



FoU arbetsrapport 26:2016

**Uppföljning av överenskommelse
om samverkan mellan region
Östergötland och kommunerna
i Östergötland avseende
missbruks- och beroendevården**

Ingalill Thor

ISSN 1651-0232

© författarna & FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete, Linköpings kommun, Linköping, 2016

Tack!

Projektledaren vill rikta ett stort TACK till alla personer som engagerat ställt upp för intervjuer i kommunerna och regionen! Ni har generöst bidragit med er erfarenhet och kunskap inom missbruksområdet! Tack vare Era synpunkter har vi kunnat genomföra denna uppföljning och få underlag för fortsatt utvecklingsarbete!

TACK också till arbetsgruppen för ert stora engagemang och Er gedigna kunskap!

Projektledare:

Ingalill Thor, FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete, Linköpings kommun

Arbetsgrupp:

Ursula Thieneman, verksamhetschef, Beroendekliniken i Norrköping, NSÖ

Håkan Samuelsson, verksamhetschef, Psykiatri och habiliteringsenheten i Motala, NSV

Jörgen Bergström, verksamhetschef, Beroendekliniken i Linköping, NSC

Olof Johansson, sakkunnig, socialkontoret, Norrköpings kommun

Elisabeth Ulvenäs, gruppchef, omsorgskontoret, Linköpings kommun

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Rekommendationer	4
Förslag till uppföljningsområden	5
1. Uppdrag, syfte	7
Målsättningar	8
2. Metoder	9
2.1 Uppföljningsplan	9
2.2 Avgränsning	10
2.3 Genomförande	11
3. Resultatbeskrivning	12
3.1 Länsövergripande överenskommelser	12
3.2 Lokala överenskommelser, lokalt samarbete	13
3.7 Vad anser man vara viktigast att fokusera på i det fortsatta samarbetet?	22
4. Analys och slutsatser	25
4.1 Kunskap om samarbetsöverenskommelsen	25
4.2 Brukarinflytande	25
4.3 Analys i förhållande till överