

LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av samverkan i vården för personer med beroende och missbruksproblematik

Rapport nr 09/2016



Västerbottens läns landsting och Umeå kommun

**Granskning av samverkan i vården för personer med beroende och
missbruksproblematik**



Building a better
working world

Innehåll

Sammanfattning	1
1 Inledning	1
1.1 Bakgrund.....	1
1.2 Syfte och revisionsfrågor	1
1.3 Avgränsning	2
1.4 Revisionskriterier.....	2
1.5 Genomförande/metod	4
1.6 Kort om organisation	4
2 Styrning	6
2.1 Nämndernas uppdrag och mål	6
2.2 Länsövergripande samverkan	8
2.3 Samverkan på operativ nivå	11
2.4 Vår bedömning.....	15
3 Samverkan i praktiken	17
3.1 Samverkansformer för övergripande frågor	17
3.2 Adekvata och samordnade insatser	18
3.3 Vår bedömning.....	19
4 Uppföljning	21
4.1 Uppföljning i Västerbottens läns landsting	21
4.2 Uppföljning i Umeå kommun	22
4.3 Uppföljning av regional samverkan.....	22
4.4 Vår bedömning.....	23
5 Slutsatser av granskning i Skellefteå kommun.....	24
6 Svar på revisionsfrågor och bedömning	25
6.1 Samlad bedömning och rekommendationer	27
Källförteckning	29
Bilaga 1 – intervjuade funktioner	31

Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Västerbottens läns landsting och Umeå kommun granskat om landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och individ- och familjenämnden har säkerställt att det finns ändamålsenliga arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring för att tillgodose behov av vård, omsorg och stöd för personer med beroende- och missbruksproblem.

Vår sammanfattande slutsats, utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning, är att samtliga tre nämnder brister. De granskade nämndernas styrdokument visar få spår av beslut och riktlinjer för hur samverkan och informationsöverföring mellan sjukhusvården, primärvården och kommunerna ska vara utformad. De har heller inte följt upp hur samverkan fungerar i praktiken. Styrningen bör tydliggöras och uppföljningen bör stärkas. En bristande kännedom om upprättade riktlinjer gällande ansvarsfördelning, samt en brist på kontinuitet i de samverkansforum som finns, riskerar även att medföra att roller och ansvar hos huvudmännen inte tydliggörs i det praktiska arbetet.

En god ambition att samverka vidimeras i bland annat överenskommelser som behandlas inom AC Konsensus. Detta politiska samverkansorgan saknar dock formellt beslutsmandat. Länsöverenskommelsen som ses om en grund för att säkerställa samverkan i vården av personer med beroende- och missbruksproblem har inte fastställts i granskade nämnder. Denna bedöms motsvara den gemensamma överenskommelser som huvudmännen enligt lag är skyldiga att upprätta om samarbete i fråga om personer som missbrukar och som ska tydliggöra ansvarsfördelningen. Denna berör också kompetensutveckling.

I granskningen ser vi ytterligare överenskommer, handlingsplaner och rutiner på olika nivåer som berör samverkan, ansvarsfördelning och arbetsformer för samverkan inom landstingets organisation, mellan landstinget och länets kommuner och specifikt mellan landstinget och Umeå kommun. Det saknas beslut hos granskade nämnder att följa dessa. Vi konstaterar även att det är svårt att överblicka helheten av de överenskommelser och rutiner som arbetats fram på olika nivåer varför det föreligger en risk för otydlighet då styrningen inte är samlad.

Att samordna arbetet för personer med missbruks- och beroendeproblem på operativ nivå för att säkerställa att adekvata insatser erbjuds ska enligt en länsgemensam rutin ske genom samordnad individuell planering. Detta regleras även i HSL och SoL. Granskningen visar att dessa planer är få samt att rutinen av olika anledningar inte följs. Vi bedömer dock att det finns en god kännedom om värdet av samordning.

Att det finns organisatoriska samverkansformer mellan huvudmännen, bedöms positivt. Det förslag till gemensamt beroendecentrum som behandlats, påvisar ett behov av ytterligare integrering/samlokalisering av verksamheter.

Det finns specifika former för avvikelshantering, exempelvis i samverkan mellan Beroendepsykiatri och Umeå kommuns individ- och familjeomsorg. Några konkreta åtgärder som vidtagits med anledning av uppmärksammande och dokumenterade avvikelser som berör vård, omsorg och stöd har inte presenterats.

Uppenbara skillnader i tillgången till vård eller resultat av behandling utifrån kön har inte framkommit. Det finns vissa grupper för vilka det kan vara viktigt att kunna erbjuda en könsdifferentierad behandling – bland annat personer som utsatts för sexuella övergrepp och våld. I granskningen har vikten av segregerade stödboenden uppmärksamats i Umeå kommun vilket lett till att specifika resurser riktats till kvinnor. De har i övrigt inte framkommit att det i frågor som rör samverkan funnits skäl att anta ett könsperspektiv.

Utifrån granskningens resultat ger vi granskade nämnder ett antal rekommendationer:

- ▶ Granskade nämnder rekommenderas tydliggöra sin styrning utifrån intentionerna i länsöverenskommelsen, för att säkerställa en ändamålsenlig samverkan i vården av personer med missbruks- och beroendeproblematik
- ▶ Granskade nämnder rekommenderas se över olika samverkansforums uppdrag och roller, samt se till att de är förankrade i verksamheten
- ▶ Granskade nämnder rekommenderas säkerställa att SIP upprättas i enlighet med lagkrav samt upprättad rutin
- ▶ Granskade nämnder rekommenderas säkerställa en ändamålsenlig uppföljning och återrapportering avseende samverkan i vården av personer med missbruks- och beroendeproblematik

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Kommunerna är enligt socialtjänstlagen skyldiga att förebygga missbruk och erbjuda missbrukare vård och behandling. Landstinget ska enligt hälso- och sjukvårdslagen erbjuda god och säker hälso- och sjukvård. Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor och för hela befolkningen.

I juli 2013 genomfördes ändringar i HSL¹ och i SoL² (8 b § HSL och 5 kap. 9 a § SoL) som innebär att landsting och kommuner är skyldiga att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Landsting och kommuner har ett gemensamt ansvar att arbeta fram tydliga ansvarsfördelningar inom verksamheterna internt, men också dem emellan.

I propositionen *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården* (prop. 2012/13:77 s. 23) anges att det är av stor vikt att följa upp samordnade insatser för personer med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk eller somatisk sjukdom.

Sedan 2010 finns det i lagstiftningen, d.v.s. SoL och HSL (SoL 2 kap. 7 § och HSL 3 f §), krav på att när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska en samordnad individuell plan upprättas (SIP). Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

Socialstyrelsen har utfärdat nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård som omfattar medicinska och sociala insatser vilka ges inom kommunernas socialtjänst och landstingens beroendevård. I riktlinjerna betonas att användning av instrument för att avgöra val av insats, behandlingsplanering och uppföljning samt att behandling för personer med både missbruk och annan, främst psykiatrisk sjuklighet, bör samordnas.

1.2 Syfte och revisionsfrågor

Den övergripande revisionsfrågan är:

- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive individ- och familjenämnden i Umeå kommun säkerställt att det finns ändamålsenliga arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring för att tillgodose behov av vård, omsorg och stöd för personer med beroende- och missbruksproblem?

Granskningen delas in i tre områden:

1. Styrning

- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive individ- och familjenämnden i Umeå kommun, genom sin styrning säkerställt att:

¹ Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

² Socialtjänstlagen (2001:453)

- det sker en samverkan i vården av personer med beroende- och missbruksproblem inom sjukhus, mellan sjukhus och primärvård samt med kommunernas socialtjänst,
- det finns rutiner och handlingsplaner på operativ nivå för samverkan kring målgruppen,
- det på annat sätt, exempelvis organisatoriskt, finns en samverkan mellan landstinget och kommuner för vård, omsorg och stöd till personer med beroende- och missbruksproblematik,
- det finns rätt och tillräcklig kompetens för att möta vård- och omsorgsbehovet hos personer med beroende- och missbruksproblematik?

2. Samverkan i praktiken

- Är roller och ansvar i arbetet med personer med missbruks- och beroendeproblem tydliga?
- Är de samverkansformer som finns ändamålsenliga?
 - Följs samverkansöverenskommelser som tecknats på länsövergripande och på lokal nivå?
 - Finns en tillräcklig samverkan på länsövergripande nivå och på lokal nivå?
- Säkerställs genom samverkan att personer med missbruks- och beroendeproblem får adekvata insatser?
 - Samordnas arbetet kring den enskilde på ett tillräckligt sätt?

3. Uppföljning

- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive individ- och familjenämnden i Umeå kommun, hållit sig informerade om hur samverkan i vården av personer med beroende- och missbruksproblematik fungerar?
- I händelse av avvikelser eller om samverkan inte fungerar som den ska, har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive individ- och familjenämnden i Umeå kommun, agerat i syfte att åtgärda bristerna? Vilka åtgärder behöver vidtas för att säkerställa att behoven av vård, omsorg och stöd tillgodoses?
- Finns uppföljning av överenskommelser reglerade och har detta efterlevts?

I granskningen har frågor ställts ur ett genusperspektiv.

1.3 Avgränsning

Granskningen avgränsas till samverkan mellan landstinget och kommunen och berör den vård som riktas till vuxna, dvs. personer från 18 år och avser landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden i Västerbottens läns landsting och individ- och familjenämnden i Umeå kommun.

1.4 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analys, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan ofta hämtas från lagar och föreskrifter, föreskrifter och interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut.

I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

▶ Hälsa- och sjukvårdslagen

Landstinget ska erbjuda god och säker hälso- och sjukvård. Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor och för hela befolkningen. (HSL 2 §)

Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. (HSL 8b §).

När en enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas om det bedöms att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet ska påbörjas utan dröjsmål. (HSL 3f §)

▶ Socialtjänstlagen

Kommunerna är enligt socialtjänstlagen skyldiga att förebygga missbruk och erbjuda hjälp och vård för att den enskilde ska komma ifrån missbruket och behandling. (3 kap 7§, 5 kap 9§)

Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. (SoL 5 kap 9a §)

När den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas om det bedöms att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet ska påbörjas utan dröjsmål. (SoL 2 Kap 7 §)

▶ Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården³, publicerad av Socialstyrelsen 2007 samt revidering 2015

Socialstyrelsen har utfärdat nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård⁴ som omfattar medicinska och sociala insatser vilka ges inom kommunernas socialtjänst och landstingens beroendevård. I riktlinjerna betonas att behandling för personer med både missbruk och annan, främst psykiatrisk sjuklighet, bör samordnas. Samverkan mellan socialtjänstens missbruks- och beroendevård och hälso- och sjukvårdens psykiatri, beroendevård och primärvård ses som av stor vikt för att kunna införa riktlinjerna i verksamheterna.

³ Socialstyrelsen (2015): *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning.*

1.5 Genomförande/metod

Område 1 och 3, styrning och uppföljning, har huvudsakligen skett genom dokumentstudier. Område 2, samverkan i praktiken, har huvudsakligen skett genom intervjuer. Intervjuade funktioner redovisas i bilaga 1.

Utöver en intern kvalitetssäkring har samtliga intervjuade haft möjlighet att komma med synpunkter på rapportutkastet. Detta för att säkerställa att revisionsrapporten bygger på korrekta fakta och uttalanden.

