sig bland annat uttryck i att socialtjänstens remiss, efter långt motivationsarbete med individen, avvisas av slutenvården då medicinska skäl för inläggning inte bedöms föreligga. Samtidigt saknar socialtjänsten medicinsk kompetens, vilket kan försvåra en korrekt medicinsk bedömning. Detta kan i sig utgöra en risk för individer med missbruk/beroende.

För många av de personer som genomgått avgiftning i slutenvård, är placering i behandlingshem⁴ aktuell efter avgiftning. För denna grupp finns en planering inom framför allt socialtjänsten, som fattar beslut om placering, redan innan inskrivning för avgiftning. Här visar granskningen att vårdkedjan fungerar relativt väl. För de individer som vid utskrivningen från slutenvården får tid för besök

⁴ HVB (hem för vård och boende) frivillig placering enligt Socialtjänstlagen, SoL, eller placering enligt Lag om vård av missbrukare, LVM, inom Statens institutionsstyrelse.

vid en lokal beroendemottagning⁵ för fortsatt vård, och vid behov kontakt med socialtjänsten, finns en svaghet i övergången till vidare vård. Enligt vad som framkommit vid granskningen uteblir många från det inbokade besöket och avstår därmed från fortsatt vård. Mottagningarna som granskats följer inte upp hur stort detta bortfall är, men vid intervjuer uppskattas det till cirka 40 - 50 procent. Det är framför allt de som kommit akut till slutenvården, och inte redan har en vårdplan i öppenvården, som avstår från fortsatt vård.

Samtidigt har granskningen visat att i genomsnitt 33 – 34 procent av personerna återinläggs inom 30 dagar efter utskrivning, och 19 procent kommer tillbaka redan efter 10 dagar⁶. Den relativt höga återinläggningsfrekvensen kan vara en indikation på att vårdflödet i dagsläget inte fungerar på önskvärt sätt. Det finns farhågor hos den intervjuade personalen, att korta vårdtider för den medicinska avgiftningen medför att personerna är sköra vid utskrivningen och inte alltid i kondition att ta emot fortsatt vård inom öppenvården och socialtjänsten.

Revisionens slutsats är att vårdkedjan för gruppen som erbjuds fortsatt vård i öppenvården behöver ses över och stärkas, särskilt vad gäller gränssnittet mellan slutenvård respektive öppenvård och socialtjänst. Det är viktigt för såväl effektiv resursanvändning som individens återhämtning att en välfungerande övergång säkerställs. Särskilt viktigt är det att personer som tidigare är okända för vården uppmärksammas, för att minska risken att ett tyngre och varaktigt missbruk/beroende utvecklas.

Informationsöverföring och vårdplanering

Trots att det inte har utarbetats skriftliga rutiner för hur informationsöverföringen ska ske från slutenvården till stadens socialtjänst, i enlighet med samverkansöverenskommelsens krav, upplevs kommunikationen fungera relativt väl. Granskningen visar dock att slutenvården i huvudsak fokuserar på kontakterna med den kommunala vård- och omsorgen, däremot mer sällan med socialtjänstens individ och familjeomsorg⁷. För att socialtjänsten ska kunna motivera och informera om den omvårdnad/behandling som skulle kunna erbjudas efter avgiftningen behöver de få information om de personer som är inlagda i slutenvården⁸. De lokala beroendemottagningarna informeras först vid utskrivningen, då en vårdkedjetid ges via slutenvården.

⁵ Tid ska alltid erbjudas hos öppenvården dagen efter utskrivning (så kallad vårdkedjetid).

⁶Enligt Beroendecentrumets egna mätningar, under jan-okt 2016.

⁷ där exempelvis vård och behandling med hänsyn till missbruksproblematik hör hemma

⁸ vilket kräver personens medgivande

Eftersom vårdtiderna är korta inom den slutna beroendevården menar intervjupersonerna, att det saknas förutsättningar att kalla till gemensam vårdplanering inför utskrivning. Detta överläts istället till de lokala beroendemottagningarna respektive socialtjänsten, som då ska bedöma vilka som behöver kallas till vårdplanering. Granskningen indikerar att, trots lagkrav⁹ på upprättande av samordnad individuell vårdplan (SIP), genomförs förhållandevis få sådana vårdplaneringar. Varken staden eller landstinget följer upp i vilken utsträckning SIP genomförs. Däremot upprättas och följs vårdplaner upp inom respektive verksamhet (slutenvården, öppenvården och socialtjänsten) i större utsträckning.

Revisionen drar slutsatsen att kommunikationen mellan den slutna beroendevården och den öppna vården respektive socialtjänsten kan utvecklas och att rutin behöver tas fram för informationsöverföring. Den samordnade vårdplaneringen är ett tillfälle där beroendevårdens och socialtjänstens kompetenser ska komplettera varandra och samverka för individens bästa. Den används idag i liten utsträckning som ett verktyg för samverkan, som tanken var när kravet infördes i lagstiftningen. När slutenvården inte kallar till vårdplanering, och många utskrivna från slutenvården uteblir från inbokat öppenvårdsbesök, kan ett tillfälle där personen skulle kunna delta i en sådan planering missas. När och hur i vårdprocessen samordnad individuell vårdplanering bäst kan genomföras behöver ses över gemensamt av huvudmännen i syfte att öka tillämpningen på ett meningsfullt sätt.

Uppföljning

Både inom landstingets beroendevård och inom stadens socialtjänst finns olika mått och indikatorer med ambitionen att återspegla resultat från beroendevården respektive missbruksarbetet. Inga mått eller indikatorer är dock samordnade för att följas upp gemensamt eller samordnat, varken på aggregerad nivå eller på individnivå. Avsaknaden av gemensam uppföljning innebär att det i nuläget inte finns någon samlad överblick och kunskap om de grupper som verksamheterna möter, samt vilka resultat olika samordnade insatser ger. Gemensamma indikatorer uppges vara under framtagning kopplat till den nya samverkansöverenskommelsen. Detta är dock ett arbete som än så länge är i startgroparna.

I granskningen har risker uppmärksammats kopplat till flödet inför, under och efter avgiftning i slutenvården. Det finns ett behov av att en gemensam riskanalys avseende vårdkedjan genomförs mellan

⁹ Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen

beroendevården och socialtjänsten, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter¹⁰. Revisionen vill understryka vikten av att vårdgivarna har en gemensam syn på vårdkedjan och dess olika delar, för en välfungerande och hållbar samverkan kring individer med missbruk/beroende.

Rekommendationer:

- Stockholms läns sjukvårdsområde och socialnämnden i Stockholms stad behöver i samverkan med stadsdelsnämnderna gemensamt se över och stärka vårdkedjan, speciellt för de individer som erbjuds fortsatt behandling vid de lokala beroendemottagningarna. Länkningen i gränssnittet mellan slutenvård respektive öppenvård och socialtjänst kräver särskild uppmärksamhet. I detta arbete bör även individer som kommit akut till avgiftning och tidigare är okända för öppenvården beaktas.
- Stockholms läns sjukvårdsområde och socialnämnden i Stockholms stad bör i samverkan med stadsdelsnämnderna gemensamt utveckla en skriftlig rutin för informationsöverföring från beroendevårdens slutenvård till socialtjänsten och öppenvården, i syfte att förbättra vårdflödet.
- Stockholms läns sjukvårdsområde och socialnämnden i Stockholms stad behöver i samverkan med stadsdelsnämnderna gemensamt se över när, i vårdprocessen för personer med missbruk/beroende, samordnad individuell vårdplanering (SIP) bör genomföras i syfte att öka tillämpningen.

¹⁰ SOSFS 2011:9

Revisionsrapport

Granskning av samverkan i missbruks- /beroendevården

*Karin Magnusson
Fredrik Markstedt,
certifierad kommunal
revisor och
Lars Näsström*

Januari 2017

En samverkansgranskning mellan revisionen i
Stockholms läns landsting och Stockholm stad

Innehåll

1.	Inledning	2
1.1.	Bakgrund	2
1.2.	Syfte och revisionsfråga	2
1.3.	Revisionskriterier	3
1.4.	Avgränsning.....	3
1.5.	Metod	3
1.6.	Rapportupplägg	4
2.	Beroende- och missbruksvårdens organisation inom landstinget och staden... 5	
3.	Styrning av samverkan inom missbruks-/beroendevården	8
3.1.	Beroendevårdens uppdrag	8
3.2.	Socialtjänstens uppdrag	9
3.3.	Samverkanspolicy.....	9
3.4.	Länsöverenskommelse för missbruks-/beroendevård	11
3.5.	Samordnad individuell plan (SIP)	11
3.6.	Informationsöverföring.....	12
	Bedömning av kapitel 3 gällande styrning av samverkan	12
4.	Vårdflödet för patienter som avgiftas i slutenvården	14
4.1.	Inflödet.....	14
	Bedömning av kapitel 4.1 avseende inflödet till avgiftning i slutenvården	16
4.2.	Den slutna vården för avgiftning	17
4.2.1.	Samsyn kring avgiftning.....	17
4.2.2.	Vårdtider.....	17
4.2.3.	Tillgång till vårdplatser	18
4.2.4.	Återinläggning	19
4.2.5.	Informationsöverföring.....	19
4.2.6.	Vårdplaner	20
	Bedömning av kapitel 4.2 avseende den slutna vården för avgiftning	21
4.3.	Utflödet	22
	Bedömning av kapitel 4.3 avseende utflödet från avgiftning i slutenvården.....	23
5.	Uppföljning	25
5.1.1.	Gemensam uppföljning av vården	25
5.1.2.	Uppföljning inom socialtjänsten.....	25
5.1.3.	Uppföljning inom beroendevården.....	26
	Bedömning av kapitel 5 avseende uppföljning	26
	Bilagor 28	
	Bilaga 1 Granskade dokument	28
	Bilaga 2 Intervjuade funktioner.....	30

1. *Inledning*

1.1. *Bakgrund*

Landstinget och kommunerna har ett delat ansvar för vården respektive omvårdnaden av personer med missbruk/beroende. I Stockholms län finns en gemensam policy för hur huvudmännen ska samverka för att tidigt upptäcka, förebygga och behandla skador av alkohol och narkotika. Samverkan ska leda till att individens behov av insatser inte hamnar mellan olika ansvarsområden. En ny gemensam överenskommelse är framtagen och kommer att ersätta tidigare policy, när den undertecknats av parterna. Sedan 2010 gäller också att en samordnad individuell plan (SIP) ska, efter individens medgivande, upprättas när båda huvudmännen är aktuella för vårdinsatser. Syftet med en individuell plan är att individen ska ha inflytande och vara delaktig i planeringen och genomförandet av sin vård och omsorg. Den ska även tydliggöra ansvaret mellan olika huvudmän och förbättra den sammanhållna processen.

