



REVISIONSKONTORET
REVISIONSRAPPORT

NR 9 oktober 2005

DNR 420/145 -05

Samverkan i vården av tyngre missbrukare

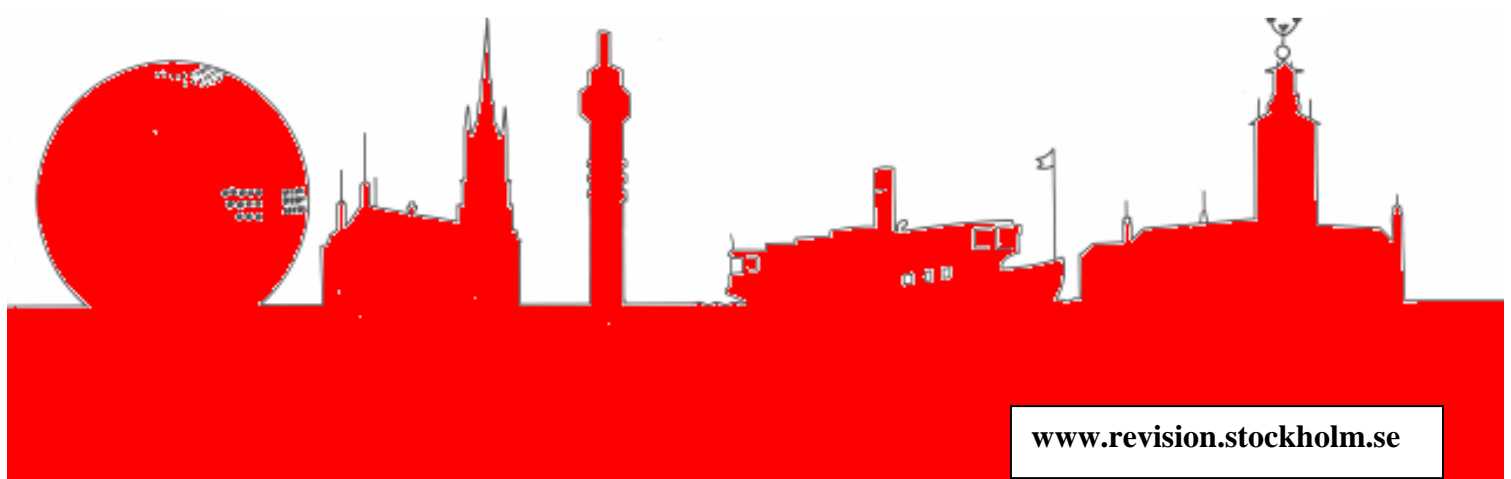
Samverkan mellan stadsdelsnämnderna och landstinget har förbättrats, men det finns kvarstående samverkansproblem att lösa.

Alla enheter bidrar inte till rehabilitering

En individuell plan för rehabilitering måste användas

Vård- och omsorgsresurser är i huvudsak tillgängliga för missbrukarna

Uppföljning och utvärdering har saknats





Till
Kommunstyrelsen
Socialtjänstnämnden

Revisionsrapport Samverkan i vården av tyngre missbrukare

Revisorsgrupp 1 har vid sitt sammanträde den 24 oktober behandlat bifogade revisionsrapport. Rapporten har även behandlats av revisorsgrupp 3 den 19 oktober och av revisorsgrupp 4 den 20 oktober.

Revisionskontoret har med hjälp av konsult granskat Kista och Vantörs Stadsdelsnämnders samverkan med landstingets enheter som är delaktiga i vården av tyngre missbrukare. Slutsatser och rekommendationer bygger på ett antal intervjuer med landstingets personal samt med personal från de två stadsdelarna. Även Botkyrka, Järfälla och Österåkers kommuner ingick i revisionsprojektet och personal från dessa kommuner har intervjuats. Sammanlagt har ett 50-tal intervjuer genomförts.

De intervjuade anser att samarbetet mellan stadsdelsnämnderna och landstingets lokala enheter har blivit bättre och effektivare under senare år. Samtidigt finns behov av fortsatta utvecklingsinsatser. Dessa måste grundas på uppföljning och utvärdering av effekterna av samverkan.

Vi revisorer instämmer i revisionskontorets slutsatser och bedömningar. Vi anser att kommunstyrelsen med stöd av socialtjänstnämnden snarast bör skapa instrument för utvärdering.

Vi överlämnar härmed rapporten till Socialtjänstnämnden för kännedom och till kommunstyrelsen för yttrande senast den 20 december 2005.

Bo Dahlström
Ordförande i revisorsgrupp 1

Kopia till
Stadsdirektör Bo Sundling
Direktör Dag Helin



Till
Kista stadsdelsnämnd

Revisionsrapport Samverkan i vården av tyngre missbrukare

Revisorsgrupp 3 har vid sitt sammanträde den 19 oktober behandlat bifogade revisionsrapport. Rapporten har även behandlats av revisorsgrupp 4 den 20 oktober och av revisorsgrupp 1 den 24 oktober.

Revisionskontoret har med hjälp av konsult granskat Kista och Vantörs Stadsdelsnämnders samverkan med de enheter inom landstinget som är delaktiga i vården av tyngre missbrukare. Slutsatser och rekommendationer bygger på ett antal intervjuer med landstingets personal samt med personal från de två stadsdelarna. Även Botkyrka, Järfälla och Österåkers kommuner ingick i revisionsprojektet och personal från dessa kommuner har intervjuats. Sammanlagt har ett 50-tal intervjuer genomförts.

De intervjuade anser att samarbetet mellan Kista stadsdelsnämnd och landstingets lokala enheter har blivit bättre och effektivare under senare år. Samtidigt finns behov av fortsatta utvecklingsinsatser. Bland annat bör handläggarna inom Kista stadsdelsförvaltnings missbruksenhet i större utsträckning anpassa sig efter gemensamma rutiner. Vidare kan långsiktigheten i arbete stärkas genom en mer konsekvent tillämpning av arbetsplaner.

Vi revisorer instämmer i revisionskontorets slutsatser och bedömningar och överlämnar rapporten för yttrande senast den 20 december 2005. Om nämnden så önskar kan vi dessförinnan komma till ett nämndsammanträde för information och dialog om rapporten.

Gun Risberg
Ordförande i revisorsgrupp 3

Kopia till
Stadsdelsdirektör Elisabeth Törner



Till
Vantörs stadsdelsnämnd

Revisionsrapport Samverkan i vården av tyngre missbrukare

Revisorsgrupp 4 har vid sitt sammanträde den 20 oktober behandlat bifogade revisionsrapport. Rapporten har även behandlats av revisorsgrupp 3 den 19 oktober och av revisorsgrupp 1 den 24 oktober.

Revisionskontoret har med hjälp av konsult granskat Kista och Vantörs Stadsdelsnämnders samverkan med de enheter inom landstinget som är delaktiga i vården av tyngre missbrukare. Slutsatser och rekommendationer bygger på ett antal intervjuer med landstingets personal samt med personal från de två stadsdelarna. Även Botkyrka, Järfälla och Österåkers kommuner ingick i revisionsprojektet och personal från dessa kommuner har intervjuats. Sammanlagt har ett 50-tal intervjuer genomförts.

De intervjuade anser att samarbetet mellan Vantörs stadsdelsnämnd och landstingets lokala enheter har blivit bättre och effektivare under senare år. Samtidigt finns behov av fortsatta utvecklingsinsatser. Bland annat finns svagheter i den gemensamma vårdplaneringen samt i uppföljningen av missbruksvårdens resultat och nytta. Missbrukssektionens pågående utveckling av metoder för uppföljning och utvärdering är angelägen.

Vi revisorer instämmer i revisionskontorets slutsatser och bedömningar och överlämnar rapporten för yttrande senast den 20 december 2005. Om nämnden så önskar kan vi dessförinnan komma till ett nämndsammanträde för information och dialog om rapporten.

Joen Lagerberg
Ordförande i revisorsgrupp 4

Kopia till
Stadsdelsdirektör Monika Viklander

Samverkan i vården av tyngre missbrukare

Granskning av stadsdelsnämnderna Kistas och Vantörs samverkan med landstingets lokala vård av tunga missbrukare

Inledning

Rehabilitering av missbrukare förutsätter en nära samverkan mellan kommunernas socialtjänst och landstingens beroendevård, psykiatri, primärvård och tandvård. Sedan 1998 finns därför en policy om samverkan för missbrukarvård och specialiserad beroendevård i Stockholms län. Policyn är gemensam för länets kommuner och landstinget. Den gemensamma policyn har lagt grund för ett omfattande utvecklingsarbete lokalt i länets kommuner, stadens stadsdelsnämnder och bland berörda enheter inom landstinget.

Landstingsrevisorerna beslutade i sin revisionsplan för åren 2004 – 2006 att granska beroendevården. De genomförde under år 2004 en förstudie, varefter man bestämde att en granskning med patientperspektiv skulle göras inom tre till fyra geografiska områden. Inom dessa skulle granskningen inriktas på hur samverkan mellan kommunernas socialtjänst och landstingets enheter fungerar. Ett samarbete inleddes därför med revisorerna i Botkyrka, Järfälla och Österåkers kommuner samt med revisorerna i Stockholms stad avseende Kista och Vantörs stadsdelsnämnder.

Granskningen av Kista och Vantörs stadsdelsnämnders samverkan med landstinget har genomförts med hjälp av konsult.

Föreliggande rapport från den genomförda granskningen inleds med ett avsnitt som revisionskontoret svarar för. Där redovisas iakttagelser som bedöms gälla mer eller mindre generellt i staden. Därefter följer en rapportdel i vilken konsulten redovisar iakttagelserna från de två stadsdelarna var för sig. Landstingsrevisorernas egen rapport från granskningen biläggs.

En översyn av missbrukspolicyn från 1998 har inletts med medverkan från Kommunförbundet Stockholms län (KSL), landstinget och Stockholms socialtjänstförvaltning. Eftersom den bara påbörjats har den inte påverkat granskningen eller innehållet i denna rapport.

Granskningens upplägg och begränsningar

Granskningen har omfattat de tre ovan nämnda kommunerna, Kista och Vantörs stadsdelsnämnder samt dessa kommuners och stadsdelsnämnders samarbetspartners inom landstinget. Den har således haft karaktären av bred kartläggning. Slutsatser och rekommendationer bygger på ett 50-tal intervjuer med kommunernas och landstingets personal. Intervjuerna genomfördes under två dagar i september och speglar de intervjuades syn på hur samverkan fungerar. Revisionskontorets och konsultens redogörelser och slutsatser i rapporten vilar således inte på insamlade fakta utan på vad de intervjuade anser.

Granskningen har omfattat ett antal faktorer som bedömts som kritiska för att samverkan mellan landsting och kommun kring tunga missbrukare ska innebära en effektiv rehabiliteringsprocess. Med dessa faktorer som grund har de sex revisionsfrågor formulerats som återges i inledningsavsnittet i konsultens rapportdel. Samma revisionsfrågor återfinns i landstingsrevisorernas rapport (se bilagan).

Samverkan har förbättrats

Inledningsvis bör anmärkas att de intervjuade över lag anser att omhändertagandet av missbrukarna blivit bättre och effektivare under senare år. Det gäller både de som arbetar inom lokalintegrerade missbruksenheter och de som arbetar inom Vantörs missbrukssektion som inte har gemensamma lokaler med den beroendevård som bedrivs genom landstingets försorg. För närvarande har det inte genomförts någon mer systematisk utvärdering av effekterna av samverkansöverenskommelsen. Således saknas faktagrund för dessa uppfattningar om en positiv utveckling. De intervjuade representerar emellertid omfattande kunskap och erfarenhet. De positiva inställningar som intervjuerna speglar bör därför utgöra grund för ett fortsatt utvecklingsarbete.

Alla enheter bidrar inte till rehabilitering

Som framgår av rapporterna från stadsdelarna och från landstinget har omhändertagandet av de tunga missbrukarna i stort sett koncentrerats till beroendemottagningarna eller i Vantörs stadsdelsförvaltning till samarbetet mellan missbrukssektionen och Maria Beroendecentrum AB. Det verkar inte finnas någon oenighet mellan dessa två parter – beroendevården och missbruksenheterna - om vilka som ska bli föremål för deras samlade vård och omsorg även om det exempelvis inte har gjorts någon gemensam kartläggning av gruppen inom Kista stadsdelsområde.

En viss osäkerhet har emellertid kunnat iakttas vad gäller övriga möjliga samarbetsparter såväl inom landstinget som inom stadsdelsnämnderna såsom att delar av socialpsykiatrin anser sig i alltför få fall behöva komma överens om regelmässig samverkan kring tunga missbrukare. Det finns som exempel vissa oklarheter mellan Vantörs missbrukssektion och Jour- och öppenvårdsmottagningen Årsta-Vantör kring vad som är gemensamma klienter. Det finns även viss oenighet mellan Jour- och öppenvårdsmottagningen och landstingets socialpsykiatriska enhet om vilka patienter som är gemensamma. Av intervjumaterialet får man istället intrycket att en del enheter gärna skjuter över hela ansvaret på missbruksenheterna respektive beroendevården inom landstinget. Denna inställning kan skapa luckor det långsiktiga arbetet.

Revisionskontoret bedömer att det finns en risk för att missbruksenheterna och beroendevården lägger alltför stor tyngd vid sin ömsesidiga samverkan och därmed tappar en del av samarbetet med övriga delar av förvaltningarnas individ- och familjeomsorg (IFO) – t ex ekonomiskt bistånd eller socialpsykiatrin. Stadsdelsdirektören och chefen för IFO bör bevaka att samtliga förvaltningens enheter bidrar till missbrukarnas rehabilitering.

Revisionskontoret vill särskilt peka på risken för att psykiskt störda missbrukare, som inte får psykisk sjukdom som diagnos av läkare, kommer att få bristande stöd såväl av allmänpsykiatrin inom vården som av socialpsykiatrin inom stadsdelarna.

Det finns problem i samverkan att lösa

Av rapporterna som följer framgår att samverkan för närvarande fungerar väl. Den är emellertid beroende av lokala nätverk och personliga relationer. Av de granskade stadsdelarna och kommunerna är det endast Vantörs stadsdelsnämnd som med sina samverkansparter på landstingsområdet har tecknat lokala överenskommelser och avtal som reglerar ansvarsfördelningen. När den gemensamma policyn antogs 1998 förutsattes att den skulle brytas ner i lokala avtal och överenskommelser. En avtalslös samverkan är känslig för personförändringar och det finns risk för avbrott. Vid intervjuerna har också vissa oklarheter på ledningsnivå påpekats eller kunnat utläsas. Frågan om chefskap, ledning och styrning är exempelvis inte reglerad fullt ut. Frågan om parternas ansvar för och åtkomst till dokumentation och patientinformation är inte heller löst och inte heller frågan om landstingets patientavgifter.

Enligt ett ärende i Socialtjänstnämnden i augusti i år där översynen av 1998 års missbrukspolicy anmäldes kommer flera av dessa frågor tas upp till övervägande. Bland annat avser nämnden utarbeta förslag till mallar för lokala avtal. Revisionskontoret välkomnar dessa inslag i översynen. Samtidigt måste poängteras att policyn gäller samverkan mellan kommun och landsting. En översyn av stadens och nämndernas interna samarbete måste vara nästa steg i utvecklingen. Revisionskontoret vill peka på behovet av att IFO-enheternas olika roller och IFO:s samlade ansvar klargörs. Inom Landstingets ansvarområde bör allmänpsykiatrins och primärvårdens roller klargöras.

En individuell plan för rehabilitering måste användas

Tidigare har betydelsen av samverkan mellan alla berörda parter för att rehabilitera en missbrukare poängterats. Därutöver måste det långa tålmodiga arbete som krävs av inte minst missbrukaren själv uppmärksammas. Vid intervjuerna i Kista stadsdelsförvaltning har det framkommit att vårdplaner, arbetsplaner och behandlingsplaner inte tillämpas konsekvent. Revisionskontoret vill därför påpeka att stadens riktlinjer för verksamheten anger att en arbetsplan bör upprättas för de missbrukare som accepterar insatser för rehabilitering. Planen som bör upprättas gemensamt av berörda parter bör omfatta både medicinsk vård och behandling genom socialtjänsten försorg. Planen bör även omfatta social rehabilitering i form av sysselsättning och boende. Vidare bör planen innefatta åtgärder som ska vidtas vid återfall.

Vård- och omsorgsresurser är i huvudsak tillgängliga för missbrukarna

Landstingets och kommunens intervjuade personal har samtliga hävdade att resurser för avgiftning, social och medicinsk utredning, behandling m m finns tillgängliga när de behövs. Jourläkare för insatser enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), neuropsykologiska utredningar samt anpassat boende utgör

undantag – och en bättre tillgänglighet efterlyses. Det är viktigt att komma ihåg att missbrukarna själva kan ha en annan uppfattning vad beträffar exempelvis möjligheten att snabbt bli avgiftad. Det har också antytts av en av de intervjuade företrädarna för brukarorganisationerna.

Uppföljning och utvärdering har saknats

Som inledningsvis anmärkts så har ännu ingen samlad uppföljning och utvärdering gjord av effekterna av 1998 års policy gjord. Det går därför inte att avgöra om integreringen lokalt av socialtjänstens missbrukarvård och landstinget beroendevård medfört att fler missbrukare blivit rehabiliterade till samma eller lägre kostnad än tidigare. Kostnaderna har minskat men det finns ingen samlad information om antalet rehabiliterade. Särskilt anmärkningsvärt är att de samverkande enheter som övergått till avgiftning i öppenvård avstått från att registrera antalet avgiftade i denna vårdform. Ändå upplever de intervjuade att de tar hand om missbrukarna på ett effektivare sätt än tidigare. Andra faktorer som övergång till öppenvård eller nya medicinska eller sociala behandlingsmetoder kan emellertid ha haft minst lika stor betydelse för att de intervjuade upplever effektivitetsvinster.

Revisionskontoret vill framhålla vikten av att kommunstyrelsen med stöd av socialtjänstnämnden snarast skapar instrument för uppföljning och utvärdering och också utnyttjar dem. Ett samarbete härvidlag med landstinget och KSL kan vara fördelaktigt.

Sammanfattningsvis välkomnar revisionskontoret översynen av policyn från 1998 och arbetet med att utarbeta förslag till mallar för lokala avtal. Det måste emellertid poängteras att en översyn av stadens och nämndernas interna samarbete måste vara nästa steg i utvecklingen. Det finns ett behov av att IFO-enheternas olika roller och IFO:s samlade ansvar klargörs. Revisionskontoret bedömer att det för närvarande finns en risk för att missbruksenheterna och beroendevården lägger alltför stor tyngd vid sin ömsesidiga samverkan och därmed tappar en del av samarbetet med övriga delar av förvaltningarna. Stadsdelsdirektören och chefen för IFO bör bevaka att samtliga förvaltningens enheter bidrar till missbrukarnas rehabilitering.

Revisionskontoret vill vidare framhålla vikten av att kommunstyrelsen med stöd av socialtjänstnämnden snarast skapar instrument för uppföljning och utvärdering av effekterna av samverkan och också utnyttjar dem.

Revisionskontoret vill även understryka att stadens riktlinjer för verksamheten anger att en arbetsplan bör upprättas för de missbrukare som accepterar insatser för rehabilitering. Planen som bör upprättas gemensamt av berörda parter bör omfatta medicinsk vård, behandling genom socialtjänsten försorg samt social rehabilitering i form av sysselsättning och boende. Vidare bör planen innefatta åtgärder som ska vidtas vid återfall.

Folke Strömberg
1:e revisor

Öhrlings

PRICEWATERHOUSECOOPERS 

K O M M R E V

Granskning av samverkan i vården av tyngre missbrukare i Stockholms stad

Vantör och Kista stadsdelsnämnder

Oktober 2005

Bengt Fornander

Lars Högberg

Innehållsförteckning

1. Bakgrund och uppdrag.....	3
2. Vantör stadsdelsnämnd	4
2.1 Sammanfattning.....	4
2.2 Organisation	5
2.3 Resultat av granskningen.....	6
2.4 Gemensam uppfattning om målgruppen tyngre missbrukare.....	6
2.4.1 Policy och avtal	6
2.4.2 Målgrupp	7
2.5 Tydlig struktur/organisation för samverkan	7
2.6 Ansvarsfördelningen.....	8
2.7 Tillgängligheten.....	9
2.8 Effektivitet.....	10
3. Kista stadsdelsnämnd.....	10
3.1 Sammanfattning.....	10
3.2 Organisering	11
3.3 Resultat av granskningen.....	12
3.4 Gemensam uppfattning och målgruppen tyngre missbrukare	12
3.4.1 Policy och avtal	12
3.4.2 Målgruppen	13
3.5 Tydlig struktur/organisation för samverkan	13
3.6 Effektiv vård.....	14
3.7 Långsiktighet i arbetet	15

1. Bakgrund och uppdrag

Det finns en för Stockholms läns landsting och länets kommuner gemensam policy från 1998 om att missbruksvården ska integreras och samordnas mellan socialtjänsten, primärvården och psykiatrin. Lokala integrerade enheter ska inrättas för stadsdelen eller vara gemensam för flera stadsdelar. Policyn antogs av Stockholms kommunfullmäktige i juni 1998.

