

Revisionsrapport

Lars Näsström

Januari 2016

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

Varbergs kommun

-En samgranskning av Region
Halland samt Falkenberg,
Halmstad, Hylte, Laholm och
Varbergs kommun

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning och bedömning	1
2.	Inledning	3
2.1.	Bakgrund	3
2.2.	Revisionsfråga	3
2.3.	Revisionskriterier	4
2.4.	Revisionsmetod och avgränsning.....	4
3.	Resultat.....	5
3.1.	Utgångspunkter	5
3.1.1.	Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård	5
3.1.2.	Kommunens kostnader	6
3.2.	Ändamålsenlig styrning.....	7
3.2.1.	Den regionala överenskommelsen	7
3.2.2.	Socialnämndens styrning och uppföljning	7
3.2.3.	Bedömning och rekommendationer	8
3.3.	Ändamålsenliga arbetsformer	8
3.3.1.	Bedömning och rekommendationer	9
3.4.	Ansvarsfördelning och information	9
3.4.1.	Bedömning och rekommendationer	10
3.5.	Samverkansformer	11
3.5.1.	Bedömning och rekommendationer	11

1. Sammanfattning och bedömning

PwC har genomfört granskning av vård, omsorg och stöd för personer med missbruks- och beroendeproblematik på uppdrag av revisorerna inom Region Halland och kommunerna Laholm, Halmstad, Falkenberg och Varberg. EY har på uppdrag av revisorerna i Hylte kommun granskat vård, omsorg och stöd för personer med missbruks- och beroendeproblematik.

Revisionsfrågan omfattar om Region Halland och ovannämnda kommunerna säkerställt att vård, omsorg och stöd för vuxna personer med missbruks- och beroendeproblematik fungerar på ett tillfredsställande sätt genom att inrätta ändamålsenliga arbetsformer, samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring. Granskningen visar på att detta till vissa delar sker men också på att det finns ett flertal förbättringsområden.

Ändamålsenlig styrning

Vi bedömer att den regionala överenskommelsen ger goda förutsättningar till övergripande styrning. Det bedöms finnas en god vetskap om överenskommelsen och vad den innehåller. Den har presenterats och diskuterats i olika sammanhang. Där emot har ännu inte någon lokal överenskommelse kommit till stånd vilket gör att det inte finns någon fastlagd lokal struktur för arbetet.

Det finns inga specifika mål från politiken kring arbetet med missbruksvården. Däremot uppfattas att det finns en uttalad inriktning för arbetet, förebyggande arbete samt lösningar på hemmaplan. Denna inriktning följs också upp månadsvis i nämnden där redovisningen kan vara en grund för diskussion.

Ett kvalitetsledningssystem har fastställts av nämnden och en verksamhetsplan har utarbetats av förvaltningen. Dessa omfattar missbruks- och beroendeverksamheten. Ledningssystemet är integrerat med kommunens befintliga modeller för styrning och kontroll av verksamhet och ekonomi.

Nämndens styrning skulle kunna utvecklas ytterligare genom att särskilda mål för missbruksverksamheten utarbetades.

Ändamålsenliga arbetsformer

Vi bedömer att det i allt väsentligt finns ändamålsenliga arbetsformer inom kommunens missbruksvård. Det finns en god kompetens avseende evidensbaserade metoder, och en systematisk uppföljning av verksamheten, dels genom intern kontroll och dels genom månadsuppföljningarna till nämnden.

Det finns ett brett utbud av insatser i öppna former som beställs i samband med myndighetsutövningen. Vi rekommenderar dock att det tas fram rutiner för beställning av internuppdrag så att krav samt mål med insatserna tydliggörs.

De skillnader som finns mellan myndighetsutövarna och egen regiverksamheten kring metod- och målfrågor bör hanteras så att ett gemensamt förhållningssätt kan uppnås.

Ansvarsfördelning

Vi bedömer att kontrollmålet delvis är uppfyllt genom att ansvarsförhållandena mellan de olika aktörerna tydliggjorts och att det även finns en hög acceptans inom ledning och verksamheten kring denna.