Vid planering av inriktning för granskningen har kontakt tagits med övergripande nivå inom Stockholms stads socialtjänst respektive Beroendecentrum Stockholm inom landstinget. Därutöver har brukarrepresentanter intervjuats. Av intervjuerna framgår att avgiftning är centralt, då det ofta krävs att individen är nykter och drogfri för att kunna påbörja viss behandling inom öppenvård och/eller ta del av andra insatser från socialtjänst respektive hälso- och sjukvård. Avgiftning kan därför vara en förutsättning för rehabilitering och en viktig del i den individuella vårdplanen. I kartläggningen framkommer bland annat problem med att individen inte får tillgång till rätt kombination av insatser över tid. Detta kan, liksom brister i samverkan, äventyra vårdens effekt så väl på individ- som systemnivå och bidra till förgäveskostnader.

1.2. *Syfte och revisionsfråga*

Syftet med granskningen är att bedöma hur samverkan fungerar mellan staden och landstinget i vården av vuxna med missbruk/beroende och som genomgår avgiftning.

Syftet bryts ner i följande revisionsfrågor:

- Hur fungerar samverkan och koordineringen mellan socialtjänsten och beroendevården i vårdprocessen och finns en gemensam helhetssyn på personer med missbruk/beroende?
- Ingår avgiftningen som en del i en fastställd vårdplan med samordnade insatser där person med missbruk/beroende är delaktig i planering och genomförande?
- Finns gemensam struktur för uppföljning av resultatet och var ligger ansvaret för uppföljningen?

1.3. Revisionskriterier

Socialtjänstlagen 2 kap 7§, 5 kap 9 a §

Hälso- och sjukvårdslagen 3 f §, 8 b §

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2015

Policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende – Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län.

1.4. Avgränsning

Granskningen avser personer med missbruk/beroende från 20 år och uppåt, som i första hand använder alkohol och/eller narkotika samt har genomgått avgiftning inom den slutna beroendevården. Personerna ska ha/eller ha haft kontakt med både socialtjänst och beroendevård.

Inom Stockholms stad har socialnämnden ansvaret för det kommunövergripande arbetet inom missbruksvården medan stadsdelsnämnderna ansvarar för det operativa arbetet. Granskningen omfattar socialnämnden samt stadsdelsnämnderna Spånga-Tensta, Skärholmen och Älvsjö.

Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) har som beställarorganisation ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården i länet. Den landstingsfinansierade beroendevården bedrivs huvudsakligen inom Beroendecentrum Stockholm (BCS) inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). I första hand avser denna granskning SLSO:s ansvar i beroendevården, men berör även i vissa delar HSN.

Granskningen har avgränsats till de lokala beroendemottagningarna All-Teamet, Team Sydväst, Metadonsektionen och sektionen för akut- och heldygnsvård inom Beroendecentrum Stockholm.

1.5. Metod

I granskningen har dokumentgranskning genomförts av styrande och stödjande dokument inom Stockholm stad och Stockholms läns landsting (SLL). Totalt har 38 personer intervjuats inom ramen för granskningen.

Vidare har en enkät genomförts som riktat sig till medarbetare i berörda stadsdelar inom Stockholms stad och medarbetare från Beroendecentrum Stockholm inom både öppenvård och slutenvård. Enkäten har besvarats av 127 personer vilket är ca 38 % av samtliga som fått enkäten. Av de 127 svarande är 42 svar ifrån Stockholms Stad och 85 svar ifrån Stockholms läns landsting. Enkäten har inte till syfte att utgöra något generaliserbart underlag utan har utgjort ett kunskapsunderlag inför de intervjuer som genomförts. Resultaten har också använts för att eventuellt bestyrka eller bestrida de svar som givits vid intervjuerna.

Slutligen genomfördes en granskning av akter och journaler i 30 individärenden. Syftet med granskningen var att kontrollera förekomst av gemensam vårdplan eller SIP, hur remissförfarandet varit in till slutenvården samt vilka kontakter som funnits efter avslu-

tad avgiftning. Hänsyn har tagits till den sekretess som råder mellan huvudmännen och det faktum att register inte får upprättas över individer.

De 30 senast utskrivna, före den 31 mars 2016, från avdelning 52 och 54 inom Beroendecentrum Stockholms slutenvård, och som var hemmahörande i de granskade stadsdelarna, valdes ut.

I nästa steg kontrollerades hur många av individerna i urvalet som hade en kontakt i direkt anslutning till avgiftningstillfället med socialtjänsten och/eller de granskade öppna mottagningarna i landstinget alternativt placerades i behandlingshem:

- av 15 individer med vistelseadress i Spånga-Tensta hade 8 kontakt med socialtjänsten i Spånga-Tensta,
- av 8 individer med vistelseadress i Skärholmen hade 5 kontakt med socialtjänsten i Skärholmen,
- av 7 individer med vistelseadress i Älvsjö hade 2 kontakt med socialtjänsten i Älvsjö,
- 8 blev utskrivna till behandlingshem
- 5 hade kontakt med All-Teamet,
- 2 hade kontakt med Team Sydväst,
- 9 hade kontakt med Metadonsektionen.

För information om granskade dokument se bilaga 1 och för intervjuade funktioner se bilaga 2.

1.6. Rapportupplägg

Granskningsrapporten har efter inledningen (kapitel 1) ett kapitel med allmänna fakta om hur landstinget och staden har organiserat sina insatser som kan komma att vara aktuella i samband med avgiftning i beroendevårdens slutenvård (kapitel 2).

Från och med kapitel 3 kommer gjorda iakttagelser kring hur samverkan i samband med avgiftning faktiskt fungerar och kapitel 3, 4 och 5 innehåller samtliga redogörelser för iakttagelser och sedan ett avsnitt med bedömning.

Kapitel 3 fokuserar på hur landstinget och staden styr samverkan inom området genom överenskommelser och styrande dokument. Kapitel 4 innehåller iakttagelser avseende flödet för individer som är i behov av avgiftning i slutenvård och bedömning avseende samverkan i olika delar i flödet. I kapitel 5 redogör vi för hur huvudmännen följer upp vården.

2. *Beroende- och missbruksvårdens organisation inom landstinget och staden*

Beroendecentrum Stockholm (BCS), inom SLSO, är en del av den specialiserade psykiatri i Stockholms län. Verksamhetens uppdrag är specificerat i vårdavtal mellan SLSO och HSN, Stockholms läns landstings beställare av vård. Uppdraget innefattar större delen av den öppna och heldygnsvården samt akutvård för länets patienter med missbruk/beroende.

Slutenvård

Inom Beroendecentrum Stockholm finns sju sektioner varav en är sektionen för akut och heldygnsvård, där avgiftning i slutenvård genomförs. Det finns även en privat driven mindre enhet för avgiftning i slutenvård som finansieras av landstinget, men som inte omfattas av granskningen.

Inom Beroendecentrum Stockholms akuta slutenvård förekommer såväl frivillig vård som vård i enlighet med tvångsvårdslagarna. Totalt finns 59 vårdplatser¹ inom akut- och heldygnsvården. Den genomsnittliga beläggningen var enligt Beroendecentrum ca 95 procent 2016.

Tabellen nedan visar några data som rör vården inom Beroendecentrum Stockholm:

Avgiftning i slutenvård i ett urval av siffror – SLL	
Antal vårddygn i akut och heldygnsvården 2015	17 185*
Antal LVM² i akut och heldygnsvård 2015	451

* Källa: Landstingets VAL-databas

Antalet vårddygn och LVM i akut- och heldygnsvård avser hela länet, inte enbart Stockholms stad eller de stadsdelsnämnder som omfattas av granskningen. Antalet LVM avser samtliga personer i akut- och heldygnsvården som har ett beslut om att utredas enligt LVM eller där beslut enligt LVM har tagits.

Öppenvården

Tre av de sju sektionerna inom Beroendecentrum Stockholm är öppenvårdssektioner med sammanlagt 24 lokala beroendemottagningar, varav de flesta är lokalmässigt integrerade med den lokala socialtjänsten. Sju av dessa finns inom Stockholms stad liksom även några mottagningar i privat drift, som har avtal med landstinget.

Mottagningarna arbetar med utredning och behandling av alkohol-, narkotika- och/eller läkemedelsberoende patienter. Det fria vårdvalet innebär att patienterna kan söka såväl den slutna avgiftningen som öppenvårdsbehandlingen hos den mottagning eller hos den vårdgivare som önskas.

¹ De 59 vårdplatserna fördelar sig enligt följande; 7A 13 platser, 7B 9 platser, avd 52 17 platser och avd 54 20 platser.

² LVM är en förkortning för Lag om vård av missbrukare i vissa fall och är en tvångslag som kompletterar Socialtjänstlagen

Metadonsektionen bedriver läkemedelsassisterad behandling för opiatberoende patienter 20 år eller äldre inom Stockholms län. Vid ansökan om läkemedelsassisterad behandling krävs en läkarremiss från en beroendeläkare samt en utredning från socialsekreterare. Metadonkonferensen som består av representanter från den medicinska beroendevården, infektionskliniken samt socialtjänsten hålls en gång per månad och beslutar efter utredning om patienten ska antas i programmet.

Stockholm stads missbruksvård bedrivs i huvudsak av de 14 stadsdelsförvaltningarna och socialförvaltningens enhet för hemlösa, som utreder och beslutar om insatser för personer med beroende som är hemlösa. Respektive förvaltning ansvarar för att utreda behov och bevilja insatser och planera för den fortsatta vården för individen. Insatser avseende vård och behandling för missbrukare beviljas av stadsdelsförvaltningens individ- och familjeomsorg. Socialtjänstens insatser är kopplade till den stadsdel där personen bor och vistas, vilket ofta sammanfaller med folkbokföringsadressen men inte alltid.

Stadsdelsförvaltningarna är inte underställda socialförvaltningen, utan varje stadsdelsförvaltning är socialnämnd i juridisk mening. Socialförvaltningen har en samordnande och övergripande roll men är inte överordnad stadsdelarna.