Stockholms stads revisorer har beslutat granska resultatet och effekterna av den lokala missbruks-/beroendevårdens samordning och integration. Granskningen har genomförts i samarbete mellan Stockholms stads revisionskontor, Stockholms läns landstings revisionskontor samt revisionen i några av länets kommuner. Granskningen har omfattat stadsdelarna Kista och Vantör inom Stockholms kommun, Botkyrka, Järfälla och Österåkers kommuner samt landstingets beroendevård inom berörda stadsdelar och kommuner.

Syftet med granskningen har varit att belysa om det finns en strukturerad samverkan kring tyngre missbrukare mellan de enheter hos landstinget och staden som behöver samverka för att den enskilda ska få ”rätt” vård och stöd.

För att uppnå syftet har granskningen omfattat följande revisionsfrågor:

- Har man en gemensam uppfattning om målgruppen tyngre missbrukare kring vilka man ska samverka. Vilka är de och hur många?
- Finns en tydlig struktur/organisation för samverkan? Finns ett strukturerat arbetssätt för hur man ska bestämma vilka insatser som ska göras och hur de ska göras? Fungerar informationsutbytet och dokumentationen?
- Är ansvarsfördelningen klar eller finns det oklarheter i förhållande till andra aktörer? Finns problem – vad är orsaken? Ser ni någon lösning på problemen? Hur uppfattar de intervjuade att samverkanspartners sköter sina respektive delar av uppdraget?
- Anser de intervjuade att vård och omsorgsresurser finns tillgängliga när de behövs t ex läkare när så krävs, avgiftningsplatser, boende mm?
- Anser de intervjuade att arbetssättet stödjer det långsiktiga arbetet som krävs för klientens rehabilitering?
- Uppfattar de intervjuade att vården bedrivs effektivt? Har inrättandet av lokal integrerade beroendevård bidragit till en effektivare rehabiliteringsprocess?

Stockholms stad och Stockholms läns landsting har ett gemensamt ansvar för vård och behandling av personer med missbruksproblem. Landstinget har ansvar för den medicinska vården och bedriver behandlingsprogram för särskilda grupper av missbrukare.

Efter att den gemensamma policyn för missbruksvården fastställts påbörjades arbetet med att etablera och bygga upp samverkansformerna mellan landstingets beroendevård och stadsdelarnas enheter och resurser inom missbruksvården.

Samarbetet och formerna för samverkan bygger på följande policy- och avtalsdokument:

- Gemensam policy för länets missbruksvård och specialiserade beroendevård.
- Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och Stockholms stad om samverkan kring personer med psykiakt funktionshinder och/eller beroendeproblematik.

2. Vantör stadsdelsnämnd

2.1 Sammanfattning

De som är verksamma inom missbruksvårdens olika funktioner har en gemensam uppfattning om att den lokala vården av missbrukare är effektiv och i huvudsak fungerar på ett bra sätt. För den praktiska och löpande verksamheten finns en känd och fungerande struktur för samverkande insatser till missbrukarna. Arbetsformerna och innehållet har utvecklats successivt. För stadsdelen Vantör var det nödvändigt med överenskommelser och tydliga lokala avtal eftersom en integrering av vården inte byggde på en lokalmässig samordning av insatserna. Utifrån det formella och dokumenterade regelsystemen har de praktiska arbetet utvecklats och bygger i hög grad på upparbetade relationer dels mellan enskilda i ledningsfunktionerna för respektive kompetensområde dels mellan olika utförare i det löpande arbetet.

Vården är främst uppbyggd kring ett antal nyckelfunktioner. De är främst missbrukssektionen, Maria Beroendecentrum och i viss utsträckning landstingets socialpsykiatriska enhet.

Jour- och öppenvårdsmottagning Årsta-Vantör och i ännu högre grad primärvården är relativt perifera funktioner i den lokala beroendevården. Målgruppen tyngre missbrukare uppfattas inte som en gemensam målgrupp.

Avtal och gällande överenskommelser är kända bland dem som är verksamma inom missbruksvårdens nyckelfunktioner. Ett uttryck för att den lokala vården inom Vantör har utvecklats väl och kommit långt är det faktum att de formella styrdokumenterna har lite betydelse i det löpande vardagsarbetet och att det är i verksamheten som det faktiska samarbetet får sitt innehåll. Det innebär att det skapats personliga nätverk mellan olika funktioner med kunskap om varandras kompetenser och med en samsyn om den gemensamma målgruppen. Det innebär bland annat att betydelsen av tidigare former för samverkan har tonats ned och att samarbetet idag är inriktat på att jobba tillsammans i den löpande verksamheten med ärenden/patienter inom målgruppen tyngre missbrukare.

Det finns anledning att värna om fortsatt inriktning, uthållighet och kontinuitet i processen kring missbruksvårdens utveckling och förnyelse. I detta sammanhang finns anledning att understryka att verksamheten i Vantör är ett bra exempel på att vård av missbrukare kan integreras utan att behöva vara lokalmässigt samlokaliserad och utan att verksamhetsansvaret samlas hos en verksamhetsansvarig.

Med några undantag är befintliga verksamheter tillgängliga för den lokala vården av missbrukare när behov uppstår. Det finns dock insatser som saknas eller som är otillräckliga och därför inte är tillgängliga för att kunna hantera delar av målgruppens problem. En långsiktig utveckling av den lokala vården kräver strategier och planering för att möta omvärldens förändringar och krav. En svaghet är bristerna i den gemensamma vårdplaneringen och uppföljningen av missbruksvårdens resultat och nytta. Det saknas underlag för att bely-

sa det samlade resultatet och i grund om gemensamma metoder och rutiner för arbetsplanering och dokumentationen i det löpande klient/patientarbetet.

2.2 Organisation

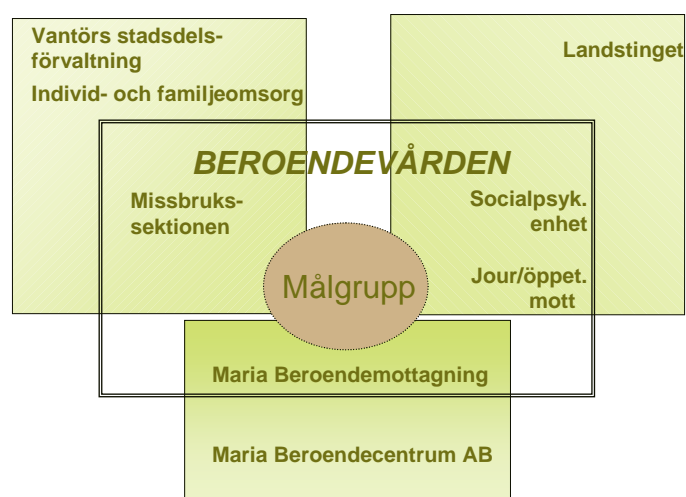
Stadsdelens arbetsformer för den integrerade lokala vården av missbrukare skiljer sig från andra stadsdelar genom att verksamheterna inte är lokalmässigt integrerade. Stadsdelen har ett avtal med Maria Beroendecentrum AB (MBAB) om beroendevårdsinsatser. Inom stadsdelsområdet samarbetar stadsdelsförvaltningens missbrukssektion, landstingets socialpsykiatriska enhet samt jour- och öppenvårdsmottagningen och MBAB med vård för tyngre missbrukare.

Samverkan är väl dokumenterad och samarbetet mellan berörda fungerar i huvudsak på ett bra sätt enligt samtliga intervjuade. Samarbetet är grundat på tydliga avtal/överenskommelser. Eftersom missbruksvårdens olika funktioner är lokalmässigt åtskilda har tydliga avtal haft en särskild betydelse. Samtliga intervjuade understryker att de formella överenskommelserna samspelar på ett bra sätt i ett fungerande samarbetsnätverk och med en samsyn på hur vården ska fungera.

Samverkan och formerna för samarbetet förstärks genom de lokala överenskommelser som gäller för stadsdelen Vantör. Dessa avtal är;

- Samverkansöverenskommelse mellan socialtjänsten i Vantör, MBAB och socialpsykiatri Årsta-Vantör.
- Samarbetsrutiner mellan MBAB och Psykiatri Södra

Den lokala beroendevårdens organisation och samverkansform kan illustreras på följande sätt:



2.3 Resultat av granskningen

Det beskrivna granskningsresultatet är en redovisning av den information och de uppgifter som kommit fram under intervjuerna. Intervjuer har genomförts med

- Läkare och samordnare hos MBAB
- Personal vid socialpsykiatriska enheten i Årsta – Vantör
- Personal vid Jour- och öppenvårdsmottagningen i Årsta – Vantör
- Distriktsläkare vid Högdalens vårdcentral
- Chef för stadsdelens individ- och familjeomsorg (IFO)
- Chef för stadsdelens missbruksenhet
- Missbrukssektionens samordnare
- En handläggare inom missbrukssektionen

Förutom intervjuerna bygger granskningsrapporten på olika dokument med betydelse för hur beroendevården är formad och fungerar.

2.4 Gemensam uppfattning om målgruppen tyngre missbrukare

2.4.1 Policy och avtal

Samtliga avtal mellan huvudmännen, överenskommelser mellan de lokala aktörerna och gällande samarbetsrutiner är kända och fungerar i huvudsak. Enligt intervjuerna reglerar avtalen samarbetet och rollfördelning främst mellan missbruksvården och MBAB men också till del med landstingets socialpsykiatriska enhet på ett bra sätt. Intrycket från intervjuerna är därför att avtalen är den formella garantin för en fungerande lokal vård av missbrukare där parterna inte är lokalmässigt samlokaliserade.

Avtalen har delvis olika betydelse för den löpande verksamheten hos de olika aktörerna. För MBAB är avtalen väl kända och funktionella i det löpande vardagsarbetet. Inom stadsdelsförvaltningens IFO/missbrukssektion är avtalen kända och funktionella för ledningsfunktionen på olika nivåer. Samverkansdokumenten har dock mindre betydelse för handläggarna i det löpande arbetet. Inom missbrukssektionen finns uppfattningar om att avtalen inte alltid följs och att det finns utrymme för att göra olika tolkningar om vem som har ansvar för vad. Psykiatrin känner till avtalen men anser att det inte har någon stor betydelse för det löpande samarbetet. Primärvården omfattas inte och känner inte till vilka avtal som gäller för vården av missbrukare.

2.4.2 Målgrupp

Missbruksvårdens samverkanspartners uppger samtliga att de är överens om vad som är den gemensamma målgruppen tyngre missbrukare. En genomgående uppfattning är att samsynen om den gemensamma målgruppen har stärkts genom det lokala samarbetet. Samtidigt är uppfattningen inom både landstinget lokala psykiatrienheter och missbrukssektionen att den positiva utvecklingen av samarbetet inte bara beror på formella överenskommelser och avtal. Det handlar också om att de personliga nätverken har stärkts genom bättre kunskap om varandras kompetens och funktioner, större kontinuitet i samarbetet och en samsyn om att målgruppens problem är ett gemensamt problem.

MBAB säger att den gemensamma målgruppen handlar om ca 20 personer inom Vantör. Målgruppen är rörlig men få är hemlösa. Många lever dock under hotet att bli av med sin bostad. Vantörs missbrukssektion har löpande 150-200 missbruksärenden. Den gemensamma gruppen är således förhållandevis liten.

Missbrukssektionen uppger att målgruppen tyngre missbrukare ökar. Tidigare oklarheter om ansvarsfördelningen har förbättrats. Missbruksenheten handlägger de skubbeldiagnoserna medan stadsdelsnämndens socialpsykiatrienhet tar hand om övriga psykoser. Däremot finns vissa oklarheter om vad som är den gemensamma målgruppen tillsammans med jour- och öppenvårdsmottagningen. Det behövs bättre kontakter och kommunikation med jour- och öppenvården eftersom de inte vet om att dom har klienter/patienter som är gemensamma med missbrukssektionen.

Landstingets psykiatri säger att tidigare diskussioner om huruvida primärorsaken var missbruk eller psykiatri i stort har försvunnit. Inställningen kännetecknas av att beroendevårdens samverkanspartners har ett gemensamt problem att lösa. Psykiatrin anser att det är svårt bedöma hur stor den gemensamma målgruppen är men att det rör sig om mellan 30 och 50 personer. Även landstingets socialpsykiatriska enhet påpekar att Jour- och öppenvården slussar över patienter dit och säger att man inte har gemensam målgrupp bland tyngre missbrukare. Argumentet är att man inte behandlar patienter förrän de varit fria från missbruk minst i ett år.

Primärvården uppfattar att målgruppen tyngre missbrukare är svårmotiverad och att de sällan söker vård på vårdcentralen.

2.5 Tydlig struktur/organisation för samverkan

Organisationen för missbruks- och beroendevård i Vantörs stadsdelsnämnd omfattar kommunens missbrukssektion, landstingets socialpsykiatriska enhet samt MBAB. Som redovisats är den lokala beroendevården i Vantör inte samlokaliserad. Insatserna bedrivs på olika platser inom stadsdelen och på beroendemottagningen. Samordningen av stadsdelens missbruksvård bygger på avtal mellan parterna. Avtalen och en ökad samsyn om den gemensamma målgruppen i det löpande arbetet har utvecklat arbetssättet för hur vården av missbrukare bedrivs i stadsdelen. Förutsättningarna för den lokala vårdens utformning i Vantör har gjort att missbrukssektionen kommit att fungera som missbruksvårdens nav.

MBAB säger samarbetet mellan beroendevården och Psykiatri Söder fungerar på ett bra sätt.

Verksamhetsledningen hos berörda samverkansparter träffas två gånger om året för att diskutera och hantera aktuella samverkanfrågor. Avvikelser från gällande överenskommelser tas upp löpande. Det lokala samverkansavtalet omprövas och justeras en gång om året.

Missbruksenheten har tillgång till läkarkonsult från beroendemottagningen en halv dag i veckan för personalkonsultation och patienter. Avtalet säger att den lokala missbruksvården i Vantör förfogar över 10 läkartimmar/veckan. Det är en väl fungerande arbetsform för beroendevård anser missbrukssektionen och MBAB.

Det finns blanketter för samverkansparternas gemensamma vårdplanering. Patienten medverkar i den gemensamma vårdplanering. MBAB anser att denna form av vårdplanering fungerar. Problemet för MBAB är att stadsdelarna har olika struktur och rutiner samt att dokumentationsprocessen försvåras genom att MBAB inte har tillgång till landstingets VISS-system.

IFO/Missbrukssektionen säger att beroendevårdens samverkansstruktur i Vantör har utvecklats på ett bra sätt och medverkat till att det gemensamma ansvaret för målgruppen tyngre missbrukare har stärkts. Tidigare skilda uppfattningar om vilken som hade ansvar för målgruppens olika problem har minskat genom en ökad samsyn om det gemensamma ansvaret för Vantörs stadsdelsnämnds tyngre missbrukare. Beteendet kan dock fortfarande dyka upp ibland. När det sker handlar det främst om brister i kommunikationen och de personliga nätverken på verksamhetsnivån och inte om formella avtal/överenskommelser.

”Vantörsmodellen” uppges vara en väl fungerande integration av den lokala vården av missbrukare utan en lokalmässig samordning av verksamheten. Formerna har mognat fram och förbättras underhand för att passa målgruppen i stadsdelen.

Valfriheten gör att patienten ibland väljer Beroendecentrum Stockholm som Vantör saknar avtal med. Andra behandlingsplaner och rutiner kan då försvåra arbetet för missbrukssektionen.

Landstingets socialpsykiatriska enhet anser att kunskapen om varandras kompetens och funktioner gör att samarbetet och ansvaret för målgruppen tyngre missbrukare fungerar bra på verksamhetsnivån. Genom att stärka kontaktnätet skulle samarbetet på verksamhetsnivån kunna utvecklas ytterligare.

Inom landstingets socialpsykiatri och missbrukssektionen uppger man att de strukturerade konferenserna och mötena om samarbetet har minskat. Istället tar man i ökad utsträckning kontakt och träffas när det behövs kring gemensamma klienter/patienter.

Olikheter i samverkansparternas planerings- och dokumentationsprocesser medverkar till brister i underlag för uppföljning och resultatvärderingar av missbruksvården. Struktur och verksamhetsmått för uppföljning av vården saknas. Missbrukssektionen har uppmärksammat denna brist och arbetar med att genomföra ett utvärderingssystem som kallas ”Integrerad utvärdering”.

2.6 Ansvarsfördelningen

En genomgående uppfattning är att fördelningen av ansvaret för den lokala vården av missbrukare fungerar och utvecklas i rätt riktning. Överenskommelser och avtal är ett bra regelverk och stöd för ansvarsfördelningen i den dagliga verksamheten.

I alla intervjuer framhålls att ansvarsfördelningen måste utvecklas i en samspelande process mellan ett tydligt regelverk och det personliga nätverk som arbetar med rehabilitering av missbrukare. Det räcker inte med överenskommelser och avtal om det inte finns personkännedom och samsyn inom de nätverk som ska sam-

arbeta. Samtliga är överens om att samarbetet har utvecklats på rätt sätt i balans mellan det formella regelverket och de informella processerna.

MBAB har inget förebyggande uppdrag och behandlar inte patienter som tas omhand enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

MBAB menar att tidigare problem med ansvarsfördelningen mellan dem och landstingets psykiatri inte finns kvar. Samtidigt säger missbrukssektionen att ansvarsfördelningen mellan beroendevården och psykiatrin inte alltid fungerar, även om det blivit bättre. Inom missbrukssektionen anser man att problemen med ansvarsfördelningen inom en integrerad missbruksvård främst finns på ledningsnivå. Landstingets psykiatrienhet uttrycker liknande uppfattning med att det finns vissa problem med att praktisera ansvarsfördelningen då olika krav ställs i skilda lagar och villkoren är bestämda långt från verksamhetsnivån.

Ansvarsfördelningen mellan missbrukssektionen och landstingets jour- och öppenvårdsmottagning har vissa brister främst beroende på olika uppfattningar om den gemensamma målgruppen.

2.7 Tillgängligheten

Alla är överens om att beroendevårdens avgiftningsresurser är tillräckliga och tillgängliga i förhållande till efterfrågat behov.

Missbrukssektionen påpekar att det ibland är svårt att initiera ärenden/patienter hos landstingspsykiatrin. Har patienten väl fått den inledande kontakten fungerar det och psykiatriinsatserna är sedan tillgängliga.

Missbrukssektionen menar att samspelet med Jour- och öppenvårdsmottagningen inte handlar om tillgänglighet utan snarare om hur målgruppen definieras. Tillgängligheten kan ofta skapas genom direktkontakt med överläkare och chef på Jour- och öppenvårdsmottagningen.

Distriktssköterskorna är tillgängliga vid behov fast dom inte är med i det löpande samverkansarbetet.

Enligt missbrukssektionen brister tillgängligheten till neuropsykologiska utredningar. Kön till utredning är lång, ofta omkring ett år. Det är brist på gruppboende för s k dubbeldiagnoser. Den lokala psykiatrin är inte alltid tillgänglig och tillräckligt flexibel vid akuta behov. Eftervårdsinsatserna är inte alltid tillräckliga och det är svårt att göra gemensamma vårdplaner.

Missbrukssektionen efterlyser konkreta samverkansprojekt samt gemensam kompetensutveckling tillsammans med landstingets psykiatri kring psykiskt störda missbrukare.

Från missbrukssektionen understryker man att ständiga organisationsförändringar inom kommunen och landstinget motverkar samverkansutvecklingen och kontinuiteten i processen.

Landstingets socialpsykiatri anser att kommunen har skurit ned på sina behandlingshemsplatser. Långsiktiga insatser blir allt mindre tillgängliga. Kortsiktiga lösningar används istället som ger sämre resultat och blir dyrare det långa loppet.

2.8 Effektivitet

Den gemensamma uppfattningen som förmedlas under intervjuerna är att den lokalt samordnade vården har gjort verksamheten effektivare. Verksamhetens form och utveckling har genom samverkan skapat en rationellare användning av de samlade resurserna. Samverkan medverkar till ett effektivare verksamhetsinnehåll som minskar trycket på akutvården.

Flera nya terapeutiska metoder har gjorts tillgängliga och används idag. Dessa metoder ökar möjligheten att följa och utvärdera den integrerade beroendevårdens effekter på och nytta för den enskilda patienten/klienten.

Patienternas delaktighet gör den lokala missbruksvården effektivare och sannolikt mera ändamålsenlig i strävan att nå önskat resultat på kort och lång sikt.

Den lokala missbruksvårdens integrerade arbetssätt ökar möjligheten till rehabilitering.

Effekter och resultat av det integrerade arbetssätt måste dock kunna följas upp och värderas för att ge underlag för verksamhetens fortsatta inriktning. Verksamhetsmått samt kontinuerliga och strukturerade uppföljningsmetoder behövs för att verkliga effekter och nytta ska kunna bedömas.

3. Kista stadsdelsnämnd

3.1 Sammanfattning

Vården av missbrukare uppfattas sammantaget som effektiv och bra av de som intervjuats i denna granskning. Det finns i det praktiska och vardagliga arbetet en fungerande struktur för samverkan och samarbete kring de insatser till missbrukare som genomförs. Arbetet har successivt utvecklats och bygger idag på uppbyggda relationer och förtroende mellan respektive kompetensområdets ledningsfunktioner. Vården är emellertid uppbyggd och centrerad kring ett antal nyckelpersoner vilket är en riskfaktor då det gör arbetet skört och känsligt vid personella förändringar.