En prövning har skett av de sakkunnigas oberoende och integritet i relation till uppdraget och det har inte framkommit några omständigheter som strider mot att någon av medarbetarna ska kunna agera oberoende i denna granskning.

1.6 Kort om organisation

1.6.1 Västerbottens läns landsting

Landstinget utreder och behandlar sjukdomar och skador. Exempel på insatser inom missbruks- och beroendevård som landstinget ansvarar för är screening, diagnostik och behandling i enlighet med befintliga vårdprogram, tillnyktringsverksamhet, abstinensbehandling, utredning och behandling vid samsjuklighet och läkemedelsassisterad behandling vid beroendetillstånd (LARO).

Särskilda tillnyktringsenheter och avgiftningsplatser finns vid psykiatriska klinikerna vid Skellefteå lasarett och Norrlands universitetssjukhus i Umeå (Nus). Vid de psykiatriska enheterna i länet finns särskilda resurser för utredning och behandling.⁵

Primärvården

Primärvården i länet står för första linjens hälso- och sjukvård, och är därmed strategiskt placerade för screening och tidiga interventioner vid riskbruk av alkohol. Detta gäller även motiverande behandling och eventuell läkemedelsbehandling. Utifrån behov kan patienter behöva slussas vidare till specialistsjukvård inom psykiatri. APP III - Arbetsfördelning mellan Primärvården och Psykiatri i Västerbotten avseende riskbruk, missbruks- och beroendevård, reglerar detta.⁶

I Västerbottens län finns 32 hälsocentraler och sjukstugor som drivs av landstingets primärvård. Av dessa ligger 13 i Umeåområdet, 11 i Skellefteåområdet samt 8 i Södra Lappland. Härutöver finns 7 privata hälsocentraler/sjukstugor, varav 5 i Umeåområdet, 1 i Skellefteåområdet och 1 i Södra Lappland.

Psykiatriska kliniken Umeå

Inom psykiatriska kliniken i Umeå finns beroendepsykiatriska mottagningen. Dels finns där dubbeldiagnosmottagningen, som tar emot patienter med beroende av alkohol/droger samt psykiatrisk samsjuklighet, som kräver specialiserad vård. Där finns också en mottagning som arbetar med läkemedelsassisterad rehabilitering vid beroende. Vägar in till mottagningen går via att den enskilde söker själv, via socialtjänst eller via remiss från t.ex. hälsocentral.

⁵ Beskrivning med utgångspunkt i fastställd länsöverenskommelse för riskbruk-missbruk-beroende (2016)

⁶ Som ovan

Psykiatriska kliniken Skellefteå och Södra Lappland

Inom psykiatriska kliniken i Skellefteå finns inom beroendemottagningen en öppenvårdsenhet (som behandlar beroende samt utför LARO) samt en slutenvårdsavdelning, som vårdar de som har ett komplicerat missbruk/beroende av alkohol eller droger, med eller utan psykisk ohälsa. Härutöver finns en tillnyktringsenhet.

1.6.2 Umeå kommun

Individ- och familjeomsorgen

Inom individ- och familjeomsorgen finns utredningsgrupper riktade till barn och unga respektive vuxna. I ett antal olika utförarenheter ges insatser som kan aktualiseras vid missbruk eller beroende. Här nämns några

Dubbeldiagnosteamet möter personer som har en samsjuklighet, oftast en kombination mellan missbruksproblematik och psykisk ohälsa. Vid granskningens genomförande är 37 personer aktuella för insatser. Insatserna sker enligt case management⁷.

Ett boendestöd finns inom individ- och familjeomsorgen med totalt 115 aktuella för insatsen, när granskningen genomförs. Målgruppen har haft eller har en missbruksproblematik och får stöd i vardagen, till sysselsättning, vid myndighetskontakter etc. Insatserna sker i tre olika boenden. Ett av boendena är ett boende för enbart kvinnor, med åtta platser. I verksamheten finns också ett skyddat boende för kvinnor.

Det finns en enhet inom kommunen som enbart sysslar med urinprovtagning med syfte att bedöma om enskilda har använt narkotika. Två anställda socionomer ansvarar också för samtal i anslutning till provtagningen. I snitt tas 15 besök emot per dag.

Vid sidan av individ- och familjeomsorgen finns områdena psykiska funktionsnedsättningar. Här organiseras boende enligt LSS/SoL och daglig verksamhet/sysselsättning.

⁷ Case management är ett samlingsnamn för flera typer av modeller som har som syfte att samordna vård- och stödåtgärder och se till att klienten eller patienten får tillgång till adekvat vård och stöd. Målgrupp är ofta personer med missbruk/beroende och svår psykisk sjukdom. (Socialstyrelsen: *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. 2015)

2 Styrning

Under denna rubrik visas i vilken mån landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden respektive individ- och familjenämnden säkerställt att det sker en samverkan i vården av personer med beroende- och missbruksproblem inom sjukhus, mellan sjukhus och primärvård samt med kommunernas socialtjänst.

2.1 Nämndernas uppdrag och mål

2.1.1 Västerbottens läns landsting

Av landstingsplan 2016-2019 framgår att samverkan med länets kommuner är en förutsättning för att klara framtidens utmaningar. I planeringsförutsättningarna beskrivs att länet visar goda resultat avseende indikatorer som mäter förebyggande insatser kring tobak, alkohol, mat och fysisk aktivitet. Däremot är enligt fullmäktige riskkonsumtionen av alkohol ett problem, särskilt bland kvinnor. Den har ökat sedan mätningen 2010, framför allt i Umeå och Skellefteå.

All landstingsverksamhet ska enligt fullmäktige genomsyras av ett normkritiskt förhållningsätt samt ett genusperspektiv.

Landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden, nämnden för funktionshinder och rehabilitering, nämnderna för folkhälsa och primärvården samt patientnämnden får i uppdrag av fullmäktige att arbeta aktivt för att motverka riskbruk⁸ av alkohol.⁹ Landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och rehabilitering får också uppdraget att fördjupa samverkan med kommuner rörande sjukstugeplatser, prehospital vård och hjälpmedel.

Landstingsstyrelsen

Av reglementet för landstingsstyrelsen framgår att styrelsen har verksamhetsansvar för verksamhetsområdet primärvård och ska företräda landstinget som beställare av primärvård. Styrelsen ska lämna förslag till fullmäktige avseende uppdrag och ersättningssystem för primärvården, träffa överenskommelse respektive avtal med utförare av primärvård och svara för uppföljning av hur uppdraget uppfylls. Landstingsstyrelsen är både beställare av Hälsoval Västerbotten och verksamhetsansvarig för landstingets hälsocentraler.

I verksamhetsplan för landstingsstyrelsen 2016 framgår dels målet att arbeta aktivt för att motverka riskbruk av alkohol samt målet att fördjupa samverkan med kommuner.

Gemensamt arbete kring alkoholprevention ska enligt landstingsstyrelsens verksamhetsplan fortsätta i den norra sjukvårdsregionen. Av verksamhetsplanen framgår att samarbete ska ske kring kompetenshöjande insatser inom hälso- och sjukvården med särskilt fokus på arbetsformer kring riskbruk samt primärpreventiva insatser riktade direkt till befolkningen. Enligt landstingsstyrelsen ska andelen som tillfrågas om sina alkoholvanor inom vården öka, samt andelen patienter som fått riskbedömning och plan för åtgärder för att motverka riskbruk.

⁸ Enligt de nationella riktlinjerna för missbruk och beroende (2015) avses med riskbruk en hög genomsnittlig konsumtion av alkohol eller intensivkonsumtion av alkohol minst en gång i månaden.

⁹ Rekommendationer om åtgärder vid riskbruk av alkohol finns i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (2011).

Landstingsstyrelsen anger att landstinget ska stärka samverkan med länets 15 kommuner och intensivt arbeta genom att bli en ännu mer aktiv och innovativ samarbetspartner. Under 2016 ska samverkan mellan landstinget och inlandskommunerna fördjupas gällande bland annat vårdplatser och prehospitalet vård, vilket i första hand gäller sjukstugorna.

I primärvårdens verksamhetsplan för egenregion 2016 framgår under rubriken "förbättrade vårdprocesser" en strävan efter att etablera väl fungerande vårdprocesser i samarbete med andra verksamhetsområden och huvudmän. Två mål är att befolkningens riskkonsumtion av alkohol ska minska och en förbättrad vård för personer med psykisk ohälsa. Antalet vårdprocesser i samverkan ska enligt primärvårdens verksamhetsplan öka och andelen patienter inom primärvården som tillfrågats om riskbruk av alkohol följas upp två gånger per år. Det saknas specifika mål avseende samverkan kring missbruks- och beroendefrågor.

Av uppdrag och regler för hälsovalet 2016, som utgör beställningen till länets samtliga hälso-centraler, framgår att vårdgivaren ska organisera sin verksamhet så att listade personer med behov av bland annat sammansatta insatser får kontinuitet i vården genom fast vårdkontakt. Vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt arbete gällande livsstilsfrågor vilket inkluderar att arbeta med t.ex. psykosocial hälsa samt tobaks- och alkoholförebyggande insatser.

Vidare framgår här att vårdgivaren ska samarbeta med berörda vårdaktörer, annan huvudman och myndigheter när patientens behov inte kan tillgodoses enbart på hälsocentralen. Samarbetet ska bidra till en väl fungerande vårdprocess utifrån ett patientfokuserat synsätt och med patientens samtycke och delaktighet. Samarbetet kring patienten vid vårdövergångar ska ske strukturerat och patientsäkert. Vårdgivaren ska samarbeta med andra berörda vårdgivare och myndigheter vid utarbetande av utrednings-, behandlings- och rehabiliteringsplaner samt aktivt medverka vid samordning och informationsöverföring mellan specialistvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.

Vårdgivaren har, enligt reglerna för hälsovalet, ansvar att känna till och följa gällande konventioner, lagar och andra författningar, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd som berör hälsocentralen vid utförandet av uppdraget. Vårdgivaren ska enligt reglerna för hälsovalet vara väl insatt i de av landstinget beslutade styrdokument, exempelvis policys, handlingsplaner och vårdprogram som är relevanta för hälsovalsuppdraget och följa dessa. Som stöd finns bland annat länkar till relevanta dokument på landstingets hemsida. Det framgår inga specifika åtaganden avseende samverkan kring missbruk och beroende.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

I reglementet för hälso- och sjukvårdsnämnden framgår att nämnden är verksamhetsansvarig för sjukhusvård och tandvård. Bland fullmäktiges riktade uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnden ingår att aktivt arbeta för att motverka ökat riskbruk av alkohol samt att fördjupa samverkan med kommunerna rörande sjukstugeplatser, prehospitalet vård och hjälpmedel.

Bland fullmäktiges riktade uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnden ingår att aktivt arbeta för att motverka ökat riskbruk av alkohol samt att fördjupa samverkan med kommunerna rörande sjukstugeplatser, prehospitalet vård och hjälpmedel.

I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2016 beskrivs att de senaste åren har psykisk ohälsa bland barn, ungdomar och vuxna ökat samt även remittering av patienter med bland annat drogmissbruk. Åtgärder med anledning av detta kommer enligt hälso- och sjukvårdsnämnden att få ökad genomslagskraft i landstingets arbete.