Den övergripande strukturen för samverkan uppges fungera väl till formen. Däremot finns inte den samordningsgrupp som enligt överenskommelsen ska finnas lokalt, att denna kommer till stånd bör säkerställas.

Överenskommelsen följs inte i alla delar vilket bör ses över i samverkan mellan huvudmännen. Detta gäller bland annat att upprätta en samordnad individuell plan och att säkerställa att psykisk ohälsa och missbruk behandlas samtidigt och i samverkan. En plan för hur användningen av samordnad individuell plan (SIP) ska förverkligas behöver upprättas med angivande av såväl ansvar som tidsgränser.

Det uppges som vanligt förekommande att kommunen får stå för det hela det ekonomiska ansvaret vid placeringar, även vid samsjuklighet och för den del i placeringen som avser insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet. En tydligare beskrivning av kostnadsfördelningar bör upprättas som stöd för beslutsfattande.

Samverkansformer

En viktig del i samverkan handlar om uppföljning av överenskommelsernas efterlevnad. När det gäller tvistefrågor, ex vis avseende betalningsansvar eller behandlingsansvar bör det tydliggöras var sådana frågor ska adresseras för att också avgöras. Den samordningsgrupp som ska finnas bör säkerställas. Kontaktvägarna till närsjukvården behöver också tydliggöras.

På den operativa nivån kan samarbetsformerna utvecklas. Risken när dessa inte fungerar är att nödvändig information inte förs vidare mellan vårdgivarna, men också att de olika vårdgivarna inte har samma inriktning i arbetet. Detta är inte acceptabelt vare sig ur resurssynpunkt som ur den enskildes synpunkt och huvudmännen behöver klara ut ömsesidiga förväntningar och möjligheter. Detta måste göras främst genom överenskommelser på ledningsnivå för att tydliggöra en gemensam vårdkedja med kontaktvägar och ansvarsgränser fastställda.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Enligt socialtjänstlagen har kommunerna skyldighet att förebygga missbruk och att erbjuda missbrukare vård och behandling. Landstingen 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.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård¹ gäller medicinska och sociala insatser som ges inom kommunernas socialtjänst och landstingens beroendevård. De ger rekommendationer om åtgärder inom vården, målgrupp samt dokumenterad effekt. Här framhålls även användning av instrument för att avgöra val av insats, behandlingsplanering och uppföljning samt att behandling för personer med både missbruk och annan sjuklighet, främst psykiatrisk, bör samordnas. De konstaterar stora brister på utvärdering av behandlingar.

I missbruksutredningen² gjordes bedömningen att kommunens och regionens ansvar för missbruks- och beroendevården måste tydliggöras för att komma tillrätta med de problem som i dag drabbar såväl den enskilde som vårdens effektivitet.

Syftet med granskningen är att bedöma om Region Halland och kommunerna har inrättat ändamålsenligt arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring i syfte att tillgodose behov av vård, omsorg och stöd för personer med missbruksproblem.

Granskningen ska utgå från huvudmännens respektive uppdrag och ansvar samt styrning, uppföljning och samverkan. Den ska också granska risk för brister i kommunikation som kan påverka patient/klientsäkerheten negativt, såväl mellan som inom huvudmännen. Detta omfattar också att analysera att gränssnitt/ansvarsgränser är tydliga mellan regionen och kommunerna.

2.2. Revisionsfråga

Har Region Halland och kommunerna säkerställt att vård, omsorg och stöd fungerar på ett tillfredsställande sätt genom att inrätta ändamålsenliga arbetsformer, samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring?

Kontrollområden

- Styrning genom avtal och överenskommelser mellan Region Halland och berörda kommuner
- Styrning genom riktlinjer, instruktioner och direktiv inom regionen och kommunerna

¹ Socialstyrelsen: (2015) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.