Stockholms boende- och behandlingsenhet är en stadsövergripande resurs för Stockholm och tillhandahåller insatser för vuxna med missbruks- eller psykosociala problem. För de individer som är i behov av tillnyktring eller förlängd avgiftning så finns ”Krukis Dropin”³, som tar emot personer över 18 år som återfallit i missbruk och är i behov av tillnyktring för att kunna fullfölja sin planering eller pågående insats. Tid för att göra en ny planering kan också vara en grund för placering på Krukis Dropin. Kvinnan eller mannen ska före inskrivning vara bedömd av en beroendeläkare och ett beslut om insatsen ska tas av stadsdelsförvaltningen.

Stadsdelsförvaltningarna tillhandahåller de resurser som krävs för att utreda den enskildes behov. De beviljar också de insatser som kan vara aktuella antingen inom den egna öppenvården, genom köpt öppenvård eller genom köpta insatser vid behandlingshem. Utredning och beviljande av eventuell insats görs enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om särskild vård av missbrukare (LVM). Det senare är en tvångslagstiftning som ställer krav på att alla frivilliga vägar har prövats och att bedömning görs om att det är fara för individens liv om insatser inte blir av. Insatser enligt LVM kräver läkarintyg. Insatser som kan vara aktuella för målgruppen inom en stadsdelsförvaltning är t.ex. motivationsarbete, återfallsprevention såväl individuellt som i grupp, arbetsträning och socialpedagogiska stödinsatser till de klienter som bor i stadsdelens egna tränings- och försökslägenheter.

De granskade stadsdelsförvaltningarna⁴ bedriver öppenvård i olika omfattning i egen regi. Utöver det som nämns ovan har Stockholms stad ramavtal med olika privata öppenvårdsalternativ, som stadsdelsförvaltningarna kan göra avrop på.

Integrerade mottagningar mellan socialtjänsten och den öppna beroendevården är vanligt i länet. Granskningen har omfattat två integrerade mottagningar, där socialtjän-

³ Krukis drivs av staden medan landstinget ansvar för medicinska insatser

⁴ Skärholmens stadsdelsförvaltning, Spånga/Tensta stadsdelsförvaltning och Älvsjö stadsdelsförvaltning

tens verksamhet och den lokala beroendemottagningen finns på samma adress⁵. En person kan vara aktuell på beroendemottagningen, utan att ha behov av kontakt med socialtjänsten, och vice versa. Något beslut om målsättning och intention med integrerade mottagningarna har inte varit möjligt att få fram i granskningen. Formen integrerad mottagning innebär inte alltid att samordning av individens insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården kommer till stånd. Eftersom individen kan välja beroendemottagning kan det dels uppstå geografiskt avstånd mellan vårdgivarna, och dels vara ett flertal verksamheter för vårdgivarna att samverka med.

⁵ Team Sydväst som är samlokaliserade med socialtjänsten i Skärholmens stadsdelsförvaltning (dessutom tillhör Älvsjö stadsdelsförvaltning den integrerade mottagningen) och All-Teamet som är samlokaliserade med socialtjänsten i Spånga/Tensta stadsdelsförvaltning

3. Styrning av samverkan inom missbruks-/beroendevården

Den 1 januari 2010 infördes en skyldighet för kommuner och landsting att, under förutsättning att den enskilde samtycker, upprätta samordnade individuella planer (SIP) för personer som behöver det för att kunna få sina behov tillgodosedda genom insatser från båda huvudmännen. Regelverket syftar till att säkerställa att samverkan mellan huvudmännen fungerar. Grundläggande för upprättande av SIP är:

- Samtycke - personen själv ska samtycka till att planen upprättas.
- Delaktighet - personen själv ska vara delaktig och ha inflytande i arbetet.
- Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Lagstiftning om samordnad individuell plan har förts in i såväl socialtjänstlagen 2 kap. 7 § som i hälso- och sjukvårdslagen 3 f §.

Den 1 juli 2013 infördes också bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (8 b §) och socialtjänstlagen (kap 5. 9 a §) om att kommuner och landsting ska ingå överenskommelser om ett samarbete med varandra i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Syftet är att stärka samverkan mellan landsting och kommuner för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgruppen.

I det här kapitlet redogör vi för Stockholms läns landstings och Stockholms stads efterlevnad av gällande regelverk och dess intentioner vad det gäller upprättande av överenskommelse om samverkan kring målgruppen samt andra styrsystem som påverkar den vård som ges i samband med avgiftning.

I våra iakttagelser kommer vi att redogöra för den dokumentation som funnits att granska inom området. Vi redogör också för vad som framkommit vid intervjuer samt hur det överensstämmer med de svar som inkommit vid genomförd enkät och de iakttagelser som gjorts vid genomförd granskning av journaler/akter.

3.1. Beroendevårdens uppdrag

I uppdragsbeskrivningen i vårdavtalet för Beroendecentrum Stockholm framgår att vårdgivaren har ansvar för att för individen utforma vårdkedjor som främjar kontinuitet, tillgänglighet, respektfullt bemötande och hälsofrämjande synsätt. Vårdgivaren ska främja patientens delaktighet i behandlingen. Det ska ske genom att:

- i samråd med patienten upprätta en skriftlig vårdplan som kontinuerligt uppdateras och delges patienten,
- informera patienten om vilka evidensbaserade behandlingsmetoder som finns att tillgå för att patienten ska göras delaktig i vård och behandling,

- innan utskrivning från heldygnsvården erbjuda patienter en tid för uppföljning på mottagning.

Specifikt vad det gäller samverkan så klargör beställaren att vårdgivaren aktivt ska bidra till samverkan för patienter som har behov av vård och omsorg från andra vårdgivare och huvudmän. Dokumenterade rutiner ska upprättas för samverkan med andra vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för uppdragets utförande. Vårdgivaren ska även:

- säkerställa att vårdkedjan ur ett patient- och närstående perspektiv är så sammanhängande som möjligt,
- aktivt delta i och vid behov ta initiativ till vårdplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare,
- upprätta skriftliga samverkansöverenskommelser med vårdgrannar inom vårdområdet beroendevård som är lokaliserade i samma kommun/stadsdel som vårdgivaren.

3.2. Socialtjänstens uppdrag

I reglementet för socialnämnden i Stockholms stad framgår att socialnämnden ansvarar för kommunövergripande frågor rörande missbruk. Nämnden svarar vidare för alkoholrådgivning och öppenvårdsinsatser för alkoholmissbrukare och ska på beställning av andra nämnder mot ersättning av den beställande nämnden tillhandahålla ett varierat utbud av institutioner och platser för vuxna med missbruksproblem (HVB - Hem för vård och boende).

I verksamhetsplanerna för stadsdelsförvaltningarna klargörs mål och arbetet avseende missbruksvården beskrivs. Av de tre granskade stadsdelsförvaltningarna har två (Spånga-Tensta och Älvsjö stadsdelsförvaltning) tydliggjort samverkan med beroendevården avseende målgruppen. Älvsjö stadsdelsförvaltning har också lyft fram att handlingsplanen gällande PRIO-medlen⁶ omfattar arbetet med samordnade individuella planer.

3.3. Samverkanspolicy

Våren 2008 antog både staden och landstinget en policy för att förebygga och behandla missbruk/beroende vars syfte var att synliggöra och fastställa ett antal gemensamma förutsättningar och riktlinjer. År 2010 förlängdes policyn att gälla till och med 2015-12-31. I policyn fastställs bland annat att en gemensam lokal samverkansöverenskommelse ska utarbetas som beskriver ansvarsgränser och åtaganden. Gemensamma bedömningsinstrument ska användas för att ge en samordnad bild och underlag för åtgärder samt en gemensam vårdplan ska upprättas då det finns behov av insatser från flera vårdgivare.

Vidare lyfts att insatser för personer med komplexa vårdbehov pga. missbruk och psykisk störning ska organiseras utifrån en integrerad modell som är baserad på ett nära samarbete i team kring den enskilde och där insatserna är samordnade och ges samtidigt. Avseende ansvarsfördelning framhålls att kommunen har det yttersta ansvaret för att de per-

⁶ I maj 2012 beslutade regeringen om en handlingsplan för psykisk ohälsa, PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016. I planen prioriteras två målgrupper: barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.

soner som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Exempel på kommuners insatser för vuxna med missbruk är:

- information och rådgivning,
- motivationsarbete,
- återfallsprevention,
- utredning, vård och behandling av missbruk i form av öppenvård, familjevård och/eller vid institution i egen eller annans regi,
- ansökan om tvångsvård enligt LVM.

Avseende landstingets ansvar framhålls bland annat att arbetssättet ska utmärkas av delaktighet från den enskilde. Det ska finnas ändamålsenliga och skriftliga rutiner för informationsöverföring och gemensam vårdplanering inom och mellan primärvården, den specialiserade beroendevården, psykiatrin och socialtjänsten.

Beroendevården ska vidare sprida kunskap om missbruk/beroende och hur det yttrar sig samt om effektiva behandlingsmetoder med syfte att bidra till andra huvudmäns möjlighet till planering av samordnade insatser. Vården ska ges med beaktande av LEON-principen (vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå). Exempel på insatser som ska erbjudas är:

- abstinensbehandling i öppen- och slutenvård,
- tillnyktring,
- somatiska och psykiatriska utredningar, vård och behandling,
- utredning och behandling av beroendetillstånd (inklusive medicinsk vård, behandling och rehabilitering av läkemedelsberoende),
- läkemedelsassisterad behandling av beroendetillstånd.

Vid genomförd granskning har det verifierats att lokala överenskommelser har upprättats för de stadsdelsförvaltningar som omfattas av granskningen och Beroendecentrum Stockholm.

Vid genomförda intervjuer framkommer att policyn uppfattas ha en begränsad påverkan på det som sker i vardagen med avseende på samverkan kring individer som är i behov av avgiftning i slutenvård. Flera av de intervjuade känner inte till innehållet i samverkanspolicyn, vilket även bekräftas av genomförd enkätundersökning. Av respondenterna på enkäten kände 55 procent till samverkanspolicyn.

Vidare visar enkäten att nästan 40 procent av respondenterna uppfattar att policyn inte alls eller endast till viss del utgör ett stöd för samverkan.

Genomförda intervjuer med ledande funktioner inom stadens socialtjänst och Beroendecentrum Stockholm vittnar om en medvetenhet om svårigheterna att nå ut med samverkanspolicy till samtliga berörda.