Avseende målet "bättre och jämlik hälsa" framgår av nämndens verksamhetsplan att preventivt folkhälsoarbete ska bedrivas i samtliga vårdverksamheter. En viktig del i landstingets hälsofrämjande arbete är enligt hälso- och sjukvårdsnämnden att stödja människors förändring

av ohälsosamma levnadsvanor. Att fråga patienter om alkoholvanor ska enligt nämnden vara en naturlig del av mötet med patienter som söker vård eller ingår i hälsosatsningar.

Avseende samverkan framgår av nämndens verksamhetsplan att det är en avgörande faktor för att hälso- och sjukvårdsnämndens verksamheter ska klara av och kunna utveckla sin verksamhet. Tillsammans med andra vårdgivare ska smidiga vårdflöden skapas, med positiv inverkan på patientsäkerhet och tillgänglighet. Det saknas specifika mål avseende samverkan i missbruks- och beroendefrågor.

2.1.2 Umeå kommun

Av planeringsföresättningar, budget och investeringar 2016 framgår kommunfullmäktiges sju övergripande mål, varav ett är att Umeå ska ha Sveriges bästa folkhälsa 2020.

Nämnden för individ- och familjeomsorg

Enligt reglementet har nämnden ansvar för kommunens uppgifter inom socialtjänsten och enligt LSS¹⁰. Nämndens uppdrag är att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med mål och riktlinjer som fullmäktige bestämt samt enligt gällande lagar och föreskrifter. Nämnden ska verka för samverkan med övriga nämnder för att nå kommunens övergripande mål.

I uppdragsplan och budget 2016 för individ- och familjenämnden fastslås att samverkan ska ske med andra kommunala verksamheter, landsting och regionförbund, andra kommuner samt andra regionala och nationella samarbetsorgan. Under rubriken förebyggande arbete sägs att verksamheten aktivt ska söka nya samverkansparter och tillsammans med myndigheter, föreningar, företag och organisationer hitta lösningar som förbättrar för individen och dess närstående, samt att alla i behov av stöd från flera offentliga aktörer ska erbjudas en samordnad individuell plan. Det saknas specifika mål avseende samverkan kring personer med missbruks- och beroendeproblematik.

***Vi konstaterar** att landstingsstyrelsen i sin styrning för fram att samverkan med kommunerna ska fördjupas, att antal vårdprocesser i samverkan ska öka samt att primärvårdens aktörer ska samarbeta när behov inte kan tillgodoses enbart på hälsocentralen. Detta gäller utrednings-, behandlings- och rehabiliteringsplanering. En samordning och informationsöverföring ska ske såväl med interna som med externa samarbetspartners. Detta med fokus på vårdprocesser, ett patientfokuserat synsätt och patientens delaktighet. Hälso- och sjukvårdsnämnden betonar att samverkan är viktig för att klara av och utveckla verksamheten.*

Individ- och familjenämnden i Umeå kommun beskriver i sin uppdragsplan för 2016 att samverkan ska ske med interna och externa parter.

Specifik styrning mot missbruk- och beroendevård saknas.

2.2 Länsövergripande samverkan

Inom Region Västerbotten är AC Konsensus ett politiskt samverkansorgan med representanter från kommun- och landstingsledning. Enligt arbetsordning för AC Konsensus ska samverkan handla i första hand om övergripande gemensamma frågor inom vård och omsorg samt barn och unga inklusive folkhälsa, förnyelse av verksamheter i kommun och landsting

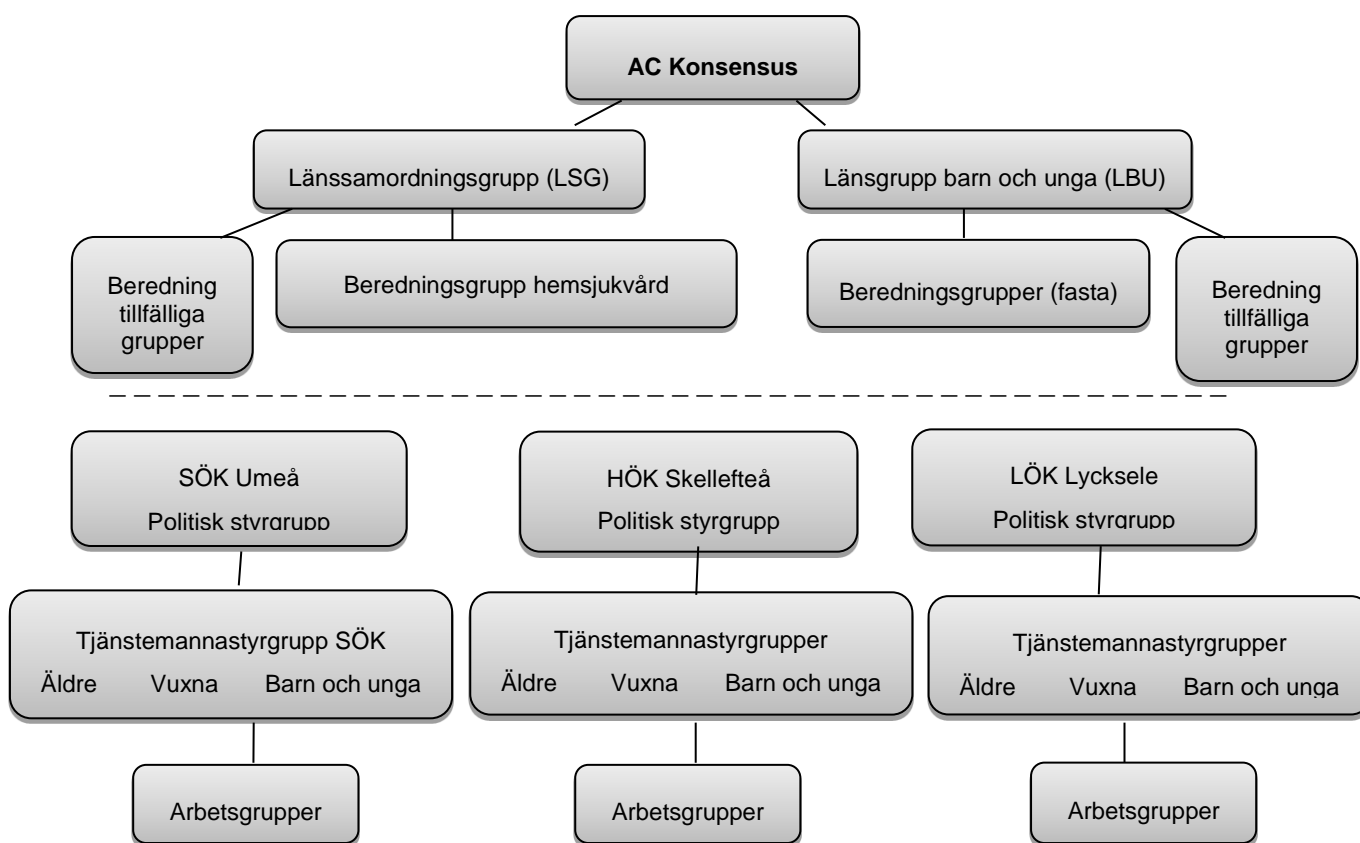
¹⁰ Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

samt gemensam omvärldsbevakning. AC Konsensus har inget formellt beslutsmandat, utan ska rekommendera ärenden för beslut i berörda nämnder.

Knutet till AC Konsensus finns två beredningsgrupper. Länsgruppen Barn och Unga (LBU) samt Länsamordningsgruppen (LSG) består av ledande tjänstemän från socialtjänsten och landstinget och hanterar gemensamma vård- och omsorgsfrågor. Gruppernas respektive uppgift är att tydliggöra ansvarsfördelning, identifierade problemområden för utredning och åtgärd, följa upp att överenskommelser skrivs, stötta kompetens- och kunskapsutvecklingen, verka för användande av system för uppföljning och utvärdering samt följa utvecklingen i länet. Arbetsordningen för LSG är behandlad i AC Konsensus.

Samverkansformerna mellan landstinget och kommunerna ser olika ut utifrån lokala förhållanden. Huvudmännen upprättar **överenskommelser om samverkan** och till dessa knyts styrgrupper, som ses i skissen nedan. Dessa benämns SÖK (samverkanöverenskommelse) i Umeå, HÖK (huvudöverenskommelse) i Skellefteå och LÖK (lokal överenskommelse) i Lycksele.

Figur 1. Samverkansgrupperingar i Västerbottens län¹¹



¹¹ Figuren är hämtad från ett arbetsmaterial, avsedd för kartläggning av samverkansstrukturer i länet (VLL, 2016)

En **länsöverenskommelse för riskbruk-missbruk-beroende**¹² är fastställd av AC Konsensus och LSG. Överenskommelsens syfte är bland annat att klargöra kommunens respektive landstingets ansvar inom missbruksområdet och ska utgöra en bas för utarbetandet av lokala överenskommelser i länet, vilka ska ytterligare tydliggöra ansvar hos huvudmännen då förutsättningarna skiljer sig åt. Länsöverenskommelsen fastställdes i maj 2016 och är en uppdatering av 2014 års överenskommelse. En genomgång av protokoll visar att varken landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden eller individ- och familjenämnden i Umeå kommun har beslutat om överenskommelsen.

Det framgår av överenskommelsen att LSG ska följa upp att lokala överenskommelser skrivs i länet. LSG ska även verka för användande av system för uppföljning och utvärdering. Det har inte framkommit att de granskade nämnderna formellt fattat beslut om att följa länsöverenskommelsen.

Samverkan mellan landstinget och Umeå kommun

Samverkansöverenskommelsen (SÖK) omfattar nämnder inom socialtjänst och skola i Umeå kommun och hälso- och sjukvårdsnämnden, nämnden för folkhälsa och primärvård inom Umeåregionen samt nämnden för funktionshinder och rehabilitering inom Västerbottens läns landsting¹³. Här ges en gemensam målbild med fokus på trygghet och säkerhet för individen, delaktighet, att undvika parallella processer/organisationer, rätt insats på rätt nivå vid rätt tillfälle samt effektiv gemensam resursanvändning. En gemensam värdegrund för parterna och en struktur för samarbetet för att skapa framförhållning och överblickbarhet över kedjan av aktiviteter beskrivs. Dokumentet visar att nationella riktlinjer och länsöverenskommelser ska följas och att överenskommelsen ska följas upp efter två år. En gemensam organisation av politisk-, verksamhetsstyrning samt arbetsgrupper på operativ nivå beskrivs (denna ses även i figur 1):

- En politisk styrgrupp av nämndernas presidier ska sammanträda minst fyra gånger per år och vara rådgivande samt behandla mål och inriktning för samverkan och uppföljning av denna.
- På tjänstemannanivå finns styrgrupper vilka är forum för planering, genomförande och uppföljning av samverkan. Här hanteras också behov av gemensamma rutiner och regelverk. Den kan vara styrgrupp för samverkansprojekt. Här ingår deltagare som utsetts av verksamhetsområdeschef eller stabschef inom landstinget och berörd områdesansvarig inom kommunen. Grupperna träffas två gånger per termin.

I den politiska styrgruppen och i tjänstemannastygruppen kan uppdrag ges till arbetsgrupper. Här diskuteras bland annat aktuella frågor vad gäller missbrukssituation och verksamheternas insatser och arbete. Ett syfte som beskrivs är att nå målen med samverkan, exempelvis att använda SIP¹⁴.