² SOU 2011:35, Bättre insatser vid missbruk och beroende

- Uppföljning inom området och på olika nivåer samt kommunikering av resultatet av uppföljningen
- Information som kommuniceras inom och mellan huvudmännen

2.3. Revisionskriterier

De revisionskriterier som använts i granskningen har hämtats ur följande:

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Socialtjänstlagen
- Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården, av socialstyrelsen 2007, uppdaterad 2015
- Länsövergripande överenskommelse mellan Region Halland och de sex kommunerna i länet, 2010. Uppdaterad 2015
- Lokala styrdokument

2.4. Revisionsmetod och avgränsning

Granskningen avser alla verksamhetsformer inom vård, omsorg och stöd för vuxna personer (över 18 år) med missbruks- och beroendeproblem som förekommer inom regionen och de deltagande kommunerna. Granskningen omfattar inte det stöd som erbjuds inom kommunal verksamhet i form av s.k. serviceinsatser eller förebyggande insatser.

Vi har tagit del av styrdokument, instruktioner och direktiv samt formerna och innehåll i informationsöverföringen. En avstämning har gjorts med centrala tjänstemän avseende aktuella styrdokument, relevanta övergripande mål (fullmäktigebeslut m.m.) former för uppföljning etc. inom området.

En webbenkät har lämnats ut till utvalda befattningar/personer i berörda verksamheter samt i alla medverkande kommuner för att få underlag inför intervjuer men också för att förankra granskningens genomförande.

Granskningen omfattar enskilda ärenden genom att tio akter inom respektive kommun samt tre akter per kommun inom Regionen Halland valts ut. Denna del har fokus på bedömningar av enskildas behov av vård och stöd, beslut samt uppföljningar i de enskilda ärendena. Granskningen innefattas också frågan om respektive huvudmans kompetens kommer den enskilde till del, förekomst av gemensam vårdplanering samt tydlighet i ansvarsgränser mellan huvudmännen i de enskilda ärendena.

Intervjuer har genomförts med nyckelpersoner i respektive verksamhet inom regionen, samt deltagande kommuner. 9 personer har intervjuats i Varbergs kommun: Socialchef, enhetschef uppdragsavdelningen, handläggare inom ”vuxna/missbruk”, företrädare för egen regi missbruk, utvecklingsledare

Vid en avslutande workshop med företrädare för de granskande organisationerna har revisionsresultaten förankrats med möjlighet till kompletterande faktagranskning.

Rapporten är sakavstämd av berörda tjänstemän.

3. Resultat

3.1. Utgångspunkter

3.1.1. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård

År 2007 utkom Socialstyrelsen med nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Riktlinjerna har sedan dess uppdaterats utifrån aktuell forskning.³ Nya områden i de reviderade riktlinjerna är ungdomar och läkemedelsberoende. Ytterligare en förändring är att de nya rekommendationerna också innehåller indikatorer. Syftet med de nationella riktlinjerna för området är att göra vården tydligare, mer enhetlig samt att ge huvudmännen en grund för hur missbruks- och beroendevårdens resurser kan användas på ett rationellt sätt. Riktlinjerna gäller både sociala och medicinska insatser som ges inom socialtjänsten i kommunerna samt inom beroendevården i landstingen.

I Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård redovisas rekommendationer och vägledning för specifika interventioner och åtgärder såsom behandlingsmetoder och tekniker gällande missbruks- och beroendevård. Dessa berör sex olika huvudområden såsom:

- Bedömningsinstrument och dokumentation
- Upptäckt och rådgivning
- Behandling vid missbruk och beroende av narkotika
- Behandling vid missbruk och beroende av alkohol
- Missbruk och beroende under graviditet
- Samsjuklighet mellan missbruk och beroende samt psykisk och somatisk sjukdom

För varje rekommendation inom respektive huvudområde redovisas effekt, evidens och ekonomisk bedömning samt en kommentar till interventionen och dess målgrupper. Inom huvudområdet *Bedömningsinstrument och dokumentation* finns exempelvis rekommendationer om frågeformuläret AUDIT som används för att identifiera alkoholproblem hos personer i riskzon eller med ett redan utvecklat beroende. Här beskrivs även vilka olika laboratorietest som kan tas på personer med misstänkt eller identifierat missbruk och beroende.

