

[www.pwc.se](http://www.pwc.se)

*Lena Brönnert*  
*Certifierad kommunal revisor*  
*Maj 2014*  
*(september 2014)*

# Revisionsrapport

A large graphic composed of overlapping rectangular blocks in various shades of red, orange, and yellow, creating a stepped effect. The PwC logo is positioned at the bottom left of this graphic.

**pwc**

A smaller version of the PwC logo graphic, consisting of overlapping rectangular blocks in shades of red, orange, and yellow.

**pwc**

## ***Innehållsförteckning***

<b>1.Sammanfattning.....</b>	<b>3</b>
<b>2.Inledning.....</b>	<b>5</b>
<b>a.Bakgrund.....</b>	<b>5</b>
<b>b.Revisionsfråga.....</b>	<b>6</b>
<b>c.Revisionskriterier.....</b>	<b>6</b>
<b>d.Revisionsmetod och avgränsning.....</b>	<b>6</b>
<b>e.Organisation.....</b>	<b>7</b>
<b>3.Resultat.....</b>	<b>8</b>
<b>a.Nämndens styrning i form av mål och riktlinjer.....</b>	<b>8</b>
<b>b.Nämndens uppföljningssystem.....</b>	<b>9</b>
<b>c.Bedömning av vårdbehov.....</b>	<b>10</b>
<b>d.Kontinuerlig uppföljning i alla ärenden.....</b>	<b>11</b>
<b>e.Rutiner för samverkan med landstinget.....</b>	<b>12</b>
<b>f.Utvärdering av verksamhetens insatser.....</b>	<b>13</b>

# 1. Sammanfattning

PwC har på uppdrag av kommunens revisorer granskat att socialnämnden säkerställer att missbruksvården är effektiv och ändamålsenlig samt har den kvalitet som lagstiftning och nämndens mål anger. Granskningen visar att detta till flera delar sker på ett tillfredsställande sätt men också att efterlevnad av nämndens styrning i vissa delar bör ses över.

Vi rekommenderar verksamheten att ytterligare utveckla samtliga mål för att i högre utsträckning göra dem mätbara. Vi ser dock en risk att nämndens struktur<sup>1</sup> för målformulering på olika nivåer kan leda till en otydlighet och rekommenderar att detta ses över. Att flera mål är i överensstämmelse med gällande reglering för verksamheten<sup>2</sup> ser vi som obehövt och rekommenderar nämnden att undersöka om uppföljning av dessa i stället kan ske genom intern kontroll.

Verksamheten följer socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruksvård genom att använda bedömningsinstrument. Även inom öppenvårdsinsatserna görs en kartläggning av brukarens situation för att säkerställa rätt insatser. Detta bedöms som tillfredsställande för att bedöma vårdbehov.

Uppföljning av beslut om insatser ska ske utifrån de mål med vården som planerats i samband med utredningen, såväl innehållsmässigt som tidsmässigt. Aktgranskningen visar dock brister i vårdplanering varför detta bör ses över för att säkerställa en god vård såväl individuellt som övergripande.

Det finns forum för en övergripande samverkan med landstinget gällande missbruksvård. Vi bedömer dock att denna bör utvecklas för att tydliggöra huvudmännens ansvar och på detta sätt vara ett stöd vid den vardagliga utredningen av sökandes behov av missbruksvård och var de bäst kan tillgodoses. Vi konstaterar också att en överenskommelse mellan kommunen och landstinget saknas gällande samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Då detta är ett lagkrav bör initiativ till att upprätta detta prioriteras. Även aktgranskningen indikerar att rutiner gällande samverkan i enskilda ärenden bör ses över.

Nämndens beslut om kvalitetsledningssystem visar att det finns en ambition att kontinuerligt följa upp verksamheten för att säkerställa kvalitet. Kontroller görs kontinuerligt för att följa upp rättssäkerhet. Detta är tillfredsställande. Vi

---

1 Övergripande inriktningsmål, inriktningsmål enligt nämndplan, övergripande prioriteringar, strategiska mål, verksamhetsmål.

2 Ex att hjälp ska utformas efter individuella behov, att arbetet ska bedrivas professionellt, att förebyggande inriktning ska finnas, alla personer med missbruksproblem ska erbjudas rådgivning och behandling, att samverkan ska eftersträvas.

konstaterar att verksamheten inte utarbetat rutiner för att följa upp om insatser ger önskad effekt. Detta bör prioriteras.

## 2. Inledning

### a. Bakgrund

Det skadliga bruket av alkohol har ökat i hela landet liksom narkotikamissbruket hos främst målgruppen under 25 år. Enligt socialtjänstlagen har kommunerna skyldighet att förebygga missbruk och att erbjuda missbrukare vård och behandling. Socialtjänsten har också en uppgift att arbeta uppsökande för att upplysa om verksamheten och erbjuda hjälp.

Socialstyrelsens jämförelser inom missbruks- och beroendevården visar på stora brister i kommunernas uppföljningar av de egna verksamheterna. Bara 38 procent av kommunerna har gjort undersökningar om hur klienterna uppfattar och upplever vården de erbjuds.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård ger rekommendationer om åtgärder inom missbruksvården. Här framhålls användning av bedömningsinstrument för att avgöra val av insats, behandlingsplanering och uppföljning samt att behandling för personer med både missbruk och annan, främst psykiatrisk sjuklighet, bör samordnas.

I såväl Socialtjänstlagen som Hälso- och sjukvårdslagen<sup>3</sup> anges att kommunen och landstinget ska ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Socialnämnden i Marks kommun visar i budgetutfall för 2013 ett överskott om drygt 2 mkr för Vuxenenhetsens verksamhet, vilket motsvarar ca 14 %. Enheten omfattar även LSS<sup>4</sup>-verksamhet, där huvuddelen av detta överskott återfinns vilket förklaras av vakanta tjänster. Verksamhetsberättelsen för 2013 visar att man i kommunen uppmärksammat ett stort inflöde av droger under året och att ovanligt många LVM-utredningar<sup>5</sup> inletts.

Prognos för 2014 påvisar en budget i balans. Vid intervjuerna framhålls att verksamheten fattat förhållandevis få beslut angående tvångsvård (LVM) vilket ses som ett resultat av satsning på flera behandlare, vilket kan engageras redan vid utredning för att motivera till frivillig vård.

---

3 SoL kap 5 § 9 a, HSL § 8b

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

5 Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870) ger socialtjänsten ett ansvar att söka om tvångsvård i syfte att bryta ett livshotande missbruk och för att motivera till frivillig vård.

Jämförelse<sup>1</sup> enligt Kolada, visar att missbruksvården kostar mindre i Mark<sup>6</sup> än i ett urval kommuner med liknande ifo-struktur<sup>7</sup>. Öppenvården är dyrare<sup>8</sup> medan institutionsvården kostar väsentligt mindre per invånare<sup>9</sup> än i jämförbara kommuner.

Revisorerna konstaterar i sin risk- och väsentlighetsanalys att verksamheten har brister i uppföljning av rutiner för samordning av resurser mellan huvudmännen. Det framgår också att enskilda brukares uppfattning inte används för förbättring av verksamheten.

## **b. Revisionsfråga**

Säkerställer socialnämnden att missbruksvården är effektiv och ändamålsenlig samt har den kvalitet som lagstiftning och nämndens mål anger.

### **Granskningsområden**

Nämndens styrning i form av mål och riktlinjer

Nämndens uppföljningssystem

Bedömning av vårdbehov

Kontinuerlig uppföljning i alla ärenden

Rutiner för samverkan med landstinget

Utvärdering av verksamhetens insatser

## **c. Revisionskriterier**

- Socialtjänstlagen
- Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården, publicerad av Socialstyrelsen 2007
- Lokala styrdokument

## **d. Revisionsmetod och avgränsning**

Enskilda och gruppvisa intervjuer har genomförts med

enhetschef, Individ- och familj och funktionshinder

förste socialsekreterare

handläggande socialsekreterare

---

6348 kr/invånare mot 535 i jämförbara kommuner.

7 Ett snittvärde hos de sju kommuner som är mest lika utifrån strukturjusterad standardkostnad för ifo (70 %) och befolkningsstorlek (30 %). De aktuella kommunerna är Ale, Partille, Värnamo, Falkenberg, Alingsås, Oskarshamn och Enköping.

8 265 kr/invånare mot 176 kr/invånare i jämförbara kommuner.

9 74 kr/invånare mot 195 kr/invånare i jämförbara kommuner

personal som arbetar med missbruksinsatser

För uppdraget relevant dokumentation har granskats och analyserats.

Granskning har skett av ett urval om sju personakter där beslut fattats om missbruksvård i öppna former och vid institution.

Rapporten är sakavstämmd i verksamheten och kvalitetssäkrad internt inom PwC.

Granskningen begränsas till insatser riktade till vuxna missbrukare.

### **e. Organisation**

Socialnämnden ansvarar för missbruksvården, vilken organiseras inom Socialförvaltningen. Vuxenenheten ansvarar för myndighetsutövning samt ger stöd vid sociala-, psykiska- och/eller missbruksproblem.

Inom enheten finns en **öppenvårdsverksamhet** som erbjuder individuellt stöd och gruppverksamhet till personer från 18 års ålder. Den innefattar även motivationsarbete och anhörigstöd. För insatserna eftersträvas evidensbaserade metoder<sup>10</sup>. Insatserna ges i huvudsak efter biståndsbeslut<sup>11</sup>. Vård inom öppenvården inleds med motivationssamtal och eventuellt också praktisk stöd vilket följs av en behandlingstid som ofta omfattar tolv veckor med möjlighet till förlängning. Denna följs av utsluss och eftervård.

Rådgivningsbyrån Cesam erbjuder samtalsbehandling, information och rådgivning. Vid granskningens genomförande fanns ca 80 personer i behandling.

Vuxenenheten och vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningen samordnar tillgängliga resurser för personer med missbruks- och psykiska problem i Case Management.

Café-verksamheten erbjuder gruppverksamhet en gång per vecka med inriktning att motivera till vård, förebygga och motverka missbruk.

---

10 Kognitiv beteendeterapi och Motiverande Intervju är metoder som i forskning visat resultat, och som kommer att användas i den strukturerade behandling som kommer att starta under hösten 2014.

11 Erbjudande om insatsen har föregåtts av en individuell utredning, bedömning av behov av vård och beslut om att bevilja insats. Med detta följer krav på kontinuerligt dokumentation och uppföljning.

## 3. Resultat

### a. Nämndens styrning i form av mål och riktlinjer

Fullmäktige fastställer övergripande och strategiska mål av strävanskaraktär. Utifrån dessa lägger kommunfullmäktige årligen i en mål- och resultatplan fast nyckeltal som kopplas till uppdrag hos nämnder och styrelser. Nämndernas planer ska visa vad som åstadkommit för att uppfylla uppdraget från fullmäktige. Verksamhetsplanen visar hur förvaltningen ska åstadkomma det som nämnderna beslutat. Mål och resultat ska tydliggöras i planering och uppföljning på alla nivåer. Analys av verksamhetens resultat ska vara ett resultat för verksamhetsutveckling och för politiska beslut.<sup>12</sup>

Socialnämndens övergripande inriktningsmål<sup>13</sup> säger att all hjälp ska utformas efter individuella behov och med delaktighet från brukare och anhöriga, att arbetet ska bedrivas professionellt och med god kvalitet, att det ska ske i samarbete där detta kan tillföra ett mervärde samt att en rehabiliterande och förebyggande inriktning ska finnas där detta är möjligt. Vidare ska målen baseras på brukarnas och yrkesverksammas erfarenheter och evidensbaserad praktik.

Inriktningsmål enligt nämndplanen 2014 – 2015 säger att personer med missbruksproblem ska erbjudas rådgivning och behandling, stöd i boende och vardagsliv samt verka för att det finns bostäder och aktiviteter. Stöd och insatser ska oftast ges i hemmiljö. Samverkan nämns som särskilt viktigt för att motverka skadeverkningar av alkohol och andra droger.

Nämndens övergripande prioriteringar för 2014 – 2015 är fortsatt ekonomisk och kvalitetsmässig kontroll samt att aktivt delta i närvårdssamverkan. Vidare ska förtydligande av barnperspektivet och metoder för att utveckla anhörigstöd inom vuxenenheten prioriteras.

De strategiska målen säger att förhandsbedömning av anmälan till vuxenenheten ska göras inom 14 dagar samt att nöjda brukare inom individ- och familjeomsorgen ska uppgå till minst 94 % (lika bra eller bättre än föregående mätning). Klienter med aktuell genomförande plan ska uppgå till minst 98 % (lika bra eller bättre än föregående mätning) och samtliga ska vara delaktiga vid utformning av denna.

Verksamhetsmål för vuxenenheten säger att ett deltagande ska ske i närvårdssamverkan, att samverkan ska efterstävas med andra interna enheter och att former ska utvecklas för hemmaplansarbete. Ansvarig är enhetschef, i vissa fall i samverkan med medarbetare. Vidare anges att riktlinjer för handläggning ska

<sup>12</sup> Mark: *Styrsystem för Marks kommun*. Antagen av fullmäktige 2009-11-29.

<sup>13</sup> Mark: Verksamhet Enhetsplan Vuxenenheten 2014.



revideras under året, att pågående samverkansgrupper ska inventeras för att klargöra dess syfte samt att metoder för hemmaplanslösningar ska utvecklas. I detta ingår att identifiera målgrupper i behov av stöd.

I nämndplan 2014 – 2015 nämns riktlinjer för brukarnas delaktighet som bland annat säger att en genomförandeplan ska tas fram i samverkan med brukarna. Vid intervjuerna uppges att riktlinjer i övrigt inte finns för verksamheten.

Vid intervjuer i verksamheten framkommer att nämndens styrning uppfattas vara inriktad på att prioritera ”hemmaplanslösningar”, dvs den egna öppenvården, före placeringar. Ett annat fokus i nämndens styrning uppfattas vara att eftersträva ett barnperspektiv vid handläggning och insatser.

### **Bedömning**

Enligt socialnämndens kvalitetsledningssystem ska verksamhetens mål vara mätbara. Enligt kommunens styrsystem ska verksamhetens resultat vara ett resultat för verksamhetsutveckling och för politiska beslut.

Vi rekommenderar verksamheten att ytterligare utveckla målen för att i högre utsträckning göra dem mätbara. Detta har på ett bra sätt gjorts gällande de strategiska målen som visar indikatorer för att mäta utfall. Vi ser dock en risk att nämndens struktur<sup>14</sup> för målformulering på olika nivåer kan leda till en otydlighet och rekommenderar att detta ses över.

Att flera mål är i överensstämmelse med gällande reglering för verksamheten<sup>15</sup> ser vi som obehövligt och rekommenderar nämnden att undersöka om uppföljning av dessa i stället kan ske genom intern kontroll.

### **b. Nämndens uppföljningssystem**

I nämndplan 2014 – 2015 fastslås att brukarnas delaktighet ska följas upp minst vartannat år genom brukarenkäter.

Vid intervjuerna beskrivs att nämndens mål i första hand följs upp genom nyckeltal i form av antal placerade och en analys av de behov som ligger till grund för dessa beslut, antal brukare i egen öppenvård samt antalet överklagade beslut. Dessa följs upp kvartalsvis. Utöver detta följs antalet ”nöjda brukare” vilket mäts genom enkäter vartannat år.

Vid intervjuerna beskrivs arbetet för att enligt nämndens direktiv utveckla hemmaplanslösningar inom missbruksvården. Verksamheten tar del av exempel från andra kommuner, säkerställer att det finns rätt kompetens inom vården, gör

---

<sup>14</sup> Övergripande inriktningsmål, inriktningsmål enligt nämndplan, övergripande prioriteringar, strategiska mål, verksamhetsmål.

<sup>15</sup> Ex att hjälp ska utformas efter individuella behov, att arbetet ska bedrivas professionellt, att förebyggande inriktning ska finnas, alla personer med missbruksproblem ska erbjudas rådgivning och behandling, att samverkan ska eftersträvas.

inventering inom befintlig vård, ser till att verksamheten är tillgänglig när behoven är som störst, dvs kvällar och helger samt ser över möjligheter att tätare samarbeta med psykatrin gällande boende.

Nämnden har fastställt en plan för intern kontroll. Denna visar valda processer och risker om den inte fungerar tillfredsställande, kontrollmoment och metod för denna, hur ofta kontroll ska göras, till vem rapportering ska ske samt ansvarig. Här noteras bland annat att kontroll ska göras av verkställighet av beslut samt att uppföljning görs av biståndsbeslut. Vid intervjuerna verifieras detta.

Uppföljning av vuxenhetens verksamhetsmål sker vid årets slut. För verksamhetsmålen anges metoder för hur målen ska eftersträvas.

### **Bedömning**

Nämndens strategiska mål enligt plan 2014 - 2015 anges med indikatorer och utfall, vilket ger en god förutsättning för att kunna följa utfall. Detta tillsammans med uppföljning av vissa kvalitativa mål genom brukarenkäter och nyckeltal ger en bild av verksamheten.

Vi ser dock en brist i att utfall för nämndens övergripande styrning i form av inriktningsmål, inte täcks av detta och bör i enlighet med föregående bedömning utvecklas.

### **c. Bedömning av vårdbehov**

En rutin finns för utredning enligt Socialtjänstlagen<sup>16</sup>. Vid utredning av brukarens behov av vård pga missbruk används olika bedömningsinstrument<sup>17</sup> som stöd när det är möjligt utifrån brukarens hälsosituation och vårdbehov.

Då handläggaren bedömer att vårdbehov kan tillgodoses i öppna former görs ett studiebesök tillsammans med brukaren i kommunens behandling. Vid beslut om insatsen upprättas en genomförandeplan<sup>18</sup> vilken utgår från den vårdplanering socialsekreteraren upprättat.

---

16 Mark, Socialförvaltningen: *Rutin för utredning enligt SoL*. Beslutad i ledningsgrupp 2014-05-07. Giltig fr o m 2014-05-07.

17 Flera bedömningsinstrument används. De som främst framhålls är:

ASI (*Addictiv severity index*) - En manual- och databaserad utredningsmetod vid missbruk vilken används av flera kommuner, kriminalvård med flera.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) – formulär för att snabbt kunna identifiera personer med riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion. Används för självskattnig eller som underlag för en strukturerad intervju.

DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) - Ett frågeformulär som syftar till att ta reda på konsumtionsmönster och drogrelaterade problem av olika slag.

Brukarens kontakt med Rådgivningsbyrå CEsam inleds med en kartläggning av situationen.

## Bedömning

Verksamheten följer socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruksvård genom att använda bedömningsinstrument, vilka visar resultat i forskning. Även inom öppenvårdsinsatserna görs en kartläggning av brukarens situation för att säkerställa rätt insatser, vilket bedöms som tillfredsställande.

### **d. Kontinuerlig uppföljning i alla ärenden**

Den vårdplan som socialsekreteraren upprättat vid utredning av den enskildes situation ses som grund för utförarens uppdrag. Utifrån denna upprättas en genomförandeplan tillsammans med brukaren. Vad som framkommer vid utredningen med stöd av olika bedömningsinstrument är också grund för uppföljningen. Denna beskrivs som särskilt värdefull då den ger en bild av förändringar som skett i och med insatsen inom klientens olika livsområden.

I genomförandeplanen anges tid för regelbundna uppföljningsmöten. Dessa sker var tredje eller var sjätte månad enligt intervjuerna. Vid placering på behandlingshem uppges uppföljningsbesöken ske mellan var 4 – 6 vecka.

Enligt *Rutin för verkställighet av insats*<sup>19</sup> framgår att vårdgivaren enligt gällande ramavtal, skriftligen varje månad ska rapportera hur vården fortskrider utifrån genomförandeplanen. Här står också att det i genomförandeplanen ska anges tid för uppföljning och att regelbundna uppföljningar ska inplaneras när vård inom den egna verksamheten inleds.

I *Rutin för samordnad individuell plan*, sägs att planen ska innehålla en tidsplan för bl a uppföljning av insatserna.

Vid Rådgivningsbyrå CEsam följs insatserna upp efter sex månader och efter ett år.

Generellt sett visar aktgranskningen att det saknas mål i vårdplanerna vilket innebär att mål med vården inte tydliggörs. Detta påverkar även uppföljningarnas kvalitet.

## Bedömning

Uppföljning av beslut om insatser görs enligt intervjuerna på ett relevant sätt såväl tidsmässigt som innehållsmässigt genom att göras med grund i vårdplanering som upprättats vid bedömning av brukarens situation och behov. Aktgranskningen visar

---

<sup>18</sup> Genom en återkopplande intervju enligt ASI beskrivs behov inom de olika livsområden som omfattas här, fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning, rättsliga problem, familj och umgänge, boende och fritid samt psykisk hälsa.

<sup>19</sup> Mark, Socialförvaltningen: *Rutin för verkställighet av insats. Vid placering på HVB, extern vård eller annan köpt vård/ behandling*. Beslut Vuxenenheten 2014-01-31.

dock brister i vårdplaneringen varför denna bör ses över för att säkerställa att uppföljningarna är relevanta och därmed också kan säkerställa en god vård såväl individuellt som övergripande.

### ***e. Rutiner för samverkan med landstinget***

Som tidigare nämnts finns en styrning mot ökad samverkan med såväl interna som externa parter. I nämndplan 2014 – 2015 står att arbetet ska *ske i samarbete med interna och externa aktörer där detta kan tillföra ett mervärde*.

Det finns en överenskommelse mellan kommunerna i västra Götaland och Västra Götalandsregionen om samarbete och samordning av insatser till personer med psykiska funktionshinder<sup>20</sup>. Målgrupp är personer i behov av insatser från båda huvudmännen. Den anger gemensam värdegrund, att det ska finnas struktur för samverkan på olika nivåer, ansvar för samordning, huvudmännens ansvarsområden såväl gällande utredning som gällande insatser/vård/behandling samt kostnadsfördelning. Vidare ger den riktlinjer för vårdplanering. Den hänvisar till de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård.

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg ska förbättra samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommun och bidra till att invånarna har tillgång till vård på lika villkor samt att vårdtagare ges bästa möjliga vård och omsorg oavsett var de befinner sig i vården. Syfte är att vårdtagare och grupper samtidigt och samordnat ska erbjudas vård om behov finns av vård- och omsorgsinsatser från både kommun och region. Den enskilde ska inte påverkas när ansvaret för vården delas, eller går över från en vårdgivare till en annan. I Närvårdssamverkan träffas ledningsfunktioner inom socialtjänst och den psykiatriska vården.

För Närvårdssamverkan finns en *Aktivitetsplan*<sup>21</sup> för 2014. Den beskriver uppdrag för det lokala psykiatrirådet som generellt är att bereda ärenden på uppdrag av ledningsgruppen och årligen ta fram en aktivitetsplan. Övriga uppdrag enligt planen är att implementera *Samordnad individuell plan* och bevaka behov av gemensam kompetensutveckling. I planen anges vem som är ansvarig och när aktiviteter ska genomföras.

Vid intervjuerna framkommer att en tydlighet finns i att Närhälsan är ansvarig för den polikliniska avgiftningen.

Vuxenenhetens verksamhetsberättelse för år 2013 beskriver att lokala psykiatriråd omformats för att ge ökad samverkan kring brukare med missbruk och psykisk ohälsa. Rådet får uppdrag från den lokala närvårdssamverkan.

---

<sup>20</sup>Västar Götalandsregionen och Västsvenska kommunernas samorganisation: *Överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen om samarbete och samordning av insatser för personer med psykiska funktionshinder*. 2011-11-03.

<sup>21</sup> Närvårdssamverkan Södra Älvsborg, Mark, Västra Götalandsregionen: *Närvårdsområde Mark. Aktivitetsplan 2014*. 2014-03-21.

En rutin finns för *Samordnad individuell plan*<sup>22</sup> mellan psykiatri, socialpsykiatri och primärvård, när den enskilda behöver stöd från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Enligt planen är båda huvudmännen ansvariga för att initiera samrådsmöten. Planen ska ge en beskrivning av brukarens behov, mål och delmål formulerade av brukare och profession, planerade vård- och stödinsatser, ansvar samt tid för uppföljning. Syftet är att planen ska tydliggöra för den enskilde vilka krav som ställs på respektive huvudman och hur ansvaret fördelas.

Aktgranskningen visar inte samverkan eller ansvarfördelning mellan huvudmännen i enskilda ärenden. Ingen av akterna visar att en samordnad individuell plan upprättats trots att det i flertalet ärenden finns behov av båda huvudmännens insatser och att insatser i några fall också ges från båda huvudmännen samtidigt.