Den politiska styrgruppen är rådgivande och behandlar frågor om mål och inriktningar för samverkan samt vad som ska följas upp inom ramen för överenskommelsen. Då beslut som

¹² Västerbottens läns landsting, Region Västerbotten: *Länsöverenskommelse. Riskbruk – Missbruk – Beroende Socialtjänst, hälso- och sjukvård 2016.*

¹³ Umeå kommun, Västerbottens läns landsting (2015-05-12): *Överenskommelse om samverkan mellan äldre- nämnden, individ- och familjenämnden, för- och grundskolenämnden, gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden i Umeå kommun och Hälso- och sjukvårdsnämnden, nämnden för folkhälsa och primärvård inom Umeåregionen, nämnden för funktionshinder och rehabilitering i Västerbottens läns landsting. 2015-07-01 – 2018-12-31.*

¹⁴ Samordnad individuell plan för vilket det finns rutiner och mallar

efterfrågas påverkar huvudmännens verksamheter ska dessa beslut fattas av respektive huvudman. Inga formella protokoll förs i den politiska styrgruppen eller tjänstemannastyrgruppen.

Det framgår inte av hälso- och sjukvårdsnämndens respektive individ- och familjenämndens protokoll att samverkansöverenskommelsen fastställts.

Organisatorisk samverkan

Mellan landstinget och Umeå kommun har avtal träffats avseende en **gemensam alkohol- och drogmottagning** fram till 2017-03-31¹⁵. Verksamhetens syfte är att minska missbruk av alkohol och droger, och ett uppsatt mål är att ge hjälp i ett tidigt skede. Information om verksamheten ska enligt avtalet ges till övriga aktörer för att nå en effektiv samverkan samt för att vara en kunskapsbank. Verksamheten drivs med resurser och olika kompetenser¹⁶ från kommun och landsting gemensamt. En samordnare som är anställd av kommunen verkar för ett helhetsperspektiv och nätverk för utveckling av samverkan mellan huvudmännen. Verksamheten samarbetar framförallt med hälsocentralerna. En styrgrupp består av representanter från respektive huvudman. Att verksamheten finns i samma lokal som en av hälsocentralerna bidrar enligt intervjuade i kommunen till samverkan på individnivå.

Inom öppenvårdsverksamheten i Skellefteå finns ett **dubbeldiagnosteam som drivs gemensamt av psykiatriska kliniken och Skellefteå kommun**. Teamet består av en sjuksköterska och en skötare från psykiatrin samt två socionomer från socialtjänsten.

I mars 2016 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden att landstinget i samverkan med kommunerna inom Umeåregionen¹⁷ bildar ett **gemensamt beroendecentrum (BERUM)** vilket innebär en samlokalisering av verksamheter inom Umeå kommun som möter missbruk, samt verksamheter inom landstingets beroendevård. Uppgifter som beskrivs är forskning och utveckling, att sprida kompetens riktat till hela länet samt rådgivningsuppgifter och bedömnings- och behandlingsuppgifter för kommunerna inom Umeåregionen.

Vi konstaterar att det finns forum för dialog och samverkan på politisk- och tjänstemannaledningsnivå mellan huvudmännen i länet. I denna finns även grupperingar på operativ nivå. Vi konstaterar även att det saknas en ordning för hur erforderliga beslut ska fattas, om behov uppstår av detta i samverkan.

Granskningen påvisar att det finns exempel på organisatorisk samverkan samt också att beslut fattats att bilda ett gemensamt beroendecentrum inom Umeåregionen.

2.3 Samverkan på operativ nivå

Enligt den länsövergripande överenskommelsen för riskbruk-missbruk-beroende, ska en skriftlig lokal överenskommelse mellan enskilda kommuner och landstingets lokala verksamheter upprättas. I denna ska bland annat rutiner för individuella planer (SIP), rutiner för LOB¹⁸-omhändertagna i samverkan med polisen, kompetensutveckling, uppföljning/utvärdering, rutiner för samverkan på olika nivåer och avvikelsehantering ingå. Då beslut inte fattats

¹⁵ Västerbottens läns landsting: Avtal avseende alkohol- och drogmottagning 2015-07-01. Undertecknat av landstingsdirektör i Västerbottens läns landsting och socialdirektör i Umeå kommun

¹⁶ Här arbetar ett team bestående av kuratorer, socialsekreterare, psykolog, sjuksköterska och läkare.

¹⁷ Umeås, Nordmalings, Vindelns, Vännäs, Bjurholms och Robertsfors kommuner

¹⁸ Lag (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m

hos granskade nämnder att följa länsöverenskommelsen kan dock inte heller denna uppmaning ses som styrande.

Av intervjuerna framkommer att lokala överenskommelser eller avtal om samverkan gällande missbruk och beroende har upprättats i 8 av 15 kommuner¹⁹ i länet. Dessa är inte upprättade enligt länsöverenskommelsens mall och har ett varierande innehåll.

Rutiner för ansvarsfördelning inom landstinget

Arbetsfördelningen mellan primärvården och psykiatrin i Västerbottens län avseende riskbruk, missbruks- och beroendevård (APP III) upprättades 2012 och beskriver psykiatrins respektive primärvårdens uppdrag avseende alkohol, narkotika och läkemedel samt förutsättningar utifrån nationella riktlinjer, aktuell lagstiftning samt vårdprogram. En revidering av APP III beslutades av hälso- och sjukvårdsnämnden i december 2016.²⁰

Inom primärvården finns en handledning för alla hälsocentraler i arbetet med rådgivande samtal avseende bland annat riskbruk av alkohol.²¹ Fastställt vårdprogram för riskbruk, missbruk och beroende av alkohol reviderades senast 2009. För hälsocentralerna i Umeå finns även en processkarta för hantering av alkohol/drogrelaterade tillstånd, där kontakter framgår till bland annat socialtjänst samt Alkohol- och drogmottagningen.

Inom psykiatriska kliniken i Umeå har ett arbete pågått under året med att tydliggöra respektive mottagnings uppdrag och ansvarsområde, med syfte att underlätta samverkan och informationsöverlämning. Arbetet har utmynnat i en uppdragsbeskrivning för respektive enhet, där bland annat kriterier för patientgruppen beskrivs.

Vid psykiatriska kliniken i Skellefteå och Södra Lappland har inga specifika dokumenterade rutiner för roller och ansvarsfördelning upprättats. I en omorganisation för ett år sedan skapades en ny jour- och bedömningsenhet, där formerna för samverkan med kommunernas socialtjänst är under utarbetande.

I det material vi tagit del av framgår inte specifika samverkansrutiner inom eller mellan de psykiatriska klinikerna och/eller primärvården.

Rutiner för samverkan mellan landsting och kommun

Samverkansformerna mellan landstinget och kommunerna varierar i länet. Nedan ges exempel på hur lokala rutiner för samverkan tar sig uttryck.

En **länsrutin för upprättande av SIP** är antagen i LSG 2013. Dokumentet är i sig ett tydliggörande av ansvar för respektive insatser och vård till den enskilde.

Det finns även en **lokal handlingsplan för tjänstemannastyrgruppen SÖK Vuxna 2016** mellan Umeå kommun, hälsocentraler i Umeå kommun och psykiatriska kliniken i Umeå²².

¹⁹ De kommuner som är aktuella är Lycksele, Malå, Robertsfors, Skellefteå, Storuman, Umeå och Åsele. Norsjö ingår i Skellefteås avtal.

²⁰ VLL 703-2016

²¹ Handledningen utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Reviderad april 2016.

²² Umeå kommun, Västerbottens läns landsting: *Lokal handlingsplan inom området SÖK Vuxna mellan Umeå Kommun, Hälsocentraler i Umeå kommun och Psykiatriska kliniken i Umeå enligt Överenskommelse om samarbete mellan landstinget och länets kommuner för insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning*. Giltig 2016.

Planen berör information mellan huvudmännen, samordning av insatser, kompetens, professionalitet, tillgänglighet, somatisk hälsa samt dialog med brukarorganisationer och närstående. I handlingsplanen framgår vad som ska göras under året och av vem. Här ses bland annat arbetsgruppen SÖK missbruk som en aktör.

I **handlingsplan för missbruks- och beroendevården inom Umeå kommun i samverkan mellan Umeå kommun och Västerbottens läns landsting**, är parterna SÖK-gruppens ingående verksamheter, dvs. primärvården, psykiatriska kliniken och medicinkliniken inom landstinget samt Umeå kommuns socialtjänst²³. Den hänvisar till länsöverenskommelsen och uppdraget att ta fram lokala handlingsplaner. Parterna ansvarar för upprättandet och för årlig uppföljning. För varje del anges huvudansvarig verksamhet. Detsamma gäller olika former av utredning, tester, behandlingar, samsjuklighet och brukarinflytande.

I handlingsplanen finns en *aktivitetsplan för 2016* med ett antal fokusområden, bl a kompetensutveckling i samverkan. En ambition finns att utveckla denna för ytterligare områden. Fokusområden anger målsättning, utgångspunkter, målgrupp, beskrivning av och uppföljning av aktiviteter. Här anges också "ansvarig", dock framgår inte vad detta innebär. Handlingsplanen är inte helt färdigställd. Ytterligare fokusområden ska utvecklas. Tanken är att aktivitetsplaner ska tas fram inom olika fokusområden, t.ex. sammanhållen vårdkedja och fördjupad samverkan utbildning.

Handlingsplanen är enligt intervjuerna inte den lokala överenskommelse som beskrivs i den länsövergripande överenskommelsen. Arbetet med att forma den påbörjades 2015. Att den inte färdigställts beror delvis på att det varit täta chefsbyten i verksamheten.

En upprättad **kommunikationsplan mellan psykiatriska kliniken i Umeå och Umeå socialpsykiatri**²⁴ ska underlätta, tydliggöra och förbättra kommunikationsvägar mellan enheterna. Den visar när en kontakt är befogad, vilka kontakter som ska tas när problem inte kan lösas eller mera övergripande frågeställningar uppkommer. Här beskrivs en struktur för träffar mellan chefer och vikten av att informera om förändringar som kan få konsekvenser hos den andra verksamheten.

Lokala samverkansrutiner/överenskommelse finns mellan socialpsykiatrin, psykiatriska kliniken i Umeå (vårdavdelning 1, 2, 3, 4) och rättspsykiatriska vårdavdelningen gällande inläggning och utskrivning²⁵. Den visar hur information ska ges mellan parterna och brukaren och hur samordnad vårdplanering ska ske.

För att förtydliga samverkan har en **samverkansrutin mellan Beroendepsykiatrin och Umeå kommun, Individ- och familjeomsorgen** upprättats. Den visar hur respektive huvudman aktualiserar ärenden i verksamheterna genom remissförfarande. Här berörs LARO, avgiftning, planerade och akuta inläggningar eller andra akuta hjälpbehov. Här klargörs vad som ingår i socialtjänstens respektive beroendepsykiatris ansvar, samordnad vård- och omsorgsplan, SIP, former för samverkansgrupp, att utbildning ska planeras gemensamt för att nå samverkansvinster samt att brister i samverkan ska rapporteras enligt en s.k. investeringsblankett. Här finns också kontaktuppgifter.

Mellan psykiatriska kliniken i Skellefteå och Södra Lappland, socialtjänsten i Skellefteå och Norsjö kommuner samt polisen finns ett **lokalt samverkansavtal** avseende stöd och behandling av personer med missbruk/beroende.²⁶ Avtalet behandlar övergripande ansvar och

²³ Det saknas uppgift om vem som beslutat enligt denna. I filnamnet finns datumet 2016-09-28

²⁴ Västerbottens läns landsting, Umeå kommun: *Kommunikationsplan mellan Psykiatriska kliniken och Umeå Socialpsykiatri*. 2016-04-07.