3.4. Länsöverenskommelse för missbruks-/beroendevård

Befintlig samverkanspolicy har under 2015 och 2016 reviderats och uppdaterats, vilket resulterat i ett förslag till ny länsöverenskommelse som enligt plan skulle börja gälla från 1 januari 2017 förutsatt att överenskommelsen antogs av berörda politiska församlingar i respektive kommun och landstinget innan dess. Övervägande delen av länets kommuner har nu antagit överenskommelsen. I landstinget fattade HSN beslut om överenskommelsen i juni 2016 och i Stockholms stad har den remissbehandlats och kommunfullmäktige avser att fatta beslut 2017-01-30. Först därefter gäller överenskommelsen mellan landstinget och staden. Bakgrunden till utvecklingsarbetet är bland annat lagändringen i HSL och SoL (2013) och en anpassning till de nya reviderade nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (2015). Vidare beskrivs ett allmänt behov av revidering och uppdatering utifrån det kunskapsläge som råder idag.

För att öka kännedomen om den nya länsöverenskommelsen har en gemensam ”kick off” anordnats för representanter från bl.a. staden och landstinget. Planerad ”kick off” hölls under den period som granskningen genomfördes och effekterna av den har inte varit möjliga att värdera inom ramen för granskningen.

Vid intervjuer med ledande befattningar inom Beroendecentrum Stockholm och socialtjänsten i Stockholms stad framkommer en medvetenhet om att ytterligare kraftanställningar behövs för att öka kännedomen om länsöverenskommelsen. Vi har inom ramen för granskningen inte kunna finna någon strukturerad planering för detta, utan endast mottagit olika tankar och önskemål om hur det skulle kunna ske.

3.5. Samordnad individuell plan (SIP)

En gemensam vägledning för SIP finns framtagen av KSL (kommunerna i Stockholms län) och landstinget. Granskningen har visat att SIP inte initieras av slutenvården utan överlåts till öppenvården och socialtjänsten att hantera. Sett till de journaler/akter som granskats så är det endast i ett av trettio ärenden där SIP har upprättats i slutenvården. Vid granskning av socialtjänstens akter så återfinns SIP i ytterligare tre av de 15 akter som granskats. Endast en SIP är fullständigt upprättad i enlighet med gällande rutiner. I övriga fall så saknas uppgifter om exempelvis vem som är ansvarig för planen och när den ska följas upp. Antalet granskade akter är relativt få och är inte ett generaliserbart resultat. Vid genomförda intervjuer verifierar dock verksamhetens representanter bilden av att SIP inte upprättas i den omfattning som lagstiftaren avser.

Vid intervjuerna tydliggörs också det faktum att slutenvården inte arbetar med SIP, då det inte är möjligt men hänsyn till de korta vårdtider som gäller, och för att slutenvården inte berörs av den fortsatta planeringen av patientens vård. Upprättandet av SIP överlåts därmed till beroendevårdens öppenvård och socialtjänsten.

Inom respektive verksamhet (socialtjänsten och öppenvården respektive slutenvården inom beroendevården) ska vårdplaner upprättas för individen. Dessa avser dock ej samverkan med andra vårdgivare.

3.6. Informationsöverföring

Enligt samverkanspolicyn ska det finnas ändamålsenliga och skriftliga rutiner för informationsöverföring. I betalningsansvarslagen⁷ finns redan idag klargjort att slutenvården ska underrätta berörda enheter om en patient kan komma att behöva insatser efter slutenvårdstiden genom ett inskrivningsmeddelande. En utredning har genomförts av Socialdepartementet⁸ och i den nya lagen föreslås en förändrad planeringsprocess. De enheter som ska ta över ansvaret för patientens insatser efter utskrivning från slutenvård behöver snabbare än i dag få kännedom att patienten kan komma att behöva den berörda enhetens insatser. Utredningen föreslår att behandlande läkare i slutenvård inom 24 timmar efter att patienten skrivits in underrättar berörda enheter genom ett *inskrivningsmeddelande*. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla en bedömning av när patienten är utskrivningsklar.

Vid granskning av rutiner framkommer att det saknas skriftliga rutiner för hur informationsöverföring ska ske från slutenvården till stadens socialtjänst. De skriftliga rutiner som förekommer gäller samordnad individuell planering och någon sådan sker inte inom ramen för avgiftning i slutenvården.

Bedömning av kapitel 3 gällande styrning av samverkan

Vår bedömning är att det finns en tydlig koppling mellan lagstiftarens intentioner och beroendevårdens uppdrag enligt vårdavtalet vad det gäller samverkan kring patienter med missbruk/beroende.

Vi kan konstatera att det till och med 2015-12-31 har funnits en upprättad samverkanspolicy mellan SLL och Stockholm stad. Vid de stadsdelsförvaltningar och beroendemottagningar som granskats har lokala överenskommelser också upprättats i enlighet med direktiven i policyn. Vidare finns rutiner för att upprätta SIP dokumenterade i enlighet med gällande lagstiftning. Utifrån vad som framkommit vid granskningen är vår bedömning att personalen inom såväl landstinget som staden har dålig kännedomen om överenskommelsen och att många därför inte upplever att den stödjer samverkan. I granskningen har det konstaterats att vare sig landstinget eller staden beslutat om ytterligare förlängning av samverkanspolicyn. Formellt har det således inte funnits något gemensamt styrdokument som reglerat samverkan för missbruk/beroende under år 2016.

En ny överenskommelse avseende samverkan är framtagen mellan SLL och kommunerna i länet för att förebygga och behandla missbruk/beroende⁹. Enligt planerna ska den börja gälla mellan staden och landstinget då kommunfullmäktige antagit den vid månadskiftet januari/februari i år. Vi saknar dock en tydlig strategi för hur länsöverenskommelsen ska införlivas i verksamheten. Vår bedömning är att fler aktiviteter än genomförd "Kick off" krävs. I det fortsatta utvecklingsarbetet är det viktigt att landstinget och staden säkrar implementeringen av och följsamhet till överenskommelsen.

⁷ Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Innehåller även regler för informationsöverföring.

⁸ SOU2015:20, Stockholm 2015

⁹ Samverkan kring personer med missbruk/beroende

Vi kan konstatera att SIP inte i önskvärd omfattning utgör ett verktyg för samplanering och samordning mellan Beroendecentrum Stockholm och socialtjänsten i Stockholms stad samt att SIP upprättats för relativt få av de individer som fått avgiftning i slutenvård. Vår bedömning är således att SIP inte upprättas i enlighet med gällande lagstiftning och rutiner och därmed inte i tillräcklig utsträckning utgör ett verktyg i samverkan kring individen.

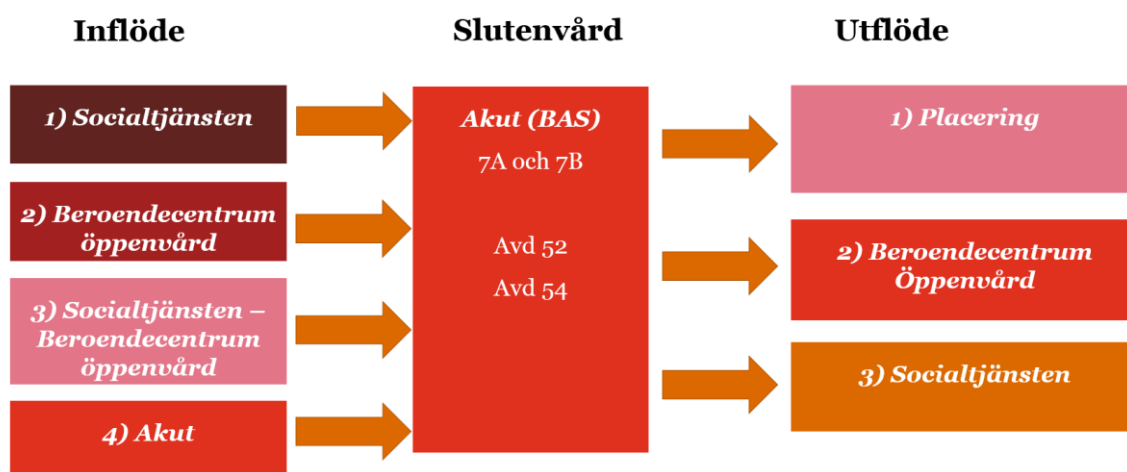
Vår bedömning är att det saknas en tydlighet i direktiv och rutiner för hur informationsöverföring ska ske mellan Beroendecentrum Stockholm och socialtjänsten i Stockholms stad. Det kan innebära att det finns olika förväntningar och det riskerar att bli ett hinder i samverkan kring individer som är föremål för avgiftning i slutenvård.

4. *Vårdflödet för patienter som avgiftas i slutenvården*

Det är framförallt personer med tyngre missbruk/beroende som är aktuella för avgiftning i slutenvård och därmed de individer som beroendevården och socialtjänsten oftast behöver samverka kring. Vid genomförandet av granskningen har vi därför utgått ifrån de individer som varit aktuella för avgiftning i slutenvård.

Vi har utifrån den målgruppen gjort en översiktlig flödesanalys av hur dessa individer har kommit till slutenvården för avgiftning och vart individerna därefter tagit vägen, vilket illustreras i bild 1 nedan. Vi är medvetna om att det finns olika varianter på hur ”inflödet” gått till och att det finns olika händelser och alternativ för insatser efter utskrivning.

Bild 1 Schematisk bild över de flöden som vi granskat inom ramen för uppdraget.



4.1. *Inflödet*

Vi har inom ramen för granskningens avgränsning och med fokus på samverkan mellan socialtjänsten och beroendevården identifierat fyra vägar för inflöde till slutenvården och dessa är:

- 1) Patienten har haft en kontakt med socialtjänsten och handläggaren på socialtjänsten skriver en remiss för avgiftning i slutenvård. Remissen kan vara ett led i en utredning eller insats enligt LVM. Tillvägagångssättet är beroende på individ.

Enligt genomförda intervjuer inom socialtjänsten så råder det en oklarhet i när socialsekreterare ska skriva remiss och när det ska överlämnas till beroendevårdens öppenvård att vara remittent. Enligt genomförd dokumentgranskning så finns det inte några skriftliga rutiner för hur remisshandlingen ska ske från staden till avgiftning i slutenvård. Enligt genomförda intervjuer så görs en bedömning av inkommen remiss innan inskrivning i slutenvården och en remiss från socialtjänsten innebär inte en garanti för att patienten skrivs in för avgiftning även om plats finns att tillgå. En medicinsk bedömning behöver alltid genomföras. Vid genomförda intervjuer framkommer att socialtjänsten i vissa till-

fällen önskar att det fanns en större tillgång till medicinsk kompetens för bedömning av klientens/patientens medicinska status innan remiss lämnas till slutenvården. Några mobila läkare finns inte tillgå och ibland kräver situationen att bedömning av klientens/patientens tillstånd görs i hemmet. Behovet av slutenvård måste i dessa fall bedömas av en socialsekreterare.