Den 1998 fastställda policyn är olika känd bland de parter som denna granskning har omfattat. Det gäller även den överenskommelse som träffats tidigare i år rörande personer med psykiska funktionshinder och/eller beroendeproblematik. De är okända inom landstingets allmänpsykiatri och primärvården. Båda dessa kompetensområden har en mera perifer roll i det direkta arbetet som riktar sig till målgruppen tyngre missbrukare. Inom den lokala beroendevården och stadsdelens missbruksvård är styrdokumentet väl kända och har fungerat som utgångspunkt för det lokala missbruksvårdsarbetets uppbyggnad och dess nuvarande inriktning. Den fastställda policyn från 1998 har inte varit föremål för någon nedbrytning i lokalt avtal eller andra formaliserade överenskommelser mellan parterna. Bristen på lokala överenskommelser och den direkta koppling som finns till ett fåtal nyckelpersoner inom vården förstärker bedömningen av att detta är en riskfaktor.

Den lokala beroendevården och missbruksenheten är idag både nav och motor för arbetet och de insatser som genomförs till gruppen tyngre missbrukare. Genomförda organisationsförändringar inom stadsdelen har försvagat delar av vården och fördröjt ytterligare utveckling. Framför allt handlar det om den verksamhet och de insatser som är riktade till gruppen ungdomar eller unga vuxna som har missbruksproblem. De handläggare som tidigare arbetade med denna målgrupp har idag slutat sina anställningar i stadsdelen. Idag pågår

ett uppbyggnadsarbete inom en annan särskild enhet inom stadsdelens socialtjänst. Organisationsförändringen innebar också en samlokalisering av stadsdelens resurser inom socialpsykiatri med missbrukshandläggarna. Denna förändring har inte inneburit någon verksamhetsmässig integrering eller stärkt helhetssyn. Det har inte etablerats något samarbete mellan stadsdelens resurser som arbetar med målgruppen enskilda som har psykiska funktionshinder och/eller beroendeproblematik, den målgrupp som den tidigare i år träffade överenskommelse mellan huvudmännen särskilt fokuserar på.

För att kunna etablera ett långsiktigt arbete, skapa en funktionell roll och ansvarsfördelning mellan parterna samt stödja en målinriktad och effektiv vård är det nödvändigt att det arbetas fram gemensamma vårdplaner. Det finns sedan tidigare en framarbetad struktur och mall för denna typ av planer. Men detta har inte fått något egentligt eller tillräckligt genomslag och användning. Den planering som idag sker utgår ifrån ställningstaganden i gemensamma behandlingskonferenser där enskilda ärenden diskuteras, insatser planeras och följs upp. Det finns inte någon gemensam dokumentation från dessa konferenser, av ställningstaganden eller andra beslut om insatser. Den dokumentation som finns hanteras på olika sätt av huvudmännens parter i patientjournalen respektive i missbruksenhetens personakter. Nuvarande system och hantering förstärker ytterligare bilden av kritiska faktorer och känslighet inom missbruksvården genom koppling till enskilda nyckelpersoner, deras olika sätt att hantera dokumentationen samt olikheter i sättet att utreda och hantera behandlingsplaner.

I granskningen framkommer vidare uppgifter som visar att det inom socialtjänstens missbruksenhet finns stora variationer och olikheter när det gäller handläggningsprocess såväl när det gäller användning av utredningsmetoden ASI, Addiction Severity Index, samt hur utredningar i övrigt genomförs och kring användningen av behandlingsplaner. Uppgifterna visar att det finns avvikelser från övergripande fastställda beslut och riktlinjer som behöver uppmärksammas och åtgärdas. Uppgifterna tyder vidare på att ledningsfunktionen och den direkta arbetsledningen inom socialtjänstens missbruksvård inte har fungerat eller varit tillräckligt närvarande och tydlig under och efter organisationsförändringen. Ett annat exempel på vikten av en tydlig styrning och nära ledarskap finns även när det gäller samarbetsformer och hittillsvarande integrering mellan socialpsykiatri och missbrukshandläggarna.

3.2 Organisering

Efter det att 1998 års gemensamma policy för missbruksvården fastställdes påbörjades ett arbete med att bygga upp och etablera samverkansformer mellan landstingets beroendevård och stadsdelens enhet och resurser inom missbruksvården. Processen i uppbyggnadsarbetet drevs gemensamt och parallellt av den lokala beroendevårdens läkare och chefen för stadsdelens missbruksenhet.

Kännetecknade för arbete är:

- Samlokalisering av beroendemottagningen och socialtjänstens missbruksenhet
- Sammanhållning och integration av stadsdelens kompetenser för utredning, vård och behandling av målgruppen

Sammanhållning av handläggare som har inriktning mot vuxna samt handläggare med inriktning mot yngre vuxna, dvs åldersgruppen 17 – 25 år, i en gemensam arbetsgrupp samlokaliserad med beroendevården.

- Gemensamma behandlingskonferenser
- Successiv utveckling och förfining av samverkansarbetet.

Vid en senare omorganisation inom stadsdelen fördes handläggarna som var inriktade mot målgruppen ungdomar och unga vuxna missbrukare samman med den enhet som etablerades med inriktning mot barn, ungdom och familj. De handläggare som berördes av organisationsförändringen har alla slutat sina anställningar vid stadsdelsnämnden.

I samband med omorganisationen fördes stadsdelens resurser inom socialpsykiatri över och samman med missbruksenheten.

3.3 Resultat av granskningen

Intervjuer har genomförts med:

- Distriktsläkare vid Kista Vårdcentral
- Läkare vid Kista allmänpsykiatriska mottagning
- Läkare och sjuksköterska vid landstingets beroendemottagning i Kista
- Chef för stadsdelens individ- och familjeomsorg
- Chef för stadsdelens vuxenhet
- Tidigare verksamhetschef för missbruksenheten och socialpsykiatri
- Två handläggare vid missbruksenheten
- Samordnare för stadsdelens drogförebyggande arbete

Nedan följer en sammanställning av den information och uppgifter som framkommit vid intervjuerna.

3.4 Gemensam uppfattning och målgruppen tyngre missbrukare

3.4.1 Policy och avtal

Gällande policy och avtal mellan huvudmännen från 1998 och den i år fastställda överenskommelsen som rör personer med psykiska funktionshinder och/eller beroendeproblematik är olika kända och förankrade bland de parter som ingått i intervjuerna i denna granskning och deras respektive verksamheter.

Intervjuerna visar att fastställda och övergripande policys och avtal som rör beroende- och missbruksvården är okända inom primärvården och allmänpsykiatrin. Däremot är de kända inom den lokala beroendevården samt inom både ledning och handläggarenheten inom individ- och familjeomsorgen.

Det övergripande avtalet från 1998, det som gäller policy för länets missbrukarvård och den specialiserade beroendevården, har inte varit föremål för lokal nedbrytning i handlingsplaner utifrån de behov och förutsättningar som finns inom stadsdelen.

3.4.2 Målgruppen

Kunskapen om målgruppen varierar mellan huvudmännens olika lokala parter. Allmänpsykiatrin definierar inte gruppen missbrukare som sin primära målgrupp utifrån sitt verksamhetsuppdrag och har därför inga egentliga kunskaper om målgruppens lokala omfattning eller behov. Enskilda med någon form av missbruk remitteras vidare till Kista-teamet, den lokala beroendemottagningen. Även primärvården saknar kunskap och uppgifter om målgruppen som helhet för att kunna bedöma målgruppens omfattning och behov. Det handlar bland annat om att enskilda som har en omfattande narkotikaproblematik inte längre själva söker upp eller på annat sätt aktualiseras inom primärvården.

Inom den lokala beroendevården och missbruksenheten finns däremot en bättre kunskap om målgruppen och dess behov även om det samtidigt uppges att det finns mörkertal. Parterna har trots sin samlokalisering inte genomfört några gemensamma kartläggningar. I sitt verksamhetsuppdrag har beroendevården också olika råd- och stödkontakter. Det innebär att enskilda kan vara aktuella för insatser inom beroendevården utan att de samtidigt är aktuella eller kända inom socialtjänsten.

Från både beroendevården och socialtjänsten uppges att politiskt fastställda beslut och prioriteringar när det gäller grupperna yngre missbrukare (personer i åldersgruppen 17-25 år) och enskilda med så kallade dubbel-diagnoser har fått ett brett genomslag och har idag en hög prioritet inom den lokala beroende- och missbruksvården. Dock upplevs socialtjänstens gjorda organisationsförändring och inrättande av en särskild enhet för handläggning av barn- och ungdomsfrågor ha gjort att samarbetet och vården när det gäller yngre missbrukare har tappat fart.

3.5 Tydlig struktur/organisation för samverkan

Organisationen för missbruks- och beroendevården i Kista stadsdelsnämnd utgörs av landstingets beroendemottagning och kommunens missbruksenhet. Den lokala etablering som gjordes 1998, genom samlokalisering av resurser, och den uppbyggnadsprocess som då påbörjades är utgångspunkten och nav för det arbete som bedrivs. Den struktur för arbetet som successivt har utformats mellan parterna upplevs som väl fungerande och tydlig. Gjorda förändringar i stadens organisation, bl a vad gäller överföringen av handläggare med inriktning på ungdomar och unga vuxna, upplevs av landstingets beroendevård ha inneburit en kompetensförsvagning. Att de handläggare med inriktning mot ungdomar med missbruksproblematik som berördes av denna förändring också senare har slutat sina anställningar inom stadsdelen innebär att denna kompetens på det lokala planet måste byggas upp på nytt.

Landstingets resurser inom den öppna allmänpsykiatrin och primärvården har i det direkta lokala arbetet med tunga missbrukare en mera perifer roll och ansvar. Psykiatrin menar att det saknas förutsättningar och möjligheter att kunna arbeta med enskilda som befinner sig inne i ett aktivt missbruk. I ärenden där missbruk upptäcks eller misstänks sker, med den enskildes samtycke, en remittering till beroendevården alternativt en anmälan till socialtjänsten. Motsvarande förhållanden gäller inom primärvården. Vad som noteras ifrån pri-

märvården är att enskilda med omfattande och tydligt narkotikamissbruk inte finns aktuella inom deras verksamhetsuppdrag. Samtidigt lyfter landstingets parter som ingått i intervjuerna fram det lokala psykoteamet, Kista-rehab, som en viktig aktör med en väl fungerande verksamhet när det gäller enskilda missbrukare som också har psykiska funktionshinder.