²⁵ Västerbottens läns landsting, Umeå kommun. 2016-04-07.

²⁶ Avtalet är undertecknat av socialtjänst Skellefteå, socialtjänst Norsjö, psykiatriska kliniken Skellefteå och Södra Lappland samt polisen. Det framgår ej av avtalet vilka funktioner de undertecknande personerna har.

förfarande för vårdmöten, SIP, barnperspektiv vid missbruk, LVM²⁷, LOB, samverkan avseende alkohol och droger i trafiken, avvikelshantering och uppföljning. Avtalet ska årligen följas upp av missbruksrådet, som ligger under HÖK - politisk styrgrupp.

En **överenskommelse** har också upprättats mellan klinikens jour- och bedömningsenhet samt Klara öppenvård och Unga Vuxna i Skellefteå kommun. Den stadgar kontaktvägar och behandlingsgång när unga med både missbruk och psykiatrisk problematik söker hjälp.

En **lokal överenskommelse inom missbruks- och beroendevården** har slutits mellan Lycksele kommun samt primärvården och psykiatrin i landstinget. Den hänvisar till lagkravet att ingå gemensamma överenskommelser, dock inte till länsöverenskommelsen. I överenskommelsen specificeras primärvårdens, kommunens respektive psykiatrins ansvarsområden, rutiner för samarbete, samt en arbetsfördelning mellan parterna.

Av den dokumentation vi tagit del av framgår att det finns **olika samverkansformer mellan öppenvårdsmottagningarna vid psykiatriska kliniken i Skellefteå och Södra Lappland samt primärvård och respektive kommun** avseende personer med missbruks- och beroendeproblematik.

Samtliga ovan beskrivna avtal, överenskommelser och rutiner för samverkan är upprättade på operativ nivå i verksamheterna.

Vi konstaterar att det finns dokumentation upprättad på operativ nivå som tydliggör ansvarsfördelning såväl inom landstinget som mellan landsting och kommun avseende missbruks- och beroendevården. De berör samarbetet såväl ur ett patient-/brukarperspektiv som gällande hur verksamheten utförs. Dessa har inte behandlats av granskade nämnder.

2.3.1 Kompetens

I de nationella riktlinjerna konstateras att det behövs en generell kompetenshöjning gällande kunskaper om missbruk och beroende, som specifika metoder, för att kunna införa rekommendationerna. Förutom personalens yrkeskunskap är det även viktigt med en personlig kompetens som bland annat omfattar empatisk förmåga och förmåga att pedagogiskt förklara tillstånd, orsaker och insatser enligt riktlinjerna.

Enligt socialtjänstlagen ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet för utförande av uppgifter inom socialtjänsten²⁸.

I länsöverenskommelsen beskrivs att det är önskvärt att personal även utanför de specialiserade enheterna har en grundläggande kompetens gällande riskbruk, missbruk och beroende för att personer med en missbruksproblematik ska uppmärksammas och erbjudas adekvat stöd. Den beskriver också att de lokala överenskommelserna bör innehålla en struktur för gemensam kunskapsutveckling inom området och införande av nya metoder/insatser. Vidare visar överenskommelsen att LSG har en roll att stötta kompetens- och kunskapsutveckling inom missbruksområdet. Detta speglas även i den mall för lokal överenskommelse som finns i dokumentet.

I granskningen har kompetensutvecklingsinsatser exemplifierats av intervjuade, vilka i flera fall initierats och genomförts i samverkan.

²⁷ Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870)

²⁸ Socialtjänstlagen 3 kap 3 §

- PUMAC (Planeringsgruppen för utbildningar inom missbruksområdet i AC län) administreras av FoU Välfärd på Region Västerbotten och består därutöver av representanter från landstinget, kriminalvården, Umeå och Skellefteå kommuner, Statens institutionsstyrelse och länsstyrelsen. Varje år arrangeras ett antal utbildningar inom missbruksområdet. Det är dels metodutbildningar och dels andra typer av konferensdagar och grundutbildningar. PUMAC arrangerar ”baskursen rörande riskbruk, missbruk, beroende” årligen sedan 8 år tillbaka.
- Gemensam kompetensutveckling för personer inom kommun och landsting inom specifik metodik såsom case management²⁹ och återfallsprevention.
- Möjligheter till handledning och erfarenhetsutbyte för anställda som arbetar med bland annat psykisk ohälsa och missbruk/riskbruk.
- Aktivitetsplanen utifrån samarbetet SÖK missbruk visar att behov av utbildning ska identifieras för att få ett underlag för planering av utbildningsinsatser för personal inom respektive verksamheten samt att olika aktiviteter ska leda till ökad samverkan i syfte att bidra till större nytta för klienter/patienter genom samordnade insatser i större utsträckning.

***Vi konstaterar** att det på nationell nivå finns en tydlig styrning om att säkerställa kompetens inom missbruks- och beroendevården. I länsöverenskommelsen har detta fångats. Granskningen ger exempel på initiativ inom verksamheterna till gemensam kompetensutveckling. Hos de granskade nämnderna framkommer inte att en styrning finns för att säkerställa en tillräcklig kompetens.*

2.4 Vår bedömning

Landstingsstyrelsens verksamhetsplan visar att samverkan ska ske med andra verksamhetsområden och huvudmän. Uppdrag och regler för hälsovalet visar att samarbete ska ske när också annan huvudman involveras i patientens vårdbehov för såväl samordning som informationsöverföring. Hälso- och sjukvårdsnämnden nämner samverkan i sin styrning som avgörande för verksamhetens utveckling samt, för att tillsammans med andra huvudmän, skapa smidiga vårdflöden. Individ- och familjenämnden i Umeå kommun har genom uppdragsplanen visat att samverkan ska ske internt och externt.

Landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens styrning är inte nedbruten i konkreta mål för verksamheterna eller för den aktuella målgruppen. Detta gäller även individ- och familjenämnden. Nämnderna efterfrågar inte aktiviteter eller uppföljning av de viljeinriktningar som formulerats.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ska landstinget och kommunen ingå en överenskommelse om samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. (HSL 8b §, SoL 5 kap 9a §). Det regionala samverkansorganet AC Konsensus har fastställt en länsöverenskommelse avseende riskbruk, missbruk och beroende, vilken bedöms vara i överensstämmelse med den som regleras i HSL och SoL. Länsöverenskommelsen berör kompetens. Denna ska

²⁹ Case management är en insats som samordnar vården för personer med allvarliga psykiska funktionshinder för att de ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt (Socialstyrelsen)

ligga till grund för lokala överenskommelser mellan landstinget och respektive kommun, som ska tydliggöra ansvar för respektive huvudman. Granskade nämnder säkerställer dock inte denna samverkan. Varken landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden eller individ- och familjenämnden har fattat beslut i enlighet med länsöverenskommelsen.

Vid granskningen framkommer strukturer för samverkan på olika nivåer. De lokala handlingsplaner och rutiner på operativ nivå som presenterats vid granskningen syftar till att tydliggöra ansvar och samarbetsformer. Det saknas en övergripande enhetlig struktur för dessa. De har heller inte beslutats av granskade nämnder.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt individ- och familjenämnden inte har säkerställt att det sker en samverkan i vården av personer med missbruks- och beroendeproblematik. Detta vad gäller samverkan i vården av personer med beroende- och missbruksproblem inom sjukhus, mellan sjukhus och primärvård samt med kommunernas socialtjänst.

Det har framkommit att det finns rutiner och handlingsplaner på operativ nivå för samverkan kring målgruppen samt att samverkan sker även på annat sätt för målgruppen, främst genom gemensam organisation av insatser.

Granskade nämnder har inte fattat beslut som säkerställer att det finns rätt och tillräcklig kompetens för att möta vård- och omsorgsbehovet hos personer med beroende- och missbruksproblematik.

3 Samverkan i praktiken

I detta avsnitt beskrivs intervjuades syn på hur samverkan fungerar.

3.1 Samverkansformer för övergripande frågor

Det samlade intrycket som ges av de intervjuade är att det finns ett antal forum för att lyfta samverkansfrågor samt att ett antal kontaktvägar finns, där samarbetet fungerar väl. Det finns dock områden där ansvar och roller inte uppfattas som tydliga, samt svårigheter att säkerställa ändamålsenlighet i de samverkansforum som finns.

Intervjuer inom landstinget

Övergripande beskrivs ett behov att se över den samverkansstruktur som finns i länet. Ett internt arbete för att kartlägga samverkansgrupperingars roll och inbördes förhållande har initierats av landstinget.

Avseende samverkan mellan primärvården och psykiatrin betonas att arbetsfördelningen avseende missbruk- och beroendevård till viss del är otydlig avseende kriterier för remittering. Verksamhetschefer på hälsocentralerna lyfter att omständigheter kan kräva flexibilitet i vissa fall. Intervjuade inom psykiatrin beskriver en begränsad kännedom om ansvarsfördelningen bland primärvårdens läkare, vilket kan försvåra kontakten.

Intervjuade inom psykiatrin beskriver en stor variation mellan primärvårdens läkare huruvida de behandlar själva eller remitterar vidare när det rör tablettmissbruk. Då missbruk kan skapas av ett långvarigt receptbelagt bruk är detta en central fråga. Ytterligare utmaningar som nämns av psykiatrin är hälsocentralernas ansvar gällande drogscreening för patienter som inte tidigare haft kontakt med psykiatrin.

Inom psykiatriska kliniken i Umeå sker interna samverkansmöten månatligen för avstämning avseende patientärenden och övriga frågor. Intervjuade på kliniken beskriver att det kan uppstå friktion mellan enheter om hur ansvarsfördelningen ser ut, särskilt vid överbelastning. De uppdragsbeskrivningar som upprättats ska tydliggöra ansvaret. Intervjuade inom psykiatriska kliniken i Skellefteå och Södra Lappland beskriver till stor del ett gott samarbete och tydliga roller/ansvarsgränser inom kliniken. Det genomfördes en omorganisation som berörde missbruksvård för ett år sedan, då en ny jour- och bedömningsenhet skapades, för en "tydligare väg in" för patienten. Ett arbete pågår avseende hur jourverksamheten ska möta primärvården och socialtjänsten.

Intervjuade verksamhetschefer på hälsocentraler beskriver ett antal väl fungerande samarbeten mellan psykiatrisjuksköterskor på hälsocentralerna samt både socialtjänst och psykiatri. Hälsocentralerna lyfter svårigheter att remittera personer med långvarigt beroende till specialistvård, framförallt när det finns samsjuklighet med somatisk sjukdom.

SÖK missbruk i Umeå samt missbruksrådet i Skellefteå respektive Lycksele beskrivs av intervjuade som bra forum för att lyfta samverkansfrågor. Intervjuade från psykiatrin beskriver dock att det är en stor utmaning att säkerställa en övergripande samverkan med primärvården samt att komma vidare i frågor avseende ansvarsfördelning. Från primärvårdens sida lyfter både primärvårdsdirektör och hälsocentraler avsaknaden av mandat för verksamhetschefer att representera övriga landstingsdrivna hälsocentraler i dialog avseende samverkan. Härutöver utgör ett deltagande från primärvården endast en leverantör, då de privata hälsocentralerna svarar för sin egen verksamhet. Ett deltagande från primärvården bör lyftas till

stabsnivå för att få önskat genomslag, enligt ett flertal intervjuade. Intervjuade hälsocentraler beskriver varierad kännedom om frågor som lyfts inom länsamordningsgruppen samt i SÖK, HÖK respektive LÖK.