För huvudområdet *Upptäckt och rådgivning* rekommenderas bland annat hur uppsökande verksamhet ska ske bland grupper med risk för utveckling av alkohol- och narkotikaproblem. Här framkommer även vilken slags rådgivning som kan vara aktuell vid exempelvis patienter i primärvård som har identifierats ha riskfylld alkoholkonsumtion.

Det tredje huvudområdet *Behandling vid missbruk och beroende av narkotika* tar upp de olika behandlingsmetoder och läkemedel som rekommenderas vid olika ty-

³ Socialstyrelsen april 2015, Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården

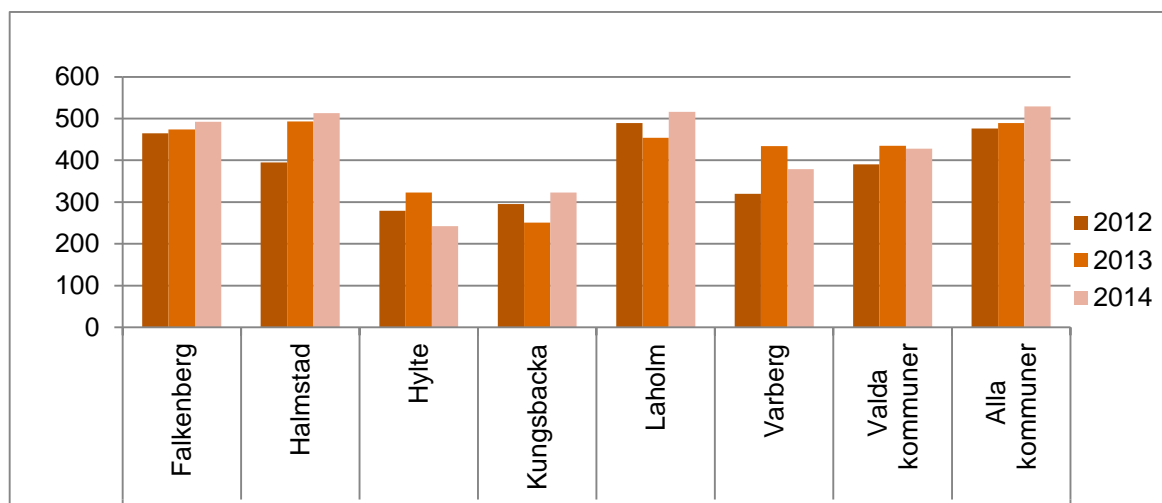
per av narkotikamissbruk. Inom huvudområdet *Behandling vid missbruk och beroende av alkohol* tas motsvarande behandlingsmetoder och läkemedel för alkoholrelaterat beroende och missbruk upp.

Huvudområdet *Missbruk och beroende under graviditet* redovisar rekommendationer kring alkoholkonsumtion under graviditeten samt hur behandling för gravida kvinnor med missbruks- och beroendeproblem ska utformas. Det sjätte huvudområdet berör *Samsjuklighet mellan missbruk och beroende samt psykisk och somatisk sjukdom*. Här beskrivs bland annat hur personer med samsjuklighet eller misstänkt samsjuklighet ska behandlas och vem som bär ansvaret för bedömning och vård samt vilka praxis som denna vård ska följa.

3.1.2. Kommunens kostnader

Kommunens budget för missbruksvården uppgick 2015 till 21,7 mnkr, prognosen pekar på ett underskott på 6 % motsvarande 1,3 mnkr. Utfallet för de senaste åren har uppvisat underskott på mellan 3 och 21 % där det såväl till kronor som procentuellt har varit institutionsvården som dragits med de största underskotten.