- 2) En vanlig väg för inskrivning i slutenvård för patienten är att remiss lämnas av andra sektioner inom beroendevården, exempelvis öppenvården eller Metadonsektionen. I dessa fall sker en medicinsk bedömning av patienten innan den kommer till slutenvården. Trots detta kan en ny bedömning av patientens vårdbehov vid ankomst till slutenvården göras. Prioriteringar utifrån platstillgången kan påverka huruvida patienten skrivs in eller om försök görs till att hitta andra lösningar.

Skriftliga rutiner finns för hur remisser till och från beroendemottagningen ska hanteras.

- 3) Enligt genomförda intervjuer och i de journal-/aktgranskningar som genomförts kan vi se att det i vissa fall sker en kommunikation mellan stadens socialtjänst och öppenvården inom Beroendecentrum Stockholm och att remiss lämnas i samråd mellan de två huvudmännen.

När det gäller samverkan mellan de lokala beroendemottagningarna och socialtjänsten är det påtagligt att förutsättningarna och synen på samverkan ser väldigt olika ut på de aktuella integrerade mottagningarna. Sammantaget kan sägas att en av de integrerade mottagningarna har gemensamma samverkansmöten varje vecka, gemensam reception och daglig kontakt. Vid den andra integrerade mottagningen sker samverkan uteslutande då behov uppstår i det enskilda fallet.

Vid intervjuer med representanter på metadonsektionen framkommer att insatserna från socialtjänsten i de olika stadsdelsförvaltningarna skiljer sig åt. Det är också olika hur väl samverkan fungerar mellan Stockholms stads stadsdelsförvaltningar och Metadonsektionen. De intervjuade uppfattar att det bland annat hör ihop med vilka ambitioner som finns inom de olika stadsdelsförvaltningarna, hur de ser på målgruppen, men att det också hänger samman med hur personalomsättningen ser ut inom stadsdelsförvaltningen.

I granskningen har vi blivit uppmärksammade på att både Beroendecentrum Stockholm och stadens socialtjänst genomfört omfattande satsningar på Case management utbildningar (CM)¹⁰. Däremot har samtliga personer med CM-utbildning som intervjuats inom ramen för granskningen påtalat att de inte jobbar i enlighet med modellen. Vi har inte inom ramen för granskningen funnit några tydliga ställningstaganden till att avsluta arbetet enligt CM-modellen, utan det tycks ha varit något som successivt avslutats. De intervjuade uppger i huvudsak tre olika skäl till att arbetet successivt har upphört:

- Ersättningsystemet täcker inte den kostnad som är att arbeta enligt CM. Ett traditionellt arbetssätt med korta besök där patienten förväntas komma till mottagningen gynnas av ersättningsystemet.

¹⁰ En modell för strukturerad samordning av vården kring personer med missbruk och behov av insatser från flera vårdgivare. CM rekommenderas som insats i Socialstyrelsens reviderade nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

- Beroendecentrum Stockholm accepterar inte ensamarbete vilket CM innebär då tanken är att behandlaren ska följa patienten till de besök som ska göras. Inom staden har det varit ett accepterat arbetssätt, men har ändå inte prioriterats.
- Det fria vårdvalet inom beroendevården har försvårat arbetet som CM då patienten kan vara hemmahörande och ha sina övriga kontakter inom ett annat geografiskt område än beroendemottagningens placering.

Inom ramen för öppna jämförelser¹¹ har följande enkätfråga besvarats ” Erbjuder ni den 1 februari 2016 `insatsen Case management i form av integrerade team´ till personer med missbruk eller beroende, psykisk sjukdom eller hemlösa?”. Samtliga tre stadsdelsförvaltningar som omfattas av granskningen har svarat nej på frågan.

- 4) Det fjärde sättet som vi redogör för avseende inflödet av patienter till slutenvården är patienter som kommer akut. Det kan vara patienter som kommer på egen hand utan någon remiss eller patienter som inkommer på annat sätt akut till mottagningen. Enligt vad som framkommit vid granskningen så kommer mer än hälften av patienterna in på det här sättet.

Vi kan i genomförda granskning av akter se att det förekommer att socialsekreteraren söker kontakt med individer för att motivera till inskrivning för avgiftning. Vi kan också se att det händer att socialsekreteraren efter ett antal motiverande samtal får individen att söka hjälp och att det i vissa fall är så att individen på grund av platsbrist och att tillståndet inte är akut inte kan beredas vård. I de fall vi noterat detta vid genomförda journal-/aktgranskningar kan vi också konstatera att det har funnits en kontakt med socialtjänsten innan sökanden lämnar akutvården. Försök har då gjorts för att hitta alternativ för individen exempelvis inskrivning på Krukis.

Bedömning av kapitel 4.1 avseende inflödet till avgiftning i slutenvården

Vår bedömning är att det finns ett antal problem vid inskrivning av individer i slutenvården. Vi har exempelvis noterat att personer som efter många motiverande samtal från socialtjänsten uppsöker akutvården sedan har nekats inskrivning. Vår uppfattning är att problematiken kan vara orsakad av bristande samsyn kring vad som ska hanteras i slutenvård samt att socialtjänsten saknar den medicinska kompetensen för att göra en korrekt bedömning.

Vid remiss till akut- och heldygnsvården från socialtjänsten och/alternativt Beroendecentrums öppenvård ställs i regel krav på plan om fortsatt vård och behandling efter avgiftning i slutenvården. För vissa av de patienter som kommer in akut saknas av naturliga skäl en plan om fortsatt vård och behandling. Enligt vår bedömning riskerar därför målgruppen som kommer in akut i högre utsträckning att hamna mellan stolarna efter utskrivning. Vår uppfattning är att det idag finns brister i samordningen för att skapa en fungerande planering för dessa individer.

¹¹ Genom öppna jämförelser kan du jämföra kvaliteten inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i hela Sverige. Öppna jämförelser ger insyn och kan användas för analys, uppföljning och utveckling inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter.

I granskningen har vi även uppmärksammat att det har gjorts satsningar inom Beroendecentrum Stockholm och Stockholms stad för att förbättra vården för individer med missbruk/beroende som har psykisk problematik. Satsningar har gjorts genom att utbilda personal till Case managers (CM). Metodiken är prioriterad enligt nationella riktlinjer och ingår som ett kriterium i öppna jämförelser. Vår bedömning är dock att kompetensen på området inte används och att det saknas ett tydligt ställningstagande inom respektive organisation till hur satsningen ska förvaltas. En konsekvens av att befintliga medarbetare med CM-utbildning inte används är att målgruppen som CM:s insatser riktar sig till riskerar att hamna mellan stolarna, med ökad risk för missbruk/beroende som medför behov av avgiftning i slutenvården.

Slutligen har vi i granskningen uppmärksammat att de integrerade mottagningarna som omfattats av granskningen skiljer sig väsentligt avseende arbetssätt och samverkansformer. En av de integrerade mottagningarna är i realiteten mer att betrakta som en samlokalisering av verksamheter än reellt samordnande av resurser och samverkan för att effektivisera och optimera vården. Vår bedömning är därför att syftet och målsättningen med integrerade mottagningar behöver ses över och tydliggöras i samverkan mellan beroendevården och socialtjänsten.

4.2. Den slutna vården för avgiftning

Samtliga patienter som inkommer till slutenvården för avgiftning kommer in via Beroendekuten Stockholm (BAS). Vid beroendekuten görs bedömning av patienten och det finns sedan två avdelningar för akutbehandling av beroendetillstånd. Den ena är en intagningsavdelning (7A) och den andra är en observationsavdelning (7B). Den fortsatta vården bereds sedan vid någon av sektionens avdelningar; avdelning 52 för de med narkotikamissbruk och avdelning 54 för de med alkoholmissbruk. Beroende på platstillgång så kan exempelvis en patient med narkotikamissbruk även vårdas vid avdelning 54.

4.2.1. Samsyn kring avgiftning

En av utmaningarna för att lyckas med en samordnad vårdkedja för de som är aktuella för avgiftning i slutenvård är enligt de intervjuade en samsyn kring avgiftning. Enligt de intervjuade finns det olika uppfattning om vad som är att betrakta som avgiftning och när avgiftning ska ske i slutenvård. Intervjusvaren överensstämmer med enkätsvaren där drygt 40 procent uppger att det helt eller i huvudsak finns en samsyn. Närmare 60 procent är av annan uppfattning eller uppger att de inte vet.

4.2.2. Vårdtider

De intervjuade ger ett samstämmigt uttryck för att det skulle vara önskvärt med en längre vårdtid för vissa av patienterna. Det finns dock en diskussion inom landstinget avseende det syfte och värde som en längre vårdtid skulle ge. Den intervjuade vårdpersonalen ser den korta vårdtiden som en parameter för ökad risk för återinskrivning i slutenvård. Patientens dåliga kondition och bristande förmåga att tillgodogöra sig öppenvårdens insatser ökar risken för återfall som kräver avgiftning i slutenvård, menar man. Det är också den bild som socialtjänsten ger. Det ges dock även uttryck för att evidens saknas för att längre vårdtid skulle minska risken för återinläggning.

Enligt villkoren i beroendevårdens vårdavtal utgör den fasta uppdragsrelaterade ersättningen 50 procent av ersättningen för beställda slutenvårdsvolymer. Beställaren (HSN)

betalar vidare vårdgivaren ersättning per vårddygn för alla vårdtyper. Denna ersättning styr mot korta vårdtider enligt tabell 1 nedan.

Tabell 1 Ersättning vid avdelningar inom slutenvården (2016).