Intervjuer inom Umeå kommun

Flera intervjuade inom kommunen beskriver kännedom om och ett ansvar för att närvara i samverkansgrupper men att deras syfte eller roll inte tydliggjorts. Som orsak nämns en hög personalomsättning där introduktion i samverkansrutiner har brustit. Flera är relativt nya i sina tjänster och har mindre erfarenhet av de forum som beskrivs. Återkommande är även att det idag saknas ett tydligt stöd för ansvarsgränser mellan huvudmännen.

De intervjuade inom kommunen uppfattar att hälsocentralerna har en bristande kunskap om det ansvar och den kompetens som finns hos individ- och familjeomsorgen. Erfarenheter som beskrivs är att hänvisning i regel ges till beroendemottagningen i de fall där också ett missbruk/beroende finns.

Utöver de samverkansträffar i länet som beskrivs knutna till SÖK-strukturen framkommer vid intervjuerna att ytterligare forum för samverkan initierats i de operativa verksamheterna. De exempel som nämnts är:

- Landstingets beroendepsykiatri träffar kommunens öppenvård vid fyra tillfällen per år.
- Dubbeldiagnosteamet, stödboendet och psykiatriska kliniken eftersträvar gemensamma träffar en gång per månad för att hantera otydligheter.
- Socialsekreterarna träffar personal inom beroendepsykiatri två gånger per år i syfte att nå samsyn, se över och anordna gemensam utbildning, informera varandra om ansvar och förändringar.

Samarbetsklimatet mellan huvudmännen på operativ nivå beskrivs som gott. En öppenhet beskrivs för att diskutera kring ansvarsgränser i enskilda ärenden eller övergripande frågor.

***Vi konstaterar** att båda huvudmännen uppfattar att det finns forum för samverkan för att tydliggöra roller och ansvarsgränser. Intervjuerna hos huvudmännen påvisar att det finns bristande kunskaper om syfte och mandat gällande dessa. Intervjuer inom landstinget visar på otydligheter inom den egna organisationen för att nå en samstämmig uppfattning om rutiner för samverkan.*

Det framkommer också att det inom det operativa verksamheterna tas initiativ till kontinuerliga samverkansformer för att hantera specifika frågor. Dialogen i flera samverkansforum beskrivs som god.

3.2 Adekvata och samordnade insatser

Det konstateras vid intervjuerna inom landstinget och Umeå kommun att flertalet enskilda med missbruks-/beroendeproblematik också har en psykisk problematik. Samverkan sker framförallt mellan kommunen och landstingets psykiatri kring enskilda som har behov av insatser från båda huvudmännen. Intervjuade från både psykiatri samt kommun bekräftar denna bild och beskriver till stora delar ett gott samarbete.

Socialtjänstens kontakt med hälsocentralerna i Umeå kommun begränsar sig i många fall till begäran om att upprätta LVM-intyg. Det lyfts även att kompetens för att klara ansvaret hos hälsocentralerna att utföra detta brister, vilket de intervjuade inom psykiatri i Umeå bekräftar. Det senare ses som en risk för möjligheten att ge vård i utsatta situationer. En osäkerhet

beskrivs kring regelverken gällande LVM i förhållande till LPT³⁰ inom kommunen, vilket delas med de intervjuade inom landstinget.

Arbetet med SIP beskrivs vara ett väsentligt förbättringsområde av samtliga intervjuade i landstinget och Umeå kommun. Inom Umeå kommun har rutinen förankrats bland annat i samband med utbildning för samtliga handläggare. Motståndet uppges bero på IT-stödet Prator uppfattas som otillgängligt. Den fördel som ges med detta i fråga om tillgång till statistik som underlag för planering och beslut kommenteras inte. Återkommande i intervjuerna är även att det finns oklarheter kring vem som kan/ska initiera att en SIP upprättas. Detta trots att rutinen visar att "den enskilde själv, närstående eller den personal som har kontakt med den enskilde, från landsting eller kommun, som uppmärksammar att det finns behov av en samordnad individuell plan kan ta initiativ till ett möte".

Gemensam vårdplanering och nätverksmöten kring enskilda sker i hög utsträckning mellan psykiatrin och Umeå kommun. Arbetssättet beskrivs motsvara syftet med SIP och kommunikationen kring enskilda fungerar i många fall väl, enligt intervjuade inom psykiatrin samt kommunen. I statistik vi tagit del av framgår att det finns 39 pågående SIP i Umeåområdet när granskningen genomförs. Här bekräftas att ett fåtal initierats av individ- och familjeomsorgen i ärenden som gäller annat än hemsjukvård. Materialet ger ingen tydlig bild av i hur många fall en missbrukssituation kan vara ett av skälen för behov av samordning av insatser.

Bedömning för deltagande i LARO-programmet³¹ i Umeå görs månatligen av en bedömningsgrupp bestående av personal från LARO-mottagningen och socialtjänsten. Medicinsk utredning görs av läkare och social utredning av socialtjänst. Även i Skellefteå utreder kommunen den enskildes behov, vilket behandlas i ett gemensamt bedömningsmöte där båda huvudmännen är representerade. Landstinget är ansvarig för beslut som fattas om insatser.

Andra exempel på hur huvudmännen samverkar kring den enskilde är primärvårdens närvaro i Umeå kommuns stödboenden för enskilda. Beroendeavdelningen inom psykiatriska kliniken i Skellefteå jobbar nära beroendeenhetens mottagningar i Skellefteå och beroendeteamet i Lycksele samt att en gemensam läkare arbetar inom slutenvården och öppenvården.

Den tidigare beskrivna bristen på samverkan och otydligheter i ansvar mellan kommunens vuxenvård och primärvården leder till konsekvenser i vård för avgiftning, urinprovstagnning inför planering av vård samt problem att få hälsocentraler att utfärda LVM-intyg.

Vi konstaterar att samverkan mellan landstingets psykiatri i Umeå, Skellefteå och Södra Lappland samt kommunen beskrivs som välfungerande av intervjuade. Gemensam vårdplanering sker ofta kring den enskilde för att samordna insatserna. Rutiner för att upprätta SIP efterlevs dock inte. Samarbete kring LARO-programmet beskrivs som välfungerande. I övrigt nämns brister hos primärvården att fullgöra sitt ansvar avseende LVM-intyg.

3.3 Vår bedömning

Kunskapen om och upplevelsen av styrningen av samverkan varierar mellan intervjuade. Kommunikation mellan olika nivåer hos huvudmännen beskrivs som delvis otydligt och ett problem som lyfts är otydliga roller och mandat för deltagande i samverkansforum vilket riskerar att medföra ineffektivitet och att syftet med samverkan inte uppnås.

Vi konstaterar att utöver strukturerade samverkansforum finns ytterligare operativ samverkan mellan huvudmännen.

³⁰ Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

³¹ Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Sammantaget beskrivs ett gott samarbete i flera fall, framförallt samordning av insatser för enskilda i behov av insatser från kommunens vuxenvård och från psykiatriska klinikerna. Att SIP upprättas i liten omfattning är en brist, då SIP ska tydliggöra ansvar och roller och därmed också vara värdefullt för brukarens tydlighet. Det framkommer dock att insatser från båda huvudmännen samordnas i vårdplaneringsmöten och i gemensamma nätverksmöten.

Vår bedömning är att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt individ- och familjenämnden i Umeå kommun inte tydliggjort roller och ansvar i tillräcklig utsträckning för att säkerställa ändamålsenliga former för samverkan. Detta medför ytterst att det inte säkerställs att adekvata insatser ges eller att samordningen av insatser inte sker effektivt.

4 Uppföljning

I detta avsnitt redovisas huruvida landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive individ- och familjenämnden i Umeå kommun, hållit sig informerade om hur samverkan i vården av personer med beroende- och missbruksproblematik fungerar.

4.1 Uppföljning i Västerbottens läns landsting

Det framkommer av intervjuerna att det saknas en samlad uppföljning på ett övergripande plan av samverkansfrågorna gällande missbruks- och beroendevård.

I landstingsstyrelsens delårsrapport per augusti 2016 framgår avseende fullmäktiges uppdrag att *aktivt arbeta för att motverka ökat riskbruk av alkohol*, att en utbildningsdag genomförts med tema alkohol för samtliga sjuksköterskor som arbetar med hälsosamtal inom ramen för Västerbottens hälsoundersökningar samt att en basutbildning om riskbruk, missbruk och beroende startat.

I hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport per augusti 2016 ges information om utbildningsdag samt att samverkan mellan landstinget och kommunerna fortsätter gällande insatser för att förbättra vården och omsorgen inom området psykisk hälsa. Ett arbete har startat med aktiviteter framtagna efter en kritisk revisionsrapport. Vid hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde i december 2016 reviderades t.ex. arbetsfördelningen mellan primärvården och psykiatrin avseende riskbruk, missbruks- och beroendevård (APP III).

I februari 2016 behandlade hälso- och sjukvårdsnämnden frågan om hälsomottagning för personer som injicerar droger, inklusive sprututbyte.³² Nämnden beslutade att ställa en skriftlig förfrågan till Umeå kommun om att ingå i ett samarbete och i sådana fall biträda ansökan till Inspektionen för vård och omsorg.

I mars 2016 behandlade hälso- och sjukvårdsnämnden den reviderade utredning avseende ett beroendecentrum, som initierats 2012.³³ Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade att stå bakom en samlokalisering av vissa verksamheter. Lokalbehoven tas med i kommande planering för lokaler på Nus.

Primärvårdens beställarfunktion följer årligen upp beställningen till vårdgivarna, samt vissa mål även till delårsrapportering, via fastställd uppföljningsplan. Indikatorer för uppföljning av samverkan avseende vården av personer med missbruks- och beroendeproblematik saknas här. I delårsrapport 1 för 2016 ges en övergripande bild av att alla hälsocentraler arbetar med åtgärder avseende levnadsvanor kring tobak, alkohol, mat och fysisk aktivitet. I delårsrapport 2 framgår att indikatorer avseende andel patienter med hälsosam levnadsvana, andel patienter som fått åtgärd enligt nationella riktlinjer (avseende förebyggande åtgärder) samt andel patienter med hälsosam levnadsvana efter åtgärd ska följas upp i årsrapport. Samverkan avseende missbruks- och beroendefrågor följs inte upp.

³² VLL 101-2016

³³ Ingen vidare beredning skedde när utredningen först presenterades för hälso- och sjukvårdsnämndens arbetsutskott i februari 2013, detta på grund av att lokalmässiga förutsättningar för en samordnad organisation ansågs saknas. Frågan återaktualiserades och behandlades vid nämndens sammanträde den 25 november 2015. Då konstaterades att det redan pågick ett omfattande utvecklingsarbete hos huvudmännen i frågan. För att gå vidare med frågan gavs uppdrag till hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma med en rapport senast i mars 2016. Utredningen sågs över och uppdaterats 2016-02-19 av landstingets och kommunens företrädare.

4.2 Uppföljning i Umeå kommun

Enligt individ- och familjenämndens reglemente ska regelmässigt rapporteras till fullmäktige hur verksamheten utvecklas. Kontinuerligt ska verksamheten följas upp och utvärderas samt verka för att samråd sker med brukare och tjänstemän.