Nedanstående jämförelse visar hur mycket kommunerna redovisar som kostnad per invånare för missbruksvården 2012-2014. Uppgifterna i detta avsnitt har hämtats från kommun- och landstingsdatabasen Kolada och innehåller uppgifter från 2014 års bokslut som kommunerna själva rapporterat.



Jämförelse ovan görs mellan respektive kommuns kostnader och ett genomsnitt de Halländska kommunerna (valda kommuner) samt alla kommuner. Tabellen visar att Falkenberg, Halmstad och Laholm har en kostnad per invånare som överstiger genomsnittet och ligger ungefär på samma nivå som genomsnittet för riket. Hylte, Varberg och Kungsbacka ligger under genomsnittet.

3.2. Ändamålsenlig styrning

3.2.1. Den regionala överenskommelsen

Överenskommelsen⁴ som gäller för länet hanterar frågor kring gemensamt och specifikt ansvar mellan kommunerna, närsjukvården, psykiatri och specialiserad somatisk vård. De slår också fast vilken kompetens som respektive huvudman ska ha i arbetet samt vilka instrument/metoder som gemensamt och var för sig ska användas vid bedömning av enskilda missbruk. Syftet med överenskommelsen är att, med utgångspunkt i gällande regelverk, tydliggöra respektive huvudmans ansvarsområde.

Länsöverenskommelsen preciserar också att det ska finnas rutiner för samlat ansvarstagande när insatser behövs från flera aktörer samt att evidensbaserade vård- och behandlingsinsatser ska erbjudas. Vård och stöd ska samordnas mellan huvudmännen för att skapa helhetssyn, kontinuitet och effektiva insatser.

Lokal samverkan

- I respektive kommun ska det finnas en samordningsgrupp med verksamhetsansvariga chefer från kommunens socialtjänst samt regionens psykiatri, förvaltningen för hälsa och funktionsstöd samt närsjukvård, som gemensamt ansvarar för strategisk planering och samordning. Till gruppen ska även övriga berörda myndigheter som försäkringskassa, arbetsförmedling, polis och företrädare för brukare/anhöriga kopplas.
- Lokala rutiner för samordning av huvudmännens verksamhet ska utvecklas inom respektive kommun.
- Arbetet ska utgå från god kännedom om målgruppens behov. Behoven ska kontinuerligt inventeras gemensamt och omvärldsanalyser ska ligga till grund för planeringsarbetet regionalt och lokalt.
- Samordningsgruppen ska ha regelbundna träffar och ansvarar för att samverkan utvecklas och upprätthålls.
- När förändringar inom respektive huvudmans verksamheter planeras, som kan antas få konsekvenser för annan parts verksamhet, ska informationen ges och synpunkter inhämtas från samordningsgruppen.
- Samordningsgruppen ansvarar för att samverkan enligt denna överenskommelse följs på lokal nivå.

I organisationen beskrivs att det finns en god vetskap om överenskommelsen och vad den innehåller. Den har presenterats och diskuterats i olika sammanhang.

3.2.2. Socialnämndens styrning och uppföljning

Det finns inga specifika mål från politiken kring arbetet med missbruksvården. Däremot uppfattas att det finns en uttalad inriktning för arbetet, att man ska arbeta förebyggande samt erbjuda lösningar på hemmaplan. Denna inriktning följs också upp månadsvis i nämnden där redovisningen kan vara en grund för diskussion.

⁴ Regional överenskommelse om samverkan - Insatser till vuxna och ungdomar med riskbruk/missbruk/beroendeproblem och till deras närstående. 2015

Socialnämnden har fastställt ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet är integrerat med kommunens befintliga modeller för styrning och kontroll av verksamhet och ekonomi; planeringsprocesser, uppföljningsprocesser, rapporter och årsredovisning.

Under 2015 har dessutom en verksamhetsplan utarbetats med sikte på år 2020. Syftet med planen är att den ska vara ett hjälpmedel för styrning av verksamheten och vara en modell för behovsberäkning av nödvändiga insatser. Planen innehåller en nulägesbeskrivning, omvärldsanalys, prognos för framtiden samt mål, aktiviteter och åtgärder för socialnämndens olika verksamhetsområden.