Stadsdelsförvaltningens lokala organisation har under de senaste åren varit föremål för översyn och förändring. Den ursprungliga verksamheten med handläggare med specialiserad inriktning mot unga respektive vuxna personer har som ovan nämnts förändrats genom den sammanslagning som skedde genom att en särskild enhet för barn och ungdomar inrättades. Även byten av arbetsledare, och temporär lösning i avvaktan rekrytering och tillsättning, upplevs av missbruksenheten och beroendevården ha inneburit att verksamheten i sitt utvecklingsarbete i vissa delar ”har tappat fart”. Nya kontaktvägar och former för samarbete måste byggas upp. Granskningen visar även att stadens arbete med drogförebyggande arbete och den samordnare som finns anställd för dessa frågor inte har någon direkt koppling eller samverkan med missbruksenheten.

Den organisering och det arbetssätt som under tiden har utvecklats och som idag bedrivs i Kista är inte formaliserad. Den tidigare fastställda samverkanspolicyn mellan huvudmännen är utgångspunkt och grund för arbetet. Någon ytterligare nedbrytning av policyn i lokala avtal eller överenskommelser mellan huvudmännen har inte gjorts. Strukturen för samarbetet och de insatser som idag genomförs bygger på och präglas av att det inom stadsdelen sedan lång tid finns upparbetade relationer och ett förtroende mellan parterna. Flera av huvudmännens nyckel- och ledningspersoner har under en längre tid arbetat i stadsdelen. Detta uppges vara utgångspunkt för att arbetet också på ett flexibelt och smidigt sätt fungerar. Däremot upplevs stadsdelens inre organisatoriska förändringar ha inneburit vissa avbräck i arbetet. Förutom vad som redovisats när det gäller ungdomar upplevs också relationen med handläggare av ekonomiskt bistånd i vissa delar ha brister. Exempel som lyfts fram är att det i handläggningen av vissa ärenden inte finns tillräcklig helhetssyn och gemensam planering.

Samtidigt som ungdomshandläggarna lyftes från missbruksenheten fördes handläggarna inom socialpsykiatrin över och samman med missbruksenheten. Förändringen är mot bakgrund av den överenskommelse som tidigare i år har träffats mellan Stockholms stad och landstinget relevant. Överenskommelsen rör målgruppen enskilda med psykiska funktionshinder och/eller beroendeproblematik. Av de uppgifter som lämnats i denna granskning gällande samlokaliseringen av socialpsykiatrin och missbrukshandläggarna finns emellertid inget som visar att detta har resulterat i någon egentlig integration eller några andra gemensamma aktiviteter i arbetets planering, genomförande eller uppföljning för målgruppen tyngre missbrukare. Organisationsförändringen så här långt är mera en samlokalisering.

Det lokala arbetet mellan beroendevården och missbruksenheten utgår ifrån gemensamma behandlingskonferenser som genomförs varje vecka. Vid dessa planeras och följs det gemensamma arbetet upp i enskilda ärenden. Utöver detta har det över tiden utvecklats ett arbets- och förhållningssätt mellan huvudmännens handläggare med täta och löpande kontakter och avstämningar i enskilda ärenden vilket bidrar till att göra arbetet smidigt och målinriktat. I arbetet har det utvecklats en helhetssyn mellan parterna och där roll och ansvarsfördelning eller huvudmannagränser i praktiken har suddats ut. Enskilda som berörs av gemensamma insatser uppfattar parterna som en enhet.

3.6 Effektiv vård

Den övergripande och gemensamma bild som framkommer vid intervjuerna är att den lokala vården av missbrukare uppfattas som effektiv och funktionell.

Genom den roll- och ansvarsfördelning som har utvecklats över tiden har beroendemottagningen och stadsdelens missbruksenhet kommit att bli både nav och motor i den lokala vården. Den gemensamma uppbyggnadsprocessen, samlokaliseringen och det nära samarbete mellan beroendevården och socialtjänstens missbruksenhet som har utvecklats är faktorer som de vi intervjuat lyfter fram som grund för uppfattningen om att vården är effektiv.

Uppfattningen grundar sig också på att det mellan landstingets beroendevård och övriga resurser finns ett väl utvecklat kontaktnät, en personlig och professionell kännedom sedan flera år tillbaka. Även de parter som har en mera perifer roll i det direkta vårdarbetet menar att detta är förhållanden som är väsentliga och som underlättar att remittera enskilda till beroendemottagningen som har en hög servicenivå. Kontakt och informationskanalerna uppfattas som smidiga och enkla. Detta genomsyrar det praktiska arbetet.

Samtidigt lyfts ett antal områden fram där det finns ett behov av utvecklingsinsatser. Det handlar om:

- Mera differentierade mellanvårdformer

Framför allt handlar det om möjligheten till stödboenden inom området för att kunna undvika externa placeringar
- Social rehabilitering

Flera inom denna målgrupp behöver omfattande stöd kombinerat med träning i basal livsföring, adl (allmän daglig livsföring)
- Gemensamma utbildningsinsatser

Utbildningar där aktörer från samtliga parter kan medverka för att stärka helhetssynen och samarbetsformerna.

3.7 Långsiktighet i arbetet

För att kunna etablera ett långsiktigt arbete inom missbruksvården är det viktigt att det finns individuellt utformade och avvägda vårdplaner som tydliggör såväl mål och inriktning på vårdinsatsen samt roll och ansvarsfördelning mellan den enskilde och vårdgivarna. En vårdplan behöver arbetas fram i nära dialog med den enskilde och baseras på de uppgifter som framkommer i den utredning och biståndsbedömning som handläggaren inom socialtjänsten har skyldighet att genomföra.

Inom staden finns fastställda övergripande beslut och uppdrag om att utveckla och stärka socialtjänstens utredningsmetoder. I dessa betonas ett införande av utredningsmetoden ASI, Addiction Severity Index. Även Socialstyrelsen lyfter fram metoden i sina allmänna rekommendationer inom missbruksvården. En mera systematisk användning av ASI ska sörja för att det genomförs en grundligare och effektivare utredningsprocess och behovsbedömning. En allsidig och grundligt genomförd utredning är en viktig utgångspunkt för att en efterföljande plan för vårdinsatsen, enskilt eller samordnad mellan huvudmännens aktörer, ska kunna upprättas. Grundligt genomförda utredningar och att det finns upprättade vårdplaner är centrala delar för att kunna upprätta ett långsiktigt och målinriktat arbete.

Att ha genomfört en grundlig utredning samt ha tillgång till en gemensamt upprättad vårdplan är speciellt viktigt när flera olika parter eller huvudmän är engagerade i arbetet kring en enskild. I vårdplanen är det möjligt och även nödvändigt att tydliggöra roll och ansvarsfördelning mellan huvudmännens lokala parter. Roll- och ansvarsfördelningen mellan landstingets och stadens resurser lyfts i intervjuerna fram och uppfattas som tydlig och funktionell. Samtidigt framkom att ansvarsfördelningen i praktiken i vissa delar är överlappande. Det handlar, enligt vår bedömning, om att det genom den integrering som har etablerats och samlokaliseringen också finns ett gränsöverskridande agerande och arbete. Det handlar också om att det under och efter omorganisationen inom missbruksvården i Kista till viss del har saknats styrning och en tydlig ledning.

Vårdplanen är dessutom i förlängningen en viktig utgångspunkt för att de som upprättat planen senare ska kunna följa upp och utvärdera resultat och effekter.

Det finns sedan tidigare en framarbetad struktur och mall för gemensam vårdplan att användas i enskilda ärenden där bägge huvudmännen är engagerade. I granskningen framkom att dessa vårdplaner har fått ett otillräckligt genomslag och inte har någon praktisk användning. Granskningen visar också att användningen av arbets- eller behandlingsplaner inom socialtjänsten och handläggargruppen inte heller har fått något konsekvent och tillräckligt genomslag trots att stadens riktlinjer tydligt anger att dessa ska upprättas. En anledning till detta är att det mellan handläggarnas finns skillnader i uppfattningar om planernas funktion och nytta. Samma förhållande gäller användningen av utredningsmetoden ASI i det löpande arbetet. Intervjuerna visar även att det mellan handläggarna finns stora olikheter i hur utredningarna genomförs. Vi uppfattar att det därmed finns ojämnheter i utredningarnas kvalitet och ett allt för stort utrymme för enskilda handläggares tolkningar och sätt att genomföra handlägningsprocessen i förhållande till vad som är fastställt och framgår av stadens riktlinjer.

Granskningen indikerar att det finns behov av att genomföra utvecklingsinsatser samt att det behövs en tydligare styrning för att övergripande beslut och riktlinjer ska få nödvändigt genomslag. Detta är en grundförutsättning för att en stabilare struktur och långsiktighet i arbetet ska kunna utvecklas.

Projektrapport
Nr 8/2005

Samverkan kring vård/omvårdnad av tyngre missbrukare i Kista, Vantör, Botkyrka, Järfälla och Österåker

- ▶ Det finns en gemensam uppfattning mellan beroendevården och socialtjänsten om målgruppen kring vilken man ska samverka, men primärvården är inte involverad och även allmänpsykiatri är ofta "i utkant".
- ▶ Struktur och ansvarsfördelning för samverkan finns och verkar fungera, men den är personberoende. Samverkansavtal saknas i stor utsträckning.
- ▶ Ett långsiktigt arbete motverkas av brist på differentierat boende och sysselsättning, men även av omorganisationer.
- ▶ Utbyggnaden av den lokala beroendevården har enligt intervjupersonerna bidragit till en effektivare vård. Det saknas dock utvärderingar och nyckeltal och det går därför inte att bedöma effekterna av utbygganden.
- ▶ Landstingets beroendevård har tagit ett större samlat ansvar än vad den gemensamma policyn indikerar - vilken roll och vilka uppgifter ska psykiatri och primärvården egentligen ha när det gäller missbruksvård inom närsjukvården? Det är hög tid att utvärdera organisation och behandlingsresultat.

Sammanfattning

Det finns sedan 1998 en gemensam policy för länets missbrukarvård och specialiserad beroendevård. Den lokala hälso- och sjukvården, d.v.s. primärvården och allmänpsykiatrin, har tillsammans med beroendevården och socialtjänsten en viktig roll i missbrukarvården. Lokal samverkan betonas. Policyn är inte utvärderad, men Hälso- och sjukvårdsutskottet och Kommunförbundet i Stockholms län har i augusti 2005 beslutat göra en översyn.

Revisorerna inom Stockholms läns landsting, Botkyrka kommun, Järfälla kommun, Stockholm stad och Österåkers kommun har gemensamt genomfört en granskning av samverkan i vården/omvårdnaden av tyngre missbrukare inom berörda kommuner. Granskningen är baserad på intervjuer med i huvudsak personal och speglar personalens syn.

De fyra kommunernas revisionsrapporter biläggs, se bilagorna 1-4.