Delårsrapporterna 2016 visar att verksamheten genomfört en översyn av narkotikaanalysenheten i syfte att tydliggöra uppdrag och ansvar. Inom område vuxna har ärendemängden varit stabil under perioden. Bemanningen har varit tillräcklig och antalet omhändertaganden enligt LVM berörs.

I april 2016 behandlades frågan om ett beroendecentrum. Bakgrund var att vid SÖK politiker-möte i mars bestämdes att arbeta vidare med att få till stånd ett beroendecentrum. Respektive huvudman fick också i uppdrag att arbeta vidare var och en för sig samt gemensamt med frågan.

I maj 2016 tillsätts en beredningsgrupp för jämställdhet och HBTQ-frågor, med syfte att stärka efterfrågan och förtydliga hur nämndens verksamheter ska arbeta med dessa frågor i syfte att uppnå en jämlik socialtjänst. Beredningsgruppen får i ansvar att ta fram förslag till målsättningar och resultatmått för uppföljning inför nämndens arbete med uppdragsplan 2016-2018. Vidare får beredningsgruppen i uppdrag att följa nämndens verksamhet ur ett jämställdhetsperspektiv samt efter samråd ha möjlighet att fördjupa sig i en specifik verksamhet.

Det har i övrigt inte framkommit att en specifik uppföljning sker av hur samverkan med landstinget sker eller faller ut.

4.3 Uppföljning av regional samverkan

I länsöverenskommelsen gällande riskbruk, missbruk och beroende framgår att i de lokala överenskommelser som upprättas ska en plan för systematisk uppföljning ingå. Länsöverenskommelsen beskriver att en systematisk uppföljning på verksamhets-, grupp- och individnivå krävs för att säkerställa att den behandling som ges är den mest relevanta för den enskilde brukaren och leder till önskvärt resultat. Vidare beskrivs att verksamhetsutveckling främjas av att resultaten regelbundet återkopplas på alla nivåer. Här visas även verktyg och modeller för uppföljning. Som tidigare beskrivits har länsöverenskommelsen inte beslutats av granskade nämnder.

Det framgår av protokoll för LSG under 2016 att arbetet utifrån LOB under 2015 behandlades i mars. Under detta sammanträde behandlades också sprututbytesprogram och hälsomottagning för personer i länet med intravenöst missbruk. Landstingets dialog som inletts 2016 med Umeå kommun om att starta sprututbytesprogram och hälsomottagning för personer med intravenöst missbruk behandlas. Frågan behandlas även i maj, och programmet ska genomföras under hösten 2016. Härutöver har den reviderade länsöverenskommelsen behandlats under våren.

Samverkansöverenskommelsen mellan bl.a. individ- och familjeomsorgsnämnden i Umeå kommun och hälso- och sjukvårdsnämnden i landstinget ska följas upp efter två år inom ramen för SÖK. Styrgruppen på tjänstemannanivå är forum för uppföljning av samverkan. En politisk styrgrupp av nämndernas presidier ska behandla uppföljning av överenskommelsen. Vi har inte genom protokoll kunnat verifiera uppföljningen.

I avtalet mellan landstinget och Umeå kommun avseende Alkohol- och drogmottagningen framgår att uppföljning ska ske kontinuerligt och att samordnaren ansvarar för att verksamhetsstatistik lämnas till styrgruppen vid första styrgruppsmötet per termin. Uppföljning och utvärdering ska ske årligen utifrån ett system framtaget av FoU-enheten i Umeå kommun. Vi har inte genom protokoll kunnat verifiera uppföljningen.

Samverkan utifrån SÖK och HÖK ses som forum för att diskutera brister i samverkan, enligt intervjuade. Avvikelse hanteras här, men uppfattas som ovanliga. Det har inte framkommit att formaliserad åtgärder vidtagits för att åtgärda brister i syfte att säkerställa att behov av vård, omsorg och stöd i tillgodoses i samverkan.

Uppföljning och diskussion av avvikelser, samverkansfrågor och samordning kring enskilda beskrivs ske i ett antal forum inom respektive organisation samt mellan företrädare för landsting och kommun. Det framkommer av intervjuerna att det saknas samlad uppföljning utifrån ett samverkansperspektiv. Det beskrivs vara svårt att gå vidare med samverkansärenden i SÖK-strukturen.

4.4 Vår bedömning

För att säkerställa att samverkan sker och är ändamålsenlig, krävs också en ändamålsenlig uppföljning och återrapportering till ansvarig nämnd. Uppföljning krävs för att upptäcka och vidta åtgärder i händelse av avvikelser. Genom detta skulle samverkansaktiviteter som inte är ändamålsenliga avslutas eller ersättas.

En ambition att följa upp strukturer för samverkan och hur den sker i den operativa verksamheten kan ses i dokumenterade samverkansformer. Den uppföljning som sker av samverkansfrågor sker nästan uteslutande i regionala och lokala samverkansgrupperingar med utgångspunkt i AC Konsensus, som saknar formellt beslutsmandat. Vi har genom granskade protokoll inte kunnat verifiera att uppföljning av upprättade överenskommelser rörande samverkan har behandlats i granskade nämnder.

Vi bedömer att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt individ- och familjenämnden i Umeå kommun inte har hållit sig informerade i tillräcklig utsträckning om hur samverkan i vården av personer med beroende- och missbruksproblematik fungerar. Det har inte framkommit att den uppföljning som regleras i regionala och lokala överenskommelser om samverkan har behandlats i nämnderna.

5 Slutsatser av granskning i Skellefteå kommun³⁴

En granskning har genomförts av PwC avseende vården av personer med missbruks- och beroendeproblematik, på uppdrag av revisorerna i Skellefteå kommun. Nedan redogör vi för de huvudsakliga slutsatserna som dragits avseende hur samverkan fungerar i praktiken. Dessa resultat ligger utanför vår bedömning.

Av granskningen framkommer att samverkan och samordning på operativ nivå bedöms till övervägande del bedrivs på avsett sätt. Bedömningen baseras på att samordnade individuella planer upprättas, att samverkansprogram och samarbetsrutiner är upprättade utifrån samverkansöverenskommelsen höken, och uppfattas efterlevas av kommunen och landstinget, samt att kommunens verksamhet arbetar med kvalitetssäkring av insatser.

I granskningen framgår ett antal styrdokument och lokala rutiner som utarbetats för praktisk samverkan mellan Skellefteå kommun och landstinget. Av intervjuer framkommer att det inte funnits ett särskilt genusperspektiv i framtagandet av samarbetsformerna, men att genusperspektivet finns med i vardagsarbetet vad avser missbrukare. Vidare framkommer av intervjuer att systemet Prator inte fungerat på ett tillfredställande sätt under våren 2016 och att informationsöverföringen därför sker utanför systemet. Informationsöverföringen uppfattas ändå fungera tillfredställande.

Det framkommer att SIP upprättas i enlighet med samverkansprogram och samverkansrutin, men att det är vanligare att kommunen än landstinget initierar att en SIP ska upprättas. I enskilda ärenden har det funnits viss otydlighet mellan kommunen och landstinget avseende vilken huvudman som ansvarar för utvärdering/uppföljning av en SIP.

³⁴ Genomförd av PwC. Utkast till granskningsrapport daterad 2016-12-09

6 Svar på revisionsfrågor och bedömning

Revisionsfrågor	Bedömning
<i>Styrning</i>	
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive individ- och familjenämnden i Umeå kommun, genom sin styrning säkerställt att det sker en samverkan i vården av personer med beroende- och missbruksproblem inom sjukhus, mellan sjukhus och primärvård samt med kommunernas socialtjänst?	<p>Nej. Landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt individ- och familjenämnden i Umeå kommun visar i verksamhetsplaner att samverkan ska ske. Aktiviteter eller former för uppföljning saknas för detta. Specifika samverkansmål avseende målgruppen saknas.</p> <p>En grund för att säkerställa samverkan i vården av personer med beroende- och missbruksproblem inom sjukhus, mellan sjukhus och primärvård samt med kommunernas socialtjänst finns i den länsöverenskommelse gällande risk bruk – missbruk – beroende som Västerbottens läns landsting och Region Västerbotten format och behandlat i AC Konsensus. Beslut har inte fattats av granskade nämnder att följa denna.</p>
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive individ- och familjenämnden i Umeå kommun, genom sin styrning säkerställt att det finns rutiner och handlingsplaner på operativ nivå för samverkan kring målgruppen?	<p>Nej. De rutiner och handlingsplaner som finns på operativ nivå har initierats i verksamheterna men inte beslutats i nämnderna som inte heller gett uppdrag om att upprätta dessa.</p> <p>Då beslut inte fattats att följa länsöverenskommelsen har inte det förslag till mall för lokala överenskommelser en styrande funktion. Denna visar att rutiner för individuella planer (SIP), rutiner för LOB, kompetensutveckling, uppföljning/utvärdering, rutiner för samverkan på olika nivåer och avvikelshantering bör ingå.</p> <p>Vi bedömer att de rutiner och handlingsplaner som finns på operativ nivå bör ses över för att ge en tydlig struktur för hur samverkan ska ske och dess syften för att stötta en ansvarsfördelning och samordning av insatser kring enskilda.</p>
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive individ- och familjenämnden i Umeå kommun, genom sin styrning säkerställt att det på annat sätt, exempelvis organisatoriskt, finns en samverkan mellan landstinget och kommuner för vård, omsorg och stöd till personer med beroende- och missbruksproblematik?	<p>Ja. Avtalet mellan landstinget och Umeå kommun avseende Alkohol- och drogmottagningen visar att verksamheten ska medföra samordning, samplanering och en effektiv samverkan. Representanter från båda huvudmännen finns i en styrgrupp och i personalgruppen.</p> <p>Inom öppenvårdsverksamheten i Skellefteå finns ett dubbel-diagnosteam som drivs gemensamt mellan psykiatriska kliniken och Skellefteå kommun.</p> <p>Företrädare för landstinget samt ett flertal kommuner har tillsammans upprättat ett förslag om ett gemensamt Beroendecentrum i Umeå. De analyser samt förslag till organisering vi tagit del av visar en medvetenhet om utvecklingsområden samt fördelar med samverkan avseende målgruppen.</p>
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive individ- och familjenämnden i Umeå kommun, genom sin styrning säkerställt att det finns rätt och tillräcklig kompetens för att möta vård- och omsorgsbehovet	<p>Nej. Länsöverenskommelsen berör kompetensutveckling. Granskningen ger exempel på gemensam kompetensutveckling, handledning och erfarenhetsutbyte. Ett flertal gemensamma utbildningsinsatser erbjuds genom Region Västerbotten.</p>