3.2.3. Bedömning och rekommendationer

Vi bedömer att den regionala överenskommelsen ger goda förutsättningar till övergripande styrning. Ett kvalitetsledningssystem har fastställts av nämnden och en verksamhetsplan har utarbetats av förvaltningen.

Nämndens styrning skulle kunna utvecklas ytterligare genom att särskilda mål för missbruksverksamheten utarbetades.

3.3. Ändamålsenliga arbetsformer

Arbetet är organiserat i enlighet med ett beställar- utförarkoncept. Det betyder att myndighetsutövningen organisatoriskt och ledningsmässigt har skilts från utförandet.

Det framkommer vid intervjuer att den organisatoriska uppdelningen ännu inte haft ett genomslag. Organisationen infördes 2010 men internuppdrag är inte framtagna och insatserna är ännu inte prissatta. Från handläggarghåll saknar man gemensamma diskussioner kring innehåll, mål och gemensamma utgångspunkter. Det gör ex vis att man inte alltid har samma bild av en beställnings innehåll.

Inom kommunen erbjuds olika insatser i öppna former som alltså beställs genom uppdragsavdelningens myndighetsutövning. Det går att erbjuda behandling enligt 12-stegsmetoden, eftervård, anhöriggrupp, kvinnogrupper samt motivationsgrupp. Det kan också erbjudas boendestöd samt 8 akutboendeplatser och 4 utredningsplatser. Inom öppenvården arbetar man också med återfallsprevention. I arbetet används bedömningsinstrument. Inom verksamheten anser man att befintligt utbud täcker de behov som finns.

Vid intervjuerna i kommunen framkommer åsikter från myndighetsutövarna kring de insatser som erbjuds inom öppenvård och att dessa inte alltid motsvarar de behov som finns och att det heller inte varit tillräckligt hög kvalitet på hemmaplanslösningarna. Detta menar man följt med sig en risk för många placeringar enligt LVM. Öppenrådgivning, boendestöd och en allmänt uppsökande verksamhet är delar som efterfrågas från myndighetssidan.

Aktgranskningen visar att bedömningsinstrument använts i ett flertal av de 10 granskade ärendena.

Kompetensen vid myndighetsutövningen av användning av bedömningsinstrument uppges vara god med en användning av såväl ASI⁵ som AUDIT/DUDIT⁶. Man arbetar också med MI, motiverande samtal. Sjalva pekar handläggarna på att de har svårt att hinna arbete i enlighet med ASI.

Verksamheten i egen regi uppges också att man använder sig av olika metoder i sitt arbete. Dels MI men även haschavvänjningsprogrammet HAP och återfallsprevention.

Den enskildes delaktighet i utredningen är en del i den interna kontrollplanen vilket under utvecklingsledarens ansvar följs genom stickprovskontroll. I enlighet med internkontrollplanen görs jämförelser inom verksamhetsområdet missbruk över tid och med andra. Här används olika offentliga databaser. Resultatet av internkontrollen delges nämnden månadsvis.

När det gäller alla utredningar gällande placeringar läses av utvecklingsledaren och enhetschefen innan den går till socialutskottet för beslut. På det sättet kontrolleras också rättssäkerheten i utredningarna.

Nämnden ges förutsättningar att följa verksamheten genom månadsuppföljningar. I denna ges dels en sammanfattande analys kring läget inom missbruksområdet och en bild av kommande utvecklingsarbeten. Verksamhetens kvalitetsindikatorer följs också i månadsrapporten där en bild ges för den gångna perioden om 34 månader. Här följs inledda och avslutade missbruksärenden, antal placeringar och vård dygn på institution. I månadsrapporten delges också det ekonomiska utfallet samt prognos.