Av granskningen framgår att det i stora delar finns en gemensam uppfattning om målgruppen kring vilken man ska samverka. En allmän uppfattning är dock att missbrukarna inte kommer till vårdcentralerna vare sig för sitt missbruk eller för somatisk vård. Även allmänpsykiatrin är mer perifer i samverkansarbetet.

Lokala samverkansavtal saknas i stor utsträckning och de som finns täcker i allmänhet inte in psykiatrin och vårdcentralerna. De intervjuade personerna anser dock att det särskilt mellan socialtjänsten och beroendevården finns en tydlig struktur för samverkan och ansvarsfördelningen uppfattas i stora delar också som tydlig, men bygger mycket på personkontakter.

Ett långsiktigt arbete motverkas av brist på ett differentierat boende (olika typer av boende med stöd, s.k. lågtröskelboende) och sysselsättning. Ett mer systematiskt arbetssätt och en förbättrad uppföljning skulle också gynna det långsiktiga arbetet.

Generellt gäller att socialtjänsten och beroendemottagningarna anser att utbyggnaden av den lokala beroendevården bidragit till en effektivare vård. Utvärderingar saknas dock, liksom nyckeltal som belyser utvecklingen av insatserna och av behandlingsresultat och kostnader.

Revisionskontoret konstaterar att intervjupersoner i stora delar anser att samverkan fungerar bra, men enligt revisionskontoret inte enligt samverkanspolicyns intentioner. De lokala beroendemottagningarna som ingått i granskningen har tagit ett större ansvar för målgruppen än vad som framgår av policyn. En viktig fråga att ta ställning till i översynen av samverkanspolicyn är vilken roll primärvården och allmänpsykiatrin ska ha i samverkansarbetet.

Uppföljning och utvärdering av beroendevården behöver med nödvändighet utvecklas. Det är också hög tid att utvärdera såväl ledningsorganisation som resursanvändning, med fokus på problemlösning och behandlingsresultat.

Fakta

- ÅR 2003 BESÖKTE 18 500 PERSONER LÄNETS BEROENDEVÅRD, VILKET ÄR EN ÖKNING MED 53 % SEDAN 1997. SAMMANTAGET ERHÖLL 21 800 PERSONER BEHANDLINGSINSATSER INOM ÖPPEN OCH/ELLER SLUTENVÅRDEN, EN ÖKNING MED 41 % SEDAN 1997.
 - STOCKHOLMS LÄNS LANDSTINGS KOSTNADER FÖR BEROENDEVÅRDEN ÅR 2003 UPSKATTAS TILL 600 MKR. DET BÖR PÅPEKAS ATT DET FINNS EN GRÅZON MELLAN BEROENDEVÅRDEN OCH PSYKIATRIN. KOMMUNERNA UPSKATTAR SINA KOSTNADER TILL 600 MKR.
 - DEN GENOMSNITTLIGA KOSTNADEN FÖR KOMMUNERNA I LÄNET VAR 391 KRONOR PER INVÅNARE, MEN VARIERAR KRAFTIGT. INOM STOCKHOLMS STAD VAR KOSTNADEN 707 KR, INOM BOTKYRKA 466 KR, INOM JÄRFÄLLA 384 KR OCH INOM ÖSTERÅKER 161 KR (KÄLLA KSL).
- I BILAGORNA 1-4 FINNS YTTRELLIGARE FAKTA FÖR RESPEKTIVE STADSDEL OCH KOMMUN.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Syfte och metod	2
2. Ansvarsfördelning -gemensam policy för länets missbrukarvård... 3	3
2.1 Ansvarsfördelning	3
2.2 Gemensam policy för länets missbrukarvård och specialiserad beroendevård.....	4
3. Svar på revisionsfrågorna.....	6
3.1 Målgruppen kring vilken man ska samverka ...	6
3.2 Finns tydlig struktur/organisation/arbetssätt för samverkan?..	7
3.3 Upplevs ansvarsfördelningen som tydlig?	7
3.4 Finns resurser tillgängliga när de behövs? .	8
3.5 Stöder arbetssättet ett långsiktigt förhållningssätt?.....	8
3.6 Har utbyggnaden av den lokala beroendevården inneburit en effektivare missbruksvård?.....	9
4. Revisionskontorets synpunkter	9

Bilagorna 1-4 Kommunernas revisionsrapporter

Bilaga 1 Granskning av samverkan i vården av tyng-
re missbrukare i Stockholm stad

Bilaga 2 Botkyrka

Bilaga 3 Järfälla

Bilaga 4 Österåker

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Landstingsfullmäktige har i budget 2004 betonat vikten av en utveckling mot mer lokalt förankrad öppenvård, i samverkan mellan landstinget och kommunerna.

Landstinget och kommunerna har ett delat ansvar för vården/omvårdnaden av missbrukare. Problem med tillgängligheten till vården och med samverkan mellan huvudmän samt internt inom landstinget har lyfts fram i skilda sammanhang, liksom avsaknaden av redovisningar av behandlingsresultat.

Landstingsrevisorerna har i revisionsplanen för 2004-2006 beslutat att beroendevården bör granskas, bl. a. för att följa om beroendevårdens strukturförändringar fungerat som avsett. Landstingsrevisorerna genomförde 2004 en förstudie avseende organisation och styrning av beroendevården inom SLL. Som ett resultat av förstudien beslutade revisorerna att en granskning skulle göras inom tre/fyra geografiska stadsdelar och/eller kommuner, med ett patientperspektiv.

Även Stockholms stads revisorer genomförde år 2004 en granskning av missbrukarvården inom några socialdistrikt och konstaterade härvid bl.a. att stödet till missbrukarna måste bedrivas mer systematiskt.

Landstingsrevisorerna har i sin revisionsplan lyft fram att ökad samverkan i revisionen mellan landstinget och kommunerna i länet ska eftersträvas. Med anledning härav gick i januari 2005 en förfrågan ut till kommunerna om intresse av att samverka i revisionsprojekt. Stockholms kommun och kommunerna i Botkyrka, Järfälla och Österåker var intresserade av att samverka i revisionen avseende missbrukarvården.

1.2 Syfte och metod

Syftet med denna granskning är att utifrån ett antal kritiska frågeställningar ge en bild av hur de olika vårdgivarna uppfattar att samverkan i vården/omvårdnaden fungerar avseende tyngre missbrukare. Dessa missbrukare är i allmänhet i behov av flera olika insatser från båda huvudmännen. Att samverkan fungerar är en tung kvalitetsfaktor och ofta avgörande för att vården som helhet fungerar.

Tidigare utredningar har pekat på ett antal kritiska faktorer när det gäller att arbeta i samverkan mellan olika huvudmän och vårdnadsgivare. Dessa har varit utgångspunkten vid formulerandet av revisionsfrågorna enligt nedan

- Har man en gemensam uppfattning om målgruppen tyngre missbrukare kring vilken man ska samverka?
- Finns en tydlig struktur/organisation för samverkan? Finns ett strukturerat arbetssätt för hur man ska bestämma vilka insatser som ska göras och hur de ska göras?
- Är ansvarsfördelningen klar eller finns oklarheter i förhållande till andra aktörer? Finns problem - vad är orsaken? Ser ni någon lösning på problemen? Hur uppfattar de intervjuade att samverkanspartners sköter sina respektive delar av uppdraget?
- Anser de intervjuade att arbetssättet stöder det långsiktiga arbetssätt som krävs för klientens rehabilitering?
- Anser de intervjuade att vård och omsorgsresurser finns tillgängliga när de behövs, t ex avgiftningsplatser, boende m.m?
- Uppfattar de intervjuade att vården bedrivs effektivt? Har inrättandet av lokal integre-

rad beroendevård bidragit till en effektivare rehabiliteringsprocess?

Granskningen har genomförts i form av ett 50-tal intervjuer med personal inom socialtjänsten, lokala beroendevården, psykiatrin och primärvården inom Kista och Vantör i Stockholms kommun, samt Botkyrka, Järfälla och Österåkers kommuner. Intervjupersonerna har varit såväl enhetschefer, läkare, som övrig behandlingspersonal. Huvuddelen av intervjuerna gjordes under loppet av två dagar av 5 revisionspar, bestående av en landstingsrevisor och en kommunrevisor, (s.k. "instant audit"). Kommunerna har engagerat Komrev som konsulter för genomförande av granskningsuppdraget. Ett mindre antal intervjuer gjordes också inledningsvis med ansvariga personer inom landstinget och med några brukarorganisationer, (Länkarnas centralorganisation, Länkarna i Botkyrka, Länkarnas behandlingshem Kustbohemmet, KRIS, Frälsningsarmén).

I nära anslutning till intervjuerna gavs möjlighet till gemensam "feed-back" till de personer som intervjuats, och ansvariga inom berörda organisationer. Även de förtroendevalda revisorerna inbjöds till en snabb avrapportering.

Genomförd granskning speglar de intervjuades syn på samverkansarbete och på varandras verksamheter/organisationer.

2. Ansvarsfördelning -gemensam policy för länets missbrukarvård

2.1 Ansvarsfördelning

Det finns ett delat ansvar mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst när det gäller vård av missbrukare. Lagstiftningen - socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) - ålägger de båda huvudmännen delvis skilda och delvis sammanfallande uppgifter. Hälso- och sjukvården ska enligt HSL § 1 "medicinskt förebygga, utreda och

behandla sjukdomar och skador" och enligt 2b § "arbeta för att förebygga ohälsa".

Det yttersta ansvaret för att människor med svåra alkohol- och drogproblem får god vård, omvårdnad och möjlighet till social rehabilitering åvilar primärkommunen. Insatser som kommunen via socialtjänsten tillhandahåller är bl. a. förebyggande insatser, utredningar för att fastställa vad som ska göras, socialkurativa insatser och behandlingshem.

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården är ömsesidigt beroende av varandras vård och behandlingsinsatser för att nå goda resultat. Vård- och behandling av missbrukare bör, för att nå optimal effekt, bilda en obruten vårdkedja oberoende av vårdform, vårdinsats och huvudman.

Primärvården - psykiatrin - beroendevården

Primärvården utgör första linjen när det gäller människor med psykiska problem och med missbruksproblematik. Primärvården har ett särskilt ansvar att upptäcka och förebygga missbruk, vilket kräver utvecklad kompetens för att tidigt upptäcka ett riskbeteende.

Beroendevården är inom SLL, till skillnad från i andra landsting, en specialiserad vårdnivå och bedrivs i en egen organisation som en del av den specialiserade psykiatrin.