hos personer med beroende- och missbruksproblematik?	Det framkommer dock inga direktiv från landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden eller individ- och familjenämnden som specifikt berör kompetens avseende målgruppen.
<i>Samverkan i praktiken</i>	
Är roller och ansvar i arbetet med personer med missbruks- och beroende-problem tydliga?	Till viss del. Det finns ett antal upprättade riktlinjer och rutiner som stadgar ansvarsfördelning på olika nivåer hos respektive huvudman. Det varierar bland intervjuade hur tydliga rollerna upplevs. En bristande kännedom om upprättade riktlinjer gällande ansvarsfördelning, samt en brist på kontinuitet i de samverkansforum som finns, riskerar dock att medföra att roller och ansvar hos huvudmännen inte tydliggörs i det praktiska arbetet.
Är de samverkansformer som finns ändamålsenliga? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Följs samverkansöverenskommelser som tecknats på länsövergripande och på lokal nivå? ➤ Finns en tillräcklig samverkan på länsövergripande nivå och på lokal nivå? 	Nej. Det finns en uppbyggd samverkansstruktur där missbruks- och beroendevård lyfts och en dialog förs mellan huvudmännen. Kopplingen till respektive ansvarig nämnds styrning och uppföljning är dock bristfällig. Den samverkansstruktur som beskrivs i länsöverenskommelsen har till syfte att bland annat nå en tydlig ansvarsfördelning genom lokala överenskommelser. Bristande kännedom om syftet med de samverkansforum som finns, en uppfattning om att ansvar hos respektive huvudman är otydligt samt avsaknad av lokala överenskommelser framkommer i granskningen. Det senare bör säkerställas för att efterleva lagstiftarens krav på överenskommelser gällande samverkan.
Säkerställs genom samverkan att personer med missbruks- och beroende-problem får adekvata insatser? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Samordnas arbetet kring den enskilde på ett tillräckligt sätt? 	Till viss del. En upprättad länsrutin finns för upprättande av SIP, men de planer som upprättats är få och de intervjuade bekräftar att rutinen av olika anledningar inte följs. Vi kan också konstatera att andra sätt att planera insatserna tillsammans görs i form av gemensam vårdplanering och nätverksträffar. Vi bedömer att det finns en god kännedom om värdet av samordning då insatser beviljas från båda huvudmännen men att rutiner kring SIP inte efterlevs.
<i>Uppföljning</i>	
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive individ- och familjenämnden i Umeå kommun, hållit sig informerade om hur samverkan i vården av personer med beroende- och missbruksproblematik fungerar?	Nej. Vi bedömer att granskade nämnder inte har hållit sig informerade i tillräcklig utsträckning om hur samverkan i vården av personer med beroende- och missbruksproblematik fungerar.
I händelse av avvikelser eller om samverkan inte fungerar som den ska, har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive individ- och familjenämnden i Umeå kommun, agerat i syfte att åtgärda bristerna?	Nej. Granskningen visar att det i vissa fall finns former för avvikelsehantering, exempelvis i samverkan mellan Beroendepsykiatri och Umeå kommun, Individ- och familjeomsorgen. Några konkreta åtgärder som vidtagits med anledning av uppmärksammande och dokumenterade avvikelser som berör vård, omsorg och stöd har inte presenterats.

<p>Vilka åtgärder behöver vidtas för att säkerställa att behoven av vård, omsorg och stöd tillgodoses?</p>	
<p>Finns uppföljning av överenskommelser reglerade och har detta efterlevts?</p>	<p>De överenskommer som upprättats gällande samverkan innehåller former för hur och när uppföljning ska göras.</p> <p>Vi har inte genom protokoll hos granskade nämnder kunnat verifiera att detta görs och vi har inte heller sett att granskade nämnder efterfrågar detta.</p>

6.1 Samlad bedömning och rekommendationer

Landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden respektive individ- och familjenämnden i Umeå kommun brister i att säkerställa att det finns ändamålsenliga arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring för att tillgodose behov av vård, omsorg och stöd för personer med beroende- och missbruksproblem. Styrningen bör tydliggöras och uppföljningen bör stärkas.

De granskade nämndernas styrdokument visar få spår av beslut och riktlinjer för hur samverkan mellan sjukhusvården, primärvården och kommunerna ska vara utformad. De har heller inte följt upp hur samverkan fungerar i praktiken

Av granskningen framgår att samverkan mellan landstinget och kommunerna i hög grad bygger på överenskommelser som behandlas inom AC Konsensus, som saknar formellt beslutsmandat. Knutet till samverkansstrukturen i AC Konsensus finns grupperingar på politisk nivå och på tjänstemannanivå vilka arbetar med att utveckla samverkan mellan landstinget och kommunerna. Av granskningen framgår att det saknas beslut hos granskade nämnder att följa överenskommelser och avtal som tas fram inom ramen för arbetet inom AC Konsensus.

Granskningen visar även att det finns ett flertal avtal, handlingsplaner och rutiner på olika nivåer som berör samverkan och ansvarsfördelning inom landstingets organisation, mellan landstinget och länets kommuner och specifikt mellan landstinget och Umeå kommun. Vi bedömer att dessa speglar goda ambitioner för att nå samverkan i syfte att säkerställa en god vård vid missbruk, riskbruk och beroende men även att det är svårt att överblicka helheten och att det föreligger en risk för otydlighet då styrningen inte är samlad. Vid granskningen framkommer att de granskade nämnderna inte agerat för att säkerställa samverkan på operativ nivå.

Det finns även exempel på en organisatorisk samverkan mellan huvudmännen, vilket bedöms positivt. Det förslag till gemensamt beroendecentrum som behandlats, påvisar ett behov av ytterligare integrering/samlokalisering av verksamheter.

I de vetenskapliga studier som ligger till grund för de nationella riktlinjerna för missbruksvård saknas könsperspektiv. Uppenbara skillnader i tillgången till vård eller resultat av behandling utifrån kön har dock inte konstaterats. Det finns vissa grupper för vilka det kan vara viktigt att kunna erbjuda en könsdifferentierad behandling – bland annat personer som utsatts för sexuella övergrepp och våld. I granskningen har vikten av segregerade stödboenden uppmärksammat i Umeå kommun vilket lett till att specifika resurser riktats till kvinnor. De har i övrigt inte framkommit att det i frågor som rör samverkan funnits skäl att anta ett könsperspektiv.

Utifrån granskningens resultat ger vi granskade nämnder ett antal rekommendationer:

- Granskade nämnder rekommenderas tydliggöra sin styrning utifrån intentionerna i länsöverenskommelsen, för att säkerställa en ändamålsenlig samverkan i vården av personer med missbruks- och beroendeproblematik
- Granskade nämnder rekommenderas se över olika samverkansforums uppdrag och roller, samt se till att de är förankrade i verksamheten
- Granskade nämnder rekommenderas säkerställa att SIP upprättas i enlighet med lagkrav samt upprättad rutin
- Granskade nämnder rekommenderas säkerställa en ändamålsenlig uppföljning och återrapportering avseende samverkan i vården av personer med missbruks- och beroendeproblematik

Umeå, 20 december 2016

Lena Brönnert
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Anja Zetterberg
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB

Källförteckning

- Socialstyrelsen (2015): Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - Stöd för styrning och ledning
- Lokal handlingsplan inom området SÖK Vuxna mellan Umeå Kommun, Hälsocentraler i Umeå kommun och Psykiatriska kliniken i Umeå enligt Överenskommelse om samarbete mellan landstinget och länets kommuner för insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. Giltig 2016.
- Lokal aktivitetsplan SÖK arbetsgrupp 2015
- Verksamhetsidé Alkohol- och drogmottagningen, 2012-10-05
- Länsöverenskommelse, Riskbruk – Missbruk – Beroende Socialtjänst, hälso- och sjukvård 2016. Västerbottens läns landsting, Region Västerbotten.
- Västerbottens läns landsting, Umeå kommun: Lokala samverkansrutiner 2016-04-07.
- Västerbottens läns landsting, Umeå kommun: Kommunikationsplan mellan Psykiatriska kliniken och Umeå Socialpsykiatri. 2016-04-07.
- Samverkansöverenskommelse mellan nämnder i Umeå kommun och Västerbottens läns landsting. 2015-07-01 – 2018-12-31. Daterad 2015-05-12
- Lokalt samverkansprogram 2016, Psykiatriska kliniken Skellefteå och Södra Lappland, socialtjänsten i Skellefteå och Norsjö kommun samt Polisen.
- Överenskommelse mellan Unga Vuxna och Klara öppenvård, Skellefteå 2015-10-05
- Arbetsordning AC Konsensus, fastställd 2010-06-16
- Arbetsordning, Länsamordningsgrupp och Länsgrupp barn och unga 2016
- Protokoll AC Konsensus 2016
- Protokoll LSG 2016
- Länsrutin för Samordnad Individuell Plan (SIP) i Västerbotten, fastställd 2013-12-10
- Lokal samverkansöverenskommelse mellan nämnder i Lycksele kommun och Västerbottens läns landsting
- Huvudöverenskommelse om samverkan mellan nämnder i Skellefteå och Norsjö kommun, Västerbottens läns landsting
- Minnesanteckningar missbruksrådet 2016
- Lokal överenskommelse inom missbruks- och beroendevården, 2015-03-13. Lycksele kommun och Västerbottens läns landsting

Västerbotten läns landsting

- Landstingsplan 2016-2019
- Verksamhetsplan landstingsstyrelsen 2016
- Verksamhetsplan hälso- och sjukvårdsnämnden 2016
- Verksamhetsplan primärvården 2016
- Protokoll landstingsstyrelsen jan-okt 2016
- Protokoll hälso- och sjukvårdsnämnden jan-nov 2016
- Landstingsstyrelsens delårsrapporter 2016
- Primärvårdens delårsrapporter 2016
- Västerbottens läns landsting: Avtal avseende alkohol- och drogmottagning. Undertecknat av landstingsdirektör i Västerbottens läns landsting och socialdirektör i Umeå kommun, 2015-07-01
- Aktivitetsplan för Psykiatriska kliniken i Skellefteå och Södra Lappland 2016
- LARO Vårdprogram 2016
- Översikt samverkansgrupper, PPT 2016-09-27
- Arbetsfördelning mellan primärvården och psykiatrin i Västerbottens län avseende riskbruk, missbruks- och beroendevård (APP III) 2012

Umeå kommun

- Individ- och familjenämndens uppdragsplan och budget 2016. Fastställd av individ - och familjenämnden 2015-12-16
- Protokoll från individ- och familjenämnden januari – november 2016

Bilaga 1 – intervjuade funktioner

Västerbottens läns landsting

- ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör med ansvar för övergripande strategisk samverkan
- ▶ Primärvårdsdirektör
- ▶ Strateg och utredare, landstingets beställarfunktion
- ▶ Verksamhetschef, medicinskt ansvarig läkare beroende samt avdelningschef beroendemottagningen psykiatriska kliniken Skellefteå, Södra Lappland
- ▶ Verksamhetschef och medicinskt ansvarig läkare psykiatriska kliniken Umeå
- ▶ Sektionschef för psykiatriska akutmottagningen
- ▶ Hälsocentralchefer
 - Holmsund
 - Ersboda
 - Teg
 - Kåge/Morö Backe
 - Stenbergiska

Umeå kommun

- ▶ Socialdirektör
- ▶ Ledningskoordinator
- ▶ Områdeschef IFO vuxna
- ▶ Psykiatrisamordnare tillika biträdande verksamhetschef socialpsykiatri
- ▶ Medarbetare Alkohol- och drogmottagningen (kommun- och landstingsanställda)
- ▶ Enhetschef för vuxengruppen (myndighetsutövning)
- ▶ Handläggande socialsekreterare missbruk och beroende
- ▶ Enhetschef för Dubbeldiagnosteamet och individ- och familjeomsorgens boendestöd
- ▶ Enhetschef för kommunens stödboendet Bryggan samt Alkohol- och drogmottagningen
- ▶ Samordnare Alkohol- och drogmottagningen.

Avstämningar har även genomförts med strateg för vård och omsorg samt forskningsledare FoU Välfärd på Region Västerbotten samt med sekreterare administration och ledning, socialtjänsten, Umeå kommun.