3.3.1. Bedömning och rekommendationer

Vi bedömer att det i allt väsentligt finns ändamålsenliga arbetsformer inom kommunens missbruksvård. Det finns en god kompetens avseende evidensbaserade metoder och en systematisk uppföljning av verksamheten, dels genom intern kontroll och dels genom månadsuppföljningarna till nämnden.

Det finns ett brett utbud av insatser i öppna former som beställs i samband med myndighetsutövningen. Vi rekommenderar dock att det tas fram rutiner för beställning av internuppdrag så att krav samt mål med insatserna tydliggörs.

De skillnader som finns mellan myndighetsutövarna och egen regiverksamheten kring metod- och målfrågor bör hanteras så att ett gemensamt förhållningssätt kan uppnås.

3.4. Ansvarsfördelning och information

Av huvudöverenskommelsen framgår att Region Halland har ansvaret för medicinska insatser såsom folkhälsa, uppmärksamma riskbruk, missbruk och beroende, olika former av behandling samt anmälningsskyldighet och läkarbedömning/intyg

⁵ Addiction Severity Index, en standardiserad och strukturerad intervju som främst är avsedd för användning i missbruks- och beroendevården

⁶ AUDIT och DUDIT är testformulär som är utformade för att vårdpersonal ska kunna hjälpa patienter att testa sina alkohol- och drogvänor

vid tvångsvård enligt LVM⁷. Kommunen ansvarar bland annat för att initiera, planera och samordna insatser. Vidare har kommunen ett ansvar för att upptäcka och uppmärksamma riskbruk, missbruk och beroende samt motivera till förändring och utreda behov av missbruk- och beroendevård. Kommunen svarar också för psykosocial behandling.

Enligt den länsövergripande överenskommelsen ska former och rutiner finnas för ett samlat ansvarstagande för personer som har behov av insatser från flera aktörer. När någon behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har de rätt att få en samordnad individuell plan (SIP). Initiativet till att en SIP kommer till stånd ligger hos både berörd myndighet, den enskilde och för ungdomar och dess familj. En SIP görs alltid tillsammans med den enskilde som också avgör vilka personer som ska delta vid en samordnade individuell planering.

Vid granskningen menar man att ansvarsfördelningen är både rimlig och tydlig på det övergripande planet. Man saknar dock en lokalt anpassad överenskommelse och pekar på att det är denna som är viktigast, utan en överenskommelse kring hur det ska fungera på det lokala planet blir värdet av den övergripande mer begränsat.

Vid behandling av personer med samsjuklighet i form av psykisk störning och missbruk ska detta, enligt överenskommelsen, ske samtidigt och integrerat i samverkan med beroendevården och socialtjänsten. Vid intervjuerna beskrivs att denna del inte fungerar tillfredställande.

Användningen av SIP är sparsam, i de fall det används menar socialtjänsten att det oftast är på deras initiativ. Det uppges också att det är svårt att få ett deltagande från psykiatrin. Samverkan med psykiatrin uppges även i övrigt som svår och det går inte att peka på en sammanhållen vårdkedja. Diskussioner kring behovet av insatser för den enskilde är vanligt förekommande med skilda åsikter. Det uppges också som vanligt förekommande att kommunen får stå för det hela det ekonomiska ansvaret vid placeringar, även vid samsjuklighet och för den del i placeringen som avser insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet. Här saknar socialtjänsten en reell dialog kring ansvar, kostnadsfördelning och kring enskilds behov.

Även internt framkommer en brist på konstruktiv dialog mellan missbrukshandläggarna samt motsvarigheten inom socialpsykiatrin. Oklarheter kring målgrupper samt samsyn kring verksamhetsinriktning anges som exempel.

3.4.1. Bedömning och rekommendationer

Vi bedömer att kontrollmålet delvis är uppfyllt genom att ansvarsförhållandena mellan de olika aktörerna tydliggjorts och att det även finns en hög acceptans inom ledning och verksamheten kring denna.

Överenskommelsen följs dock inte i alla delar vilket bör ses över i samverkan mellan huvudmännen. Detta gäller bland annat att upprätta en samordnad individuell plan och att säkerställa att psykisk ohälsa och missbruk behandlas samtidigt och i samverkan.

⁷ Lag om vård av missbrukare i vissa fall

En plan för hur användningen av SIP ska förverkligas behöver upprättas med angivande av såväl ansvar som tidsgränser.

En tydligare beskrivning av kostnadsfördelningar bör också upprättas som stöd för beslutsfattande.

3.5. Samverkansformer

Inom Region Hallands ram finns det en regional stödstruktur. I en strategisk och flera taktiska grupper finns representanter för respektive kommun och Region Halland. Den strategiska gruppen består av socialchefer och hälso- och sjukvårdschefer och i den taktiska gruppen finns avdelningschefer representerade. Den strategiska gruppen har ett övergripande ansvar för gemensam utveckling i länet inom socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård. Den taktiska gruppen för missbruk och beroende ansvarar för länsgemensamt utvecklingsarbete kring vård och behandling av personer med missbruks- och beroendeproblem. Den taktiska gruppen har även ett ansvar för att förmedla kunskaper inom området till allmänhet, myndigheter och politiker. Den regionala stödstrukturen ansvarar för att samverka enligt den regionala överenskommelsen följs på regional nivå och att det årligen görs en gemensam utvärdering av vad som fungerar i samverkan och vad som behöver utvecklas. Den operativa nivån ansvarar för det praktiska genomförandet.

Den övergripande strukturen för samverkan uppges fungera väl till formen. Delta-gående i såväl den strategiska gruppen som taktiska gruppen för missbruksarbete finns en lokal representation. Det är också den taktiska gruppen som arbetat fram förslaget till nuvarande samverkansstruktur.

I enlighet med styrdokumentet "Regional överenskommelse om samverkan" ska det finnas en samordningsgrupp i varje kommun med verksamhetsansvariga chefer från såväl socialtjänsten som regionens olika verksamheter för målgruppen. Någon sådan grupp finns inte i Varberg.

När det gäller det operativa arbetet kan samverkan stärkas. Gentemot primärvården beskrivs samverkan som lite olika beroende på det lokala intresset för missbruksfrågor. Det anges också att det är svårt att få kontakt från vårdcentralerna, ex vis vid förändring i medicinering eller i behandling. Det anges också vara svårt att få med närsjukvårdsläkarna i arbetet med medicinska bedömningar, vilket är nödvändigt inför ställningstagande om placering. Som pekats på tidigare framkommer också synpunkter på svårigheter att få en fungerande samverkan med psykiatrin och att det går inte att peka på en sammanhållen vårdkedja.

3.5.1. Bedömning och rekommendationer

En viktig del i samverkan handlar om uppföljning av överenskommelsernas efterlevnad. När det gäller tvistefrågor, ex vis avseende betalningsansvar eller behandlingsansvar bör det tydliggöras var sådana frågor ska adresseras för att också avgöras. Den samordningsgrupp som ska finnas bör säkerställas. Kontaktvägarna till närsjukvården behöver också tydliggöras.

Samverkan kring enskilda följer inte i alla delar vad som överenskommits. Insatser för personer behöver stärkas i det operativa arbetet, såväl gentemot närsjukvård som psykiatri. Risken när detta inte fungerar är att det kan leda till såväl ineffektivitet för verksamheterna men även till en sämre vård då huvudmännens samlade kompetens inte kommer klienten/patienten till del vid bedömning och planering.

På den operativa nivån kan samarbetsformerna utvecklas. Risken när dessa inte fungerar är att nödvändig information inte förs vidare mellan vårdgivarna, men också att de olika vårdgivarna inte har samma inriktning i arbetet. Detta är inte acceptabelt vare sig ur resurssynpunkt som ur den enskildes synpunkt och huvudmännen behöver klara ut ömsesidiga förväntningar och möjligheter. Detta måste göras främst genom överenskommelser på ledningsnivå för att tydliggöra en gemensam vårdkedja med kontaktvägar och ansvarsgränser fastställda.