Rörlig ersättning (kr)	Avd 52 och 54	Avd 7 och 7b
Vårddagar, Beroendevård, Dag 0	254	2 685
Vårddagar, Beroendevård, Dag 1	2 771	4 474
Vårddagar, Beroendevård, Dag 2 - 6	2 594	3 579
Vårddagar, Beroendevård, Dag 7-	1 445	672

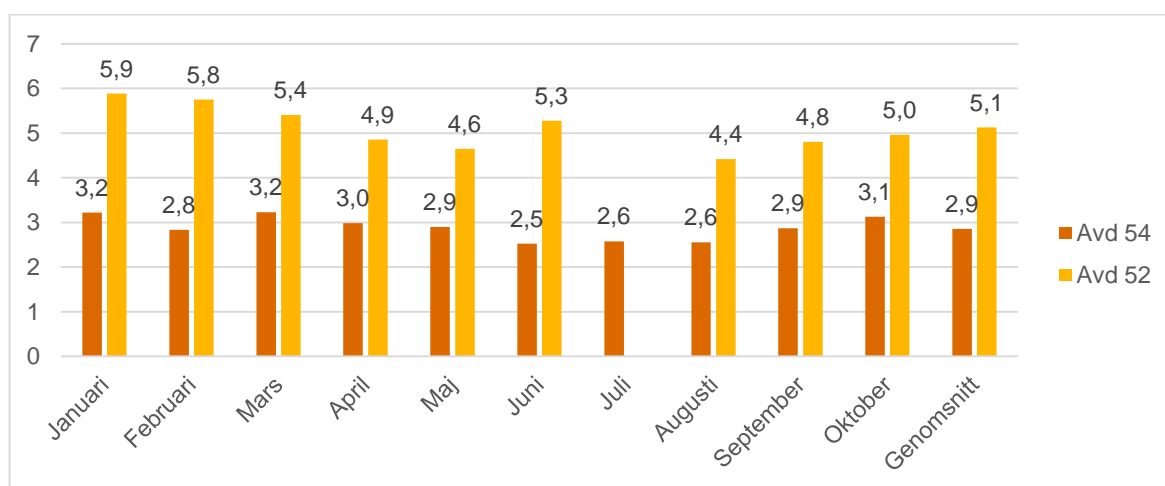
Källa: Ersättningsvillkor 2016 Beroendecentrum Stockholm

4.2.3. Tillgång till vårdplatser

Via genomförd enkät framgår att lite drygt 49 procent av respondenterna uppfattar att det inte finns tillräckligt med avgiftningsplatser. Här är det procentuellt något fler från Stockholms stad som har den uppfattningen. 20 procent bedömer att det till viss del finns tillräckligt med platser och här är det något fler från landstinget som är av den uppfattningen. Av de kommentarer som lämnats berör många det faktum att avdelning 52 stängs under nio veckor på sommaren då behoven enligt flera av svaren i flera avseenden upplevs som störst.

Avdelning 52 hade kortast vårdtid under augusti månad och var stängd under juli månad. För avdelning 54 var vårdtiden kortast under juni – augusti månad.

Diagram 1 Vårdtid, medelvärde avdelning 54 och 52 (dagar). Avser år 2016



Exempel på konsekvenser som lyfts fram av de intervjuade som upplever att antal vårdplatser är för få och att vårdtiden generellt är för kort är bland annat att:

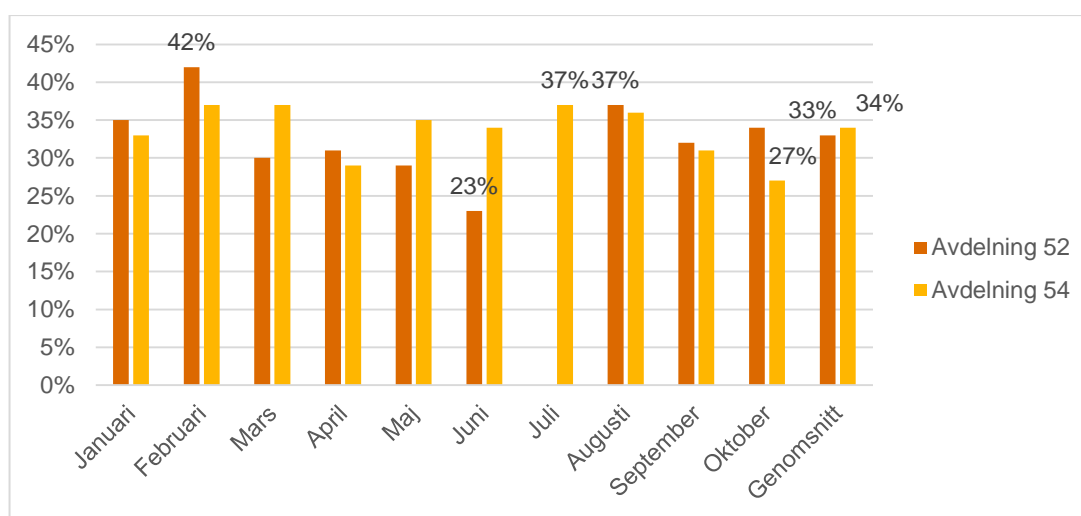
- Den planering om fortsatta insatser i öppenvården som gjorts tillsammans med individen inte kan fullföljas då personen i fråga är i allt för dåligt skick. Innebär även en förhöjd risk att individen faller tillbaka i missbruk.

- Information och eventuell planering av fortsatta insatser från socialtjänsten kan inte genomföras/planeras in då patienten redan skrivits ut innan personalen från socialtjänsten hinner dit.

4.2.4. Återinläggning

I Stockholms läns landstings mål och budget 2016 framgår att den övergripande målsättningen är att mindre än 15 procent av utskrivna patienter ska återinläggas inom 30 dagar¹². I diagram 2 nedan framgår hur stor andel av de som varit inskrivna på avdelning 52 och 54 under perioden januari – oktober år 2016, som blivit återinlagda inom 30 dagar från det aktuella vårdtillfället. För avdelning 52 är genomsnittet för andel återinlagda patienter under perioden 33 procent och för avdelning 54 är den 34 procent.

Diagram 2 Andel som följts av återinläggning inom 30 dagar (%)



I granskningen har vi även tagit del av hur stor andel av de som varit inskrivna på avdelning 52 och 54 under motsvarande period som blivit återinlagda inom 10 dagar från det aktuella vårdtillfället. Här noteras att den genomsnittliga återinläggningsfrekvensen för de båda avdelningarna då var 19 procent. Vissa månader var 23 procent (avdelning 52) respektive 24 procent (avdelning 54) av patienterna tillbaka inom tio dagar.

Vid genomförd granskning har det också framkommit att det händer att patienter skrivs ut för tidigt till behandlingshem och återkommer till sjukvården då avgiftningen visar sig inte vara slutförd. I dessa fall handlar det inte om några återfall utan att individen behöver fortsatt medicinsk vård för sin abstinens. Avvikelse rapporter upprättas vid dessa tillfällen.

4.2.5. Informationsöverföring

Vid akutmottagningen finns en utsedd funktion med ansvar för kontakten med socialtjänst och andra externa aktörer som finns kring patienten. Motsvarande funktion finns också vid avdelning 52 respektive 54. Uppdragen ser ut att vara lika för de tre funktionerna, men de tituleras på olika sätt. Vid intervjuer framkommer att samtliga kan redogöra för ett tydligt arbetssätt som syftar till att identifiera om patienter som inkommit har en kontakt med socialtjänsten och en planering för det som ska ske efter avgiftning. Om ingen sådan kontakt finns och uppfattningen är att patienten behöver stöd för sin fortsatta

¹² Gäller slutenvården generellt

planering, exempelvis för att ordna boende, så kontaktas socialtjänsten. Syftet med kontakten är att säkerställa att socialtjänsten informeras om tid för utskrivning och att de kan ta över för den fortsatta planeringen. Det finns dock inte några skriftliga rutiner för hur arbetet ska utföras och det råder enligt de intervjuade en viss oklarhet om arbetet görs på ett likartat sätt i hos samtliga tre funktioner och genom hela flödet. Vi kan dock konstatera att strukturerad vårdplanering initierad av slutenvården fokuserar i huvudsak på kontakterna med den kommunala vård- och omsorgen (det vill säga insatser såsom hemtjänst och boendestöd) och inkluderar sällan socialtjänstens individ och familjeomsorg (exempelvis vård och behandling med hänsyn till missbruksproblematik).

Vid intervjuer med representanter inom stadsdelsförvaltningarna framkommer att det saknas en rutin för hur informationsöverföringen ska gå till och därmed försämras också möjligheterna att säga i vilken utsträckning som informationsöverföringen fungerar på önskvärt sätt. Det finns en förståelse för de utmaningar som följer med korta vårdtider och hur det påverkar förutsättningarna för att hinna ta nödvändiga kontakter. Med hänsyn till detta så anser de intervjuade på stadsdelsförvaltningarna att det trots allt finns en god kommunikation mellan slutenvården och stadsdelsförvaltningarna.

4.2.6. *Vårdplaner*

Vid genomförd granskning har det framkommit att det förekommer en mängd olika planer avseende de enskilda individerna, men att de vårdplaner som upprättas under patientens tid för avgiftning i slutenvården avgränsas till att gälla planering av den vård som ges i slutenvård. Vid uppföljning används dock begreppet vård- och omsorgsplan. De dokumenterade instruktionerna kring användning av individuella planer som finns upprättade för SLSO Psykiatri och som därmed även avser beroendevården uttrycker ”En individuell plan ska upprättas när en patient inleder en kontakt ... och fortsatt kontakt planeras efter den initiala bedömningen. Den ska upprättas snarast, om möjligt vid första besöket respektive under första vård dygnet.” I gällande instruktioner går det också att läsa att ”en samordnad individuell plan, SIP, kan upprättas i både öppen och slutenvård när det finns behov av samordning med kommunen.” Upprättandet av andra planer såsom SIP överläts i praktiken till öppenvårdsmottagningarna, Metadonsektionen och socialtjänsten att hantera.

Enligt genomförda intervjuer så finns det inte tid och förutsättningar för slutenvården att upprätta SIP och att bjuda in andra aktörer för ett gemensamt möte medan patienten fortfarande är inskriven. Det händer dock att socialsekreteraren besöker individen på avdelningen för att diskutera fortsatt planering. Detta kan också verifieras via de journaler/akter som har granskats. Det är dock sällsynt att någon läkare medverkar vid dessa möten och socialtjänsten ger uttryck för att det ibland skulle vara ett stort värde att ha ett gemensamt möte där patientens fysiska och psykiska kondition diskuteras för att gemensamt planera för fortsatta insatser.

En kvalitetsindikator enligt beroendevårdens vårdavtal är andel patienter som har en strukturerad vård- och omsorgsplan. Uppsatt målnivå för full ersättning är att 70 procent av patienterna har en plan. Om verksamheten inte når uppsatt målnivå utkrävs vite i olika nivåer beroende på resultat.

Tabell 2 Patienter med aktuell vårdplan vid avdelning 52 och 54
Perioden 1 mars tom 31 mars 2016

Enhet	Antal patienter	Aktuell vårdplan	Andel med aktuell vårdplan %
Avdelning 52	118	34	28,8
Avdelning 54	222	140	63,1
Totalt	317	171	53,9

Källa: Utdrag ur TakeCare 17 oktober 2016.

Genomförda intervjuer och granskningar av journaler vittnar om att upprättande av vårdplaner inte uppfattas verkningsfullt för de patienter som vistas på beroendeakuten. I de fall vårdplaner finns upprättade är dessa ofta knapphändiga och med standardiserade fraser. Patienten är sällan i en kondition som möjliggör en dialog kring planering om fortsatt vård. Statistiska underlag klagör att förekomsten av vårdplaner för de individer som fått vård på avdelning 52 och 54 inte heller uppnår målnivån.

Bedömning av kapitel 4.2 avseende den slutna vården för avgiftning

Behov av samsyn

Kopplat till den slutna vården för avgiftning identifieras ett antal områden där det finns en bristande samsyn som enligt vår bedömning påverkar samverkan avseende målgruppen.

Inledningsvis så uppfattar vi att det finns en diskrepans i synen på vad som är att betrakta som avgiftning och i vilken omfattning behoven ska tillgodoses i slutenvård. Vår uppfattning är att diskrepansen påverkar förutsättningarna för samverkan och ger upphov till förväntansgap vilka behöver hanteras. Det gäller till exempel om avgiftning ska ske i slutenvård eller öppenvård och hur länge individen behöver vårdas i slutenvård.

Vidare uppmärksammar vi att hanteringen av SIP inom den slutna avgiftningen inte överensstämmer med den vägledning, som tagits fram för landstinget och länets kommuner, trots dokumenterad instruktion som gäller för beroendevården. Vår notering är även att olika begrepp för individuella planer såsom vårdplan, vård- och omsorgsplan och SIP är försvårande. Uppföljningen av antalet genomförda vård- och omsorgsplaner visar på en högre förekomst av planer på avdelning 54 där vårdtiderna är kortare och antalet patienter är fler. Variablerna korta vårdtider och högt patientflöde kan enligt vår bedömning därmed inte vara de enda förklaringsfaktorerna till att planering inte genomförs inom slutenvården. Inte heller socialtjänsten inom granskade stadsdelsförvaltningar har upprättat SIP för de individer som omfattats av granskningen. Detta trots att kontakten där vanligtvis är mer långvarig.

Vi anser också att det finns brister i samsynen avseende samverkan och informationsöverföring under den period som individen befinner sig i akut- och heldygnsvård. Vår bedömning är att samverkan och avvikelser skulle kunna hanteras på ett tydligare sätt om det fanns en samsyn kring hur kommunikation, samverkan och informationsöverföring ska ske. Samsyn är därmed viktigt både för att skapa en god samverkan och för att skapa förutsättningar för fortsatt utveckling av samverkan.

Behov av vidare analys och efterföljande åtgärder/aktiviteter för att nå fastställda målsättningar

Vi anser att det saknas en tydlighet i vårdens ambition att minska andelen återinläggningar. Vår bedömning är att såväl styrmodeller avseende ersättningsystem som arbetssätt och rutiner behöver ses över utifrån ambitionen att vårdkedjan ska fungera och individen inte behöva återinläggas. Akut- och heldygnsvården styr sin verksamhet utifrån uppdraget att medicinskt färdigbehandla en individ, vilket inte är det samma som att styra utifrån ett uppdrag att ge patienten bästa möjliga förutsättningar att tillgodogöra sig fortsatt vård.

Vår bedömning är att slutenvårdens samverkan med öppenvården och stadens socialtjänst behöver tydliggöras i syfte att skapa en fungerande vårdkedja. Det glapp som uppmärksammats i granskningen mellan akut- och heldygnsvårdens uppdrag och öppenvårdens och socialtjänstens förutsättningar behöver åtgärdas.

Vi kan konstatera att det under det senaste året har förekommit att individer som skrivits ut till behandlingshem sedan har återremitterats till akut- och heldygnsvården, då behov funnits av fortsatt medicinsk avgiftning i den slutna beroendevården. Vår bedömning är att samma mönster även skulle kunna finnas hos dem som skrivs ut till öppenvård.

4.3. Utflödet

Utflödet från slutenvården sker genom utskrivning och vi kan se olika exempel på vart patienten tar vägen. Vi har inom ramen för granskningens avgränsning och med fokus på samverkan mellan staden och landstinget identifierat fyra vägar för utflödet och dessa är:

1. Frivillig placering enligt socialtjänstlagen (SoL) på HVB alternativt placering via tvångslagstiftning, lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) inom Statens institutionsstyrelse (SIS)¹³.

Dessa personer har redan en planering för vad som ska ske efter utskrivning. Enligt vad som framkommit vid genomförd granskning så ställer behandlingshemmen stora krav på avgiftning innan individen kan tas emot. Slutenvården tar vanligtvis hänsyn till de krav som ställs så att individen kan fortsätta vården utan avbrott.

Det har över tid skett en utveckling där behandlingshemmen visat ökad förståelse för vilka krav på avgiftning som är rimliga att ställa. En fråga som i uppstarten av granskningen aktualiserades som problematisk var kvarhållning i den slutna beroendevården då Statens institutionsstyrelse under framförallt år 2015 inte kunde anvisa plats på grund av platsbrist. I granskningen noteras att frågan varit uppe för diskussion i Regionala samrådet¹⁴ och vid ett flertal tillfällen vid Stockholm stads interna chefsnätverk för missbruk.

För socialtjänsten är det lagreglerat att missbrukare som placeras i hem för vård och boende (HVB) ska ha en vårdplan. Socialsekreteraren ska tillsammans med den enskilde skapa en vårdplan med mål och tidsramar för att konkretisera biståndsbeslutet. Vårdplanen ska följas upp och en ny plan kan upprättas om behov finns.

¹³ Statens institutionsstyrelse är en statlig myndighet som bedriver individuellt anpassad tvångsvård. Här ges vård och behandling av bland annat vuxna med missbruksproblem.

¹⁴ Med uppdrag att utveckla och följa samverkan kring personer med missbruk/beroende och samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning finns ett regionalt samråd med cheftjänstemän från kommun, landsting, privata vårdgivare, kriminalvård, polis och länsstyrelse.

2. För de patienter som inte har en planerad behandling på behandlingshem så erbjuds alltid en tid i landstingets öppenvård/metadonsektionen för de som är aktuella där.

En så kallad vårdkedjetid bokas in vilket innebär att individen får med sig en tid för besök i öppenvården dagen efter utskrivning. Detta möjliggörs genom att slutenvården har tillgång till vissa tider på samtliga öppenvårdsmottagningar varje dag och kan i systemet direkt boka den tid som är lämpligast.

Även om alla som vårdas inom slutenvården ska erbjudas en vårdkedjetid i landstingets öppenvård vid utskrivning så framkommer det vid granskningen, att det är många individer som inte kommer till planerad vårdkedjetid. Av intervjuerna framgår att de som utblir oftast inte tidigare är aktuella vid de lokala beroendemottagningarna. De intervjuade uppskattar att ca 40 - 50 procent inte kommer till erbjuden tid. Det styrks av uppgifterna i SLSO:s kvalitetbokslut för 2015 där det framgår att endast 28 procent av patienterna med alkoholberoende, som erbjudits en tid i öppenvård, kommit till besöket inom sju dagar.

På frågan i enkätundersökningen om missbruks- och beroendevården är rustade för att fånga upp de som inte är kända sen tidigare svarar 32 procent av respondenterna till viss del och 4 procent inte alls. Här bör nämnas att lite drygt 29 procent av de som besvarat enkäten inte vet om den här målgruppen fångas upp.

3. En patient kan efter avgiftning i slutenvården också ha en fortsatt kontakt med socialtjänsten.

Anledningen kan vara att individen är i behov av olika insatser från socialtjänsten såsom boende, försörjning eller behandling. Den granskning som genomförts av socialtjänstens akter visar på en mängd olika varianter av planeringar som upprättas med klienten och med olika vårdgivare och behandlingshem. Hur planerna är dokumenterade är olika. Ibland finns dessa i särskilt upprättade dokument med underskrift från klient och övriga berörda och ibland finns dessa endast som anteckningar i journalerna. Flera av de klienter som följts i flödet kring avgiftning har under åren haft ett större antal planeringar och det kan i vissa ärenden finnas 25 – 30 olika vårdplaner upprättade över åren.

Krukis Dropin ses av flera intervjuade som en variant av ”mellanvårdsalternativ” mellan avgiftning i slutenvård och insatser i öppenvården. Däremot uppfattas inte verksamheten täcka de behov som finns.

Bedömning av kapitel 4.3 avseende utflödet från avgiftning i slutenvården

För individer som har en planerad vård vid behandlingshem efter avslutad avgiftning indikerar granskningsresultaten att flödet fungerar relativt väl. Det beror bland annat på att sjukvården accepterar de krav som ställs från behandlingshem på avgiftning, men också för att behandlingshem kan erbjuda ett relativt omfattande omhändertagande. I de fall som det har visat sig att patienten skrivits ut i ett för tidigt skede, så finns det personal på behandlingshem som uppmärksammar detta och återsänder patienten för fortsatt vård.

Vår bedömning är att de individer som ska ha fortsatt vård i öppenvård är en sårbar grupp, då det inte på samma sätt finns professionella som fångar upp dem om det visar sig att utskrivning skett för tidigt. Vi bedömer att planeringen av vården och säkerställandet

av vårdflödet i flera fall brister för de patienter, som ska beredas fortsatt vård i öppenvård inom de granskade stadsdelsförvaltningarnas och beroendemottagningarnas försorg. Det råder också en svårighet att fånga de individer som inte kommer till planerad vårdkedjetid.

Med hänsyn till att såväl landstinget som staden ger uttryck för att den öppna vården ska prioriteras, är vår bedömning att det finns skäl att utveckla flödet från avgiftningen i den slutna vården till öppenvårdens verksamhet, för att säkerställa att individerna är i kondition att ta del av öppenvårdens och socialtjänstens insatser. Den relativt höga återinläggningsfrekvensen kan vara en indikation på att processen i dagsläget inte fungerar på önskvärt sätt.

5. Uppföljning

Enligt SOSFS 2011:9 ska det fortlöpande göras bedömningar huruvida det föreligger risker inom verksamheten som bedrivs, en så kallad riskanalys. Även egenkontroller ska genomföras, vilket exempelvis kan innefatta olika jämförelser, målgruppsundersökningar eller granskning av dokumentation. Vidare ska klagomål tas emot, utredas och analyseras.

5.1.1. Gemensam uppföljning av vården

Vid genomförda intervjuer framkommer att de övergripande forum för samverkan som finns organiserade, enligt samverkansöverenskommelsen, används för att diskutera brister och avvikelser i vården. I nuläget sker inte någon sammanhållen systematisk uppföljning av insatser och samverkan på aggregerad nivå för missbruks- och beroendevård. Samtliga intervjuade är överens om att systematiska kartläggningar och uppföljning av insatser, vilket inte görs i nuläget, är nödvändiga för att få en samlad överblick och kunskap om de klientgrupper som verksamheten möter samt vilket resultat olika insatser ger. Det råder även en samsyn om att det är ett område som behöver utvecklas och som verksamheten ser som ett prioriterat arbete.

I den nya länsöverenskommelsen framgår specifikt att kommunerna och landstinget åtar sig att gemensamt arbeta med uppföljning genom struktur och processindikatorer. I nuläget finns dock inga fastställda struktur- och processindikatorer kopplade till den nya överenskommelsen, som enligt planeringen börjar gälla i början av 2017. Några av de intervjuade nämner att direktiv och utvecklingsuppdrag är på väg att lämnas från regionala samrådet. När eventuella indikatorer slutligen fastställs är i nuläget oklart, men förhoppningen enligt några av de intervjuade är att indikatorer ska finnas efter sommaren år 2017.

Det finns enligt de intervjuade många orsaker till varför det inte sker någon mer strukturerad uppföljning på aggregerad nivå. Återkommande är att man har svårt att enas kring gemensamma indikatorer då de antingen är för övergripande eller för detaljerade för att ge det stöd som efterfrågas på olika nivåer. Avsaknaden av systemstöd uppges vara en ytterligare bidragande orsak till varför uppföljning inte genomförs i önskvärd utsträckning.

I granskningen uppmärksammar vi ett antal mer lokala projekt och satsningar och gemensamt för flertalet av dessa är att ambitionen är att mer se till de mjuka värdena. Ökad användning av ASI¹⁵ ger enligt flera av de intervjuade t.ex. en bra grund för att i förlängningen mäta förändring på målgruppsnivå avseende upplevd livskvalité. Samtidigt lyfter flera av de intervjuade att just uppföljningen av ASI inte genomförs i tillräckligt stor utsträckning.

5.1.2. Uppföljning inom socialtjänsten

Missbruks- och beroendevård faller under kommunfullmäktiges mål ”Tidiga sociala insatser skapar jämlika livschanser för alla”. Kopplat till detta mål finns en kommunfullmäk-

¹⁵ ASI är en standardiserad och strukturerad intervju som främst är avsedd för användning i missbruks- och beroendevården och drogrelaterad behandlingsforskning.

tigeindikator som heter ”Andel insats/insatser avslutade enligt plan inom vuxna missbruk”. Indikatorn är aktuell på samtliga stadsdelsnämnder samt socialnämnden.

Kommunfullmäktiges årsmål för indikatorn är 35 procent (både 2015 och 2016). I tabell 3 nedan framgår 2016 års mål för de tre stadsdelsförvaltningar som ingår i granskningen. Sett till den nuvarande prognosen för helår 2016 bedömer stadsdelsnämnderna Spånga/Tensta och Älvsjö att de kommer att uppnå fullmäktiges mål. Medan Skärholmens stadsdelsnämnd inte uppnår målet. Ingen av stadsdelsnämnderna har någon nämndindikator som har med missbruk att göra.

Tabell 3 Årsmål och utfall för indikator Andel insats/insatser avslutade enligt plan inom vuxna missbruk

Stadsdel	Årsmål 2016	Utfall VB 2015	Utfall i T2 2016	Prognos helår 2016
Skärholmen	30	18,1	27,3	30
Älvsjö	28	37	48	45
Spånga/Tensta	25 (45 år 2015)	22	33,3	35

5.1.3. Uppföljning inom beroendevården

I mål och budget för 2016 så ger landstingsfullmäktige uttryck för att de övergripande målen handlar om att ge vård i rätt tid samt att vården ska vara säker, effektiv och inge förtroende. Som mått på säker vård används ”återinläggningar” som en indikator. Målets utformning innebär att återinläggningar, inom slutenvården generellt, inte ska överstiga 15 procent inom 30 dagar. Vi har dock inte funnit något specifikt mål för att begränsa återinläggningar inom beroendevården.

Vi kan i genomförd granskning konstatera att den målgrupp som omfattas av granskningen och den slutenvård som granskats har en återinläggning som överstiger denna nivå då genomsnittet för avdelning 52 under granskad period är 33 procent och för avdelning 54 34 procent.

I SLSO:s kvalitetsbokslut för 2015 redovisas besökstillgängligheten i beroendevården vilken mäts i andel patienter som erbjudits besökstid inom 30 dagar. Under 2015 hade 93 procent erbjudits en besökstid inom tidsintervallet. Resultatet ligger i linje med nuvarande rutin om att samtliga patienter, som inte har en planerad behandling på HVB, alltid erbjuds en så kallad vårdkedjetid i öppenvården dagen efter utskrivning. Samtidigt framkommer det vid granskningen, som framgår i avsnitt 4.3, att många individer inte kommer till planerad vårdkedjetid.

En kvalitetsindikator enligt beroendevårdens vårdavtal är som tidigare nämnts även andel patienter som har en strukturerad vård- och omsorgsplan (ej SIP). Genomförda stickprov av journaler och utdrag ur vårdinformationssystemet TakeCare från berörda avdelningar i slutenvården synliggör att vårdplaner inte upprättas i tillräcklig utsträckning.

Bedömning av kapitel 5 avseende uppföljning

Vår bedömning är att det inte sker någon sammanhållen systematisk uppföljning av insatser och samverkan på aggregerad nivå för missbruks-/beroendevården. Avsaknaden av

uppföljning ger således ingen möjlighet att i nuläget få en samlad överblick och kunskap om de klientgrupper som verksamheten möter samt vilket resultat olika insatser ger.

Vidare uppges gemensamma indikatorer vara under framtagande kopplat till den nya överenskommelsen, men är ännu ett arbete som endast är i startgroparna. Avsaknaden av indikatorer riskerar enligt vår uppfattning att försvåra styrningen, följsamheten och resultaten kopplat till de direktiv som fastställts i den nya överenskommelsen.

Bilagor

Bilaga 1 Granskade dokument

Samverkansdokument

Policy ang missbruksvård överenskommelse KSL och SLL (tom 2015)

Samverkansöverenskommelse - Lokal övergripande samverkansöverenskommelse avseende vuxna med missbruksproblematik och/eller psykisk funktionsnedsättning (giltig from 2014 tills vidare)

Samverkansavtal på All-Teamet mellan Beroendecentrum Stockholms lokala mottagning och Spånga-Tensta stadsdelsförvaltnings enhet för missbrukarvård.

Samverkansöverenskommelse Beroendevård – Lokal överenskommelse mellan Skärholmen och Älvsjö stadsdelsnämnder, Stockholms läns landsting genom Beroendecentrum Stockholm, psykiatri sydväst och habilitering samt Kriminalvården (giltig from 2012 och tills vidare)

Samverkan kring personer med missbruk/beroende – Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län

Samordnad individuell plan (SIP) för vuxna och äldre i Stockholms län - Vägledning för personal i kommuner och landsting i Stockholms län

Rutin SIP TSV Skärholmen Älvsjö – Upprättad inom det lokala samrådet (LOSAM) för Hägersten-Liljeholmen, Skärholmens och Älvsjö stadsdelar, Beroendecentrum Stockholm, Prima psykiatri samt Psykiatri sydväst inom Stockholms läns landsting

Stockholms läns landsting

Stockholms läns landstings mål och budget, 2016

SLSO:s kvalitetsbokslut, 2015

Organisationsbeskrivning för Beroendecentrum Stockholm, 2016

Avtal och ersättning för beroendevården

1 Specifik Uppdragsbeskrivning Beroendevård_141107 ver 150914

2 Ersättningsvillkor BCS 2015 ver 150925

Beslut o tilläggsavtal 7533 BCS 2016

Beslut tilläggsavtal BCS_150830 ver 150914

Bilaga 2 Ersättningsvillkor BCS 2016 ver 160311

Bilaga 2.1 BCS Volymer och pris 2015

Bilaga 2.1 BCS Volymer och pris 2016

Bilaga 2.2 BCS VUX Kombikor 2015

Stockholm stad

Stockholm stads budget 2016

Spånga/Tensta stadsdelsnämnds verksamhetsplan 2016

Skärholmens stadsdelsnämnds verksamhetsplan 2016

Älvsjös stadsdelsnämnds verksamhetsplan 2016

Minnesanteckningar chefsnätverk för år 2015 och 2016 (tom juni). Totalt tolv möten

Bilaga 2 Intervjuade funktioner

SLL

Verksamhetschef Beroendecentrum

Biträdande Sektionschef akut- och heldygnsvård, Beroendecentrum Stockholm

Beroendecentrum, Öppenvården Norra (Spånga/Tensta). Läkare, chefssjuksköterska, mentalskötare och sektionschef

Beroendecentrum, Team Sydväst. Två sjuksköterskor och en mentalskötare

Utredare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting

Metadonsektionen, Chef, enhetschef mottagning 44

Ansvarig för socialplanering avd BAS och avd 7a

Vårdsamordnare och sjuksköterska vid avdelning 54

Sjuksköterska vid avdelning 52

Stockholm stad

Avdelningschef, avdelningen för stadsövergripande sociala frågor, avdelningschef, socialtjänstavdelningen och strateg för frågor rörande missbruk, socialförvaltningen

Vuxenheten, Skärholmen. Enhetschef och sex socialsekreterare

Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning IOF/Enheten för beroendevård Vuxenheten, Tensta. Enhetschef, bitr enhetschef öppenvård och bitr enhetschef myndighet

Spånga-Tensta stadsdelsförvaltning IOF/Enheten för beroendevård Vuxenheten, Tensta. Fyra socialsekreterare

Vuxenheten Älvsjö, Enhetschef och två socialsekreterare.

Två socialtjänstinspektörer, avdelningen för stadsövergripande sociala frågor socialförvaltningen