Vid intervjuerna framkommer att det finns svårigheter i samverkan med landstinget som inte når sitt syfte pga en uttalad ”resursbrist” inom landstinget. Detta stör samverkan och motverkar tydlighet i huvudmännens ansvarsgränser. Detta framförallt med den psykiatriska vården.

### **Bedömning**

Det finns en överenskommelse om samarbete och samordning av insatser för personer med psykiska funktioner. Denna bör utvecklas eller kompletteras för att också motsvara lagens krav om att en överenskommelse ska finnas gällande personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Detta bör prioriteras.

Det finns forum för en övergripande samverkan med landstinget gällande missbruksvård i syfte att motverka att enskilda ”faller mellan stolarna”. Vi bedömer dock att denna bör utvecklas för att tydliggöra huvudmännens ansvar och på detta sätt vara ett stöd vid den vardagliga utredningen av sökandes behov av missbruksvård och var den bäst kan tillgodeses.

Aktgranskningen indikerar att rutiner gällande samverkan i enskilda ärenden bör ses över.

### **f. Utvärdering av verksamhetens insatser**

I september 2012 fattade nämnden beslut om ett kvalitetsledningssystem<sup>23</sup>. Systemet ska bland annat säkerställa att det finns uppföljningsbara mål för verksamheten, att egenkontroll ska göras i den frekvens som krävs för att säkerställa kvalitet vilket innefattar att bland annat jämföra verksamhetens kvalitet över tid, brukarundersökningar och granskning av dokumentation. Det slås fast att mål, visioner, etisk värdegrund, serviceåtaganden, policys och rutiner ska finnas.

22 Närvårdssamverkan Södra Älvsborg: *Samordnad individuell plan psykiatri/socialpsykiatri/primärvård*. Ver. 1.2 12-11-01.

23 Mark. Kvalitetssystem för SOCIALNÄMNDEN. Beslut 2012-09-25. Diarie nr: 2012-102 700. Giltigt fr o m 2012-09-25.

Samverkan nämns som en förutsättning för vård och omsorg av god kvalitet. Här sägs också att en uppföljning ska visa om målen nås samt om insatserna ger önskad kvalitet och om arbetet bedrivs enligt fastlagda rutiner.

Samtliga processer inom verksamheten ska bedrivas ”*evidensbaserat på så sätt att planering, genomförande och utvärderingar leder till att förbättringar kan göras*”. Systemet visar att förvaltningsledningen ansvarar för att det styrdokument och de rutiner som stödjer verksamhetens mål och inriktning är kända i verksamheten. Årligen ska en kvalitetsredovisning göras som ingår som en del i verksamhetsberättelsen.

Vid intervjuerna uppges att man idag inte vet om insatserna inom missbruksvården generellt ger resultat. Inom den egna öppenvårdsverksamheten Cesam användes år 2010 ett självskattningsinstrument en tid efter avslutad behandling<sup>24</sup>. Totalt 28 klienter deltog. Utfallet visade att samtliga ökat sitt välbefinnande, sin livskvalitet samt minskat sitt drogbruk.

Vid intervjuerna framkommer även att verksamheten slumpmässigt följer upp fem ärenden per månad med fokus på rättssäkerhet. Kontroll görs i akt att dokumentation sker, vilket omfattar utredning, beslut, vård- och genomförandeplanering samt kontakter med brukaren.

### ***Bedömning***

Nämndens beslut om kvalitetsledningssystem visar att det finns en ambition att kontinuerligt följa upp verksamheten för att säkerställa kvalitet. Kontinuerliga kontroller görs för att säkerställa rättssäkerhet. Detta är tillfredsställande.

Vi konstaterar att verksamheten inte utarbetat rutiner för att följa upp om insatser ger önskad effekt. Detta bör prioriteras.

---

24 Mark, Socialförvaltningen: *Utvärdering av verksamheten Cesam. 28 klienters självskattning av uppfattad livskvalitet, välbefinnande och drogbruk.* Oktober 2010.

2014-08-26

***Lena Brönnert***  
*Projektledare*

---

***Fredrik Carlsson***  
*Uppdragsledare*

---