2.2 Gemensam policy för länets missbrukarvård och specialiserad beroendevård

I landstingsfullmäktiges beslut om budget för 2004 framhålls att grunden för landstingets arbete med missbrukarvård bör vara det gemensamma policydokument som antogs 1998 av landstinget och kommunerna i länet¹. Av policyn framgår att den lokala hälso- och sjukvården, d.v.s. primärvården och allmänpsykiatrin, tillsammans med beroendevården och socialtjänsten har en viktig roll i missbrukarvården. Lokal samverkan betonas liksom öppenvård för psykiskt störda missbru-

¹ Kommunerna, landstinget och missbrukarvården i Stockholms län.
LS 9803-0221

kare, missbrukare i metadonbehandling, hemlösa missbrukare, läkemedelsberoende, kvinnliga missbrukare och kvinnliga missbrukare med barn. Barn till missbrukande föräldrar uppmärksammas särskilt.

Här slås också fast att primärvården, allmänpsykiatri, beroendevården och socialtjänsten gemensamt ska planera vården för vissa grupper. Ungdomsmottagningarna, där det finns ett samarbete mellan kommunerna och landstinget, bör också kunna utveckla sätt att hitta och hjälpa ungdomar med alkohol- och drogproblematik.

Beroendevården ska integreras och samordnas med socialtjänstens och landstingets övriga resurser. Lokala integrerade enheter kan inrättas för kommundel/kommun eller vara gemensam för flera kommuner eller kommundelar.

För att följa genomförandet av policyn tillsattes en gemensam ledningsgrupp med företrädare för SLL och kommunerna i länet. Ledningsgruppen skulle särskilt följa utvecklingen av vården för missbrukare med psykiska störningar och följa effekterna av omstruktureringen från slutenvård till öppenvård. Gruppens arbete upphörde vid årsskiftet 1998/99, i samband med att hälso- och sjukvårdsnämnden avvecklades. Någon utvärdering har ännu inte gjorts.

Hälso- och sjukvårdsutskottet och Kommunförbundet i Stockholms län har i augusti 2005 beslutat att göra en uppföljning av gällande policy för missbrukarvård och specialiserad beroendevård. Bland de områden som nämns vara i behov av översyn är de lokala mottagningarnas ekonomiska effekt på socialtjänsten och landstingets slutenvård. Samverkansuppdraget med psykiatri behövs också stärkas.

Av tjänsteutlåtandet till HSU framgår även att synpunkter från landstingsrevisorernas verksamhetsöversyn ska vägas in.

3. Svar på revisionsfrågorna

Nedan ges en redogörelse av svaren på ställda revisionsfrågor på en övergripande nivå. av bilagorna 1-4 framgår svaren på samma frågor utifrån ett kommunperspektiv.

Inom SLL bedrivs beroendevården av den landstingsdrivna enheten Beroendecentrum Stockholm samt av det privat drivna Maria Beroendecentrum AB. Dessa vårdgivare arbetar och organiserar sitt arbete på delvis olika sätt, där Beroendecentrum Stockholm bedriver en mer lokalt decentraliserad verksamhet. Inom de granskade geografiska områdena samverkar stadsdelen Vantör med Maria Beroendecentrum AB.

Inom de fem granskade geografiska områdena tillämpas fem olika strukturer när det gäller beroendemottagningarna, från ingen integrering alls med socialtjänsten i Vantör, till en gemensam mottagning mellan beroendemottagningen och socialtjänsten med en gemensam chef i Österåkers kommun. (Se bilagorna)

3.1 Målgruppen kring vilken man ska samverka

I stora delar finns en gemensam uppfattning om målgruppen kring vilken man ska samverka. En allmän uppfattning är dock att tyngre missbrukare inte kommer till vårdcentralerna vare sig för sitt missbruk eller för somatisk vård. Även allmänpsykiatrin är mer perifer när det gäller vården av missbrukare. Det senare gäller dock inte i samma utsträckning Vantör. Här finns en särskild enhet för långvarigt psykiskt sjuka, där de s.k. dubbel-diagnoserna tas om hand, och en jour- och öppenvårdsenhet för övriga.

Enskilda personer med psykisk störning och missbruk remitteras till beroendemottagningarna. Psykiatrin kan komma in när den enskildes missbruk är under kontroll. Personer med s k dubbel-diagnoser har dock under senare tid uppmärksamats och sär-

skilda psykosteam har inrättats. Det pågår också utvecklingsarbete med stöd av särskilda statsbidrag för denna grupp.

3.2 Finns tydlig struktur/organisation/arbetssätt för samverkan?

Intervjupersonerna anser att det i stora delar finns en tydlig struktur för samverkan, detta gäller i första hand samverkan mellan socialtjänsten och beroendemottagningarna. Strukturen är dock inte alltid formaliserad utan baseras på upparbetade relationer och förtroende mellan parter.

Inom samtliga fem geografiska områden arbetar man med gemensamma behandlingskonferenser eller med särskilda möten kring enskilda individer, men med delvis olika deltagande parter. Behandlingskonferenserna genomförs i allmänhet en gång i veckan.

Inom flera geografiska områden ansåg man att sekretesslagstiftningen och journalhanteringen ställde till praktiska och organisatoriska problem i samverkansarbetet.

3.3 Upplevs ansvarsfördelningen som tydlig?

Lokala samverkansavtal saknas i många fall och de som finns täcker inte in psykiatrin eller vårdcentralerna. I Vantör finns dock en vårdöverenskommelse som även inkluderar psykiatrin och en särskild överenskommelse mellan beroendevården och psykiatrin om samverkan/gränsdragning.

Ansvarsfördelningen upplevs i allmänhet som tydlig, men bygger mycket på personkontakter. Oklarheter finns kring när patienten ska gå över från beroendemottagningen till psykiatrin, där psykiatrens allmänna uppfattning är att patienten ska vara drogfri. Hur länge man ska ha varit drogfri innan psykiatrin tar vid är oklart, i något fall nämns ett år. Missbrukare som inte diagnostiseras som "dubbeldiagnoser" men som ändå har behov av

insatser från psykiatrin, verkar riskera att falla utanför samverkan.

3.4 Finns resurser tillgängliga när de behövs?

Allmänt tas bristen på ett differentierat boende och brister på sysselsättning upp. Vad rehabiliterar man egentligen klienten/patienten till, frågar sig en av brukarföreträdarna. Köer till utredning inom neuropsykiatrin tas också upp som ett problem, liksom den fysiska omvårdnaden. Vart tar patienterna egentligen vägen när de inte går till vårdcentralerna? Även tandvård nämns som ett eftersatt område, liksom att psykiatrin inte gör sig tillgänglig för missbrukare. Här utgör särskilda psykos-team inom psykiatrin ett undantag.

När det gäller resurser för avgiftning upplever den intervjuade personalen i allmänhet att detta inte är något större problem. Den avgiftning som sker i öppenvården på beroendemottagningarna har avlastat slutenvården, där antalet platser dragits ned. Här framför dock intervjuade brukarorganisationer en annan uppfattning. Några talar om "svängdörrs-avgiftning", men också om logistikproblem. Avgiftning ska kunna erbjudas när klienten är motiverad, och då ska också plats finnas tillgänglig.

3.5 Stöder arbetssättet ett långsiktigt förhållningssätt?

Brister när det gäller boende och sysselsättning ger sämre möjlighet att arbeta långsiktigt. Omorganisationer både inom landstinget och på kommunsidan har också försvårat det långsiktiga arbetet, beroende på att samverkansarbetet i så stor utsträckning är uppbyggt på personliga relationer.

Ett mer systematiskt arbetssätt och en förbättrad uppföljning av klienterna/patienterna skulle gynna det långsiktiga arbetet. Inom den lokala beroendevården och inom socialtjänsten i Botkyrka används ett bedömnings- och uppföljningsinstrument, benämnt DOK, som är särskilt lämpat för målgruppen, som också anses ge bättre förutsättningar för ett

långsiktigt förhållningssätt. Utvecklingsprojekt som drivs avseende "dubbeldiagnoser" uppges också innebära att ett mer systematiskt arbetssätt tillämpas. Fortfarande gäller dock att en fungerande samverkan mellan parter kräver förtroende och respekt mellan samverkanspartners, vilket förutsätter personkänedom.

3.6 Har utbyggnaden av den lokala beroendevården inneburit en effektivare missbruksvård?

Generellt gäller att socialtjänsten och beroendemottagningarna anser att utbyggnaden av den lokala beroendevården bidragit till en effektivare rehabiliteringsprocess. Men även i Vantör där man inte har en lokalmässigt integrerad beroendevård anser man att vården effektiviserats.

Psykiatrimottagningarna och vårdcentralerna upplever att man blivit avlastade och anser också, eller tror, att lokala beroendemottagningar varit bra, även om man inte känner sig så involverad i samverkan.

Som ett argument för att effektiviteten förbättras anger socialtjänsten att kostnaderna för behandlingshem har minskat. Utvärderingar saknas dock, liksom nyckeltal som belyser utvecklingen av insatserna för missbrukarna eller av behandlingsresultat och kostnader. Det finns t ex inga uppgifter om hur många avgiftningar som utförs i öppenvården. Slutenvården har reducerats kraftigt med hänvisning att öppenvården ska öka istället.

4. Revisionskontorets synpunkter

Intervjupersonerna anser att samverkan kring gruppen tyngre missbrukare i stora delar fungerar bra. Vårdgrannar är nöjda med den lokala beroendevården, men även med den vård som bedrivs av Maria Beroendecentrum AB och som inte är lokalmässigt integrerad.

Samverkan fungerar dock inte enligt fastställd policy. Lokala samverkansavtal mellan berörda parter saknas oftast. Framför allt primärvårdens roll avvikar, primärvårdens samverkar i stort sett inte

alls med övriga aktörer. Även den lokala allmänpsykiatrins roll i samverkansarbetet finns det frågetecken kring.

De lokala beroendemottagningar som ingått i granskningen har tagit ett större ansvar för målgruppen än vad man kan tolka in i samverkansöverenskommelsen. Frågor kan ställas kring om det finns en allmän tendens att de lokala beroendemottagningarna tar över ansvar från psykiatrin och från vårdcentralerna. Andra och nya samverkansproblem/glapp kan uppstå inom landstinget eller inom socialtjänstens organisation.

Hittills har de olika specialiteterna och vårdgrenarna haft sina specifika uppgifter och ambitionen har varit att i samverkan med varandra bidra till en bra vård för patienterna. Vad betyder en utveckling av nya "öar-/specialiteter" för vissa målgrupper för utbygganden av närsjukvården?

En viktig fråga att ta ställning till i samband med översynen av samverkansöverenskommelsen är vilken roll primärvården och allmänpsykiatrin ska ha när det gäller missbrukare.

Uppföljning och utvärdering av vården av missbrukare behöver med nödvändighet utvecklas, och systematiska metoder härför utarbetas. Det är också hög tid att utvärdera såväl ledningsorganisation som resursanvändning, med fokus på problemlösning och behandlingsresultat.

Ulla-Britt Tideström
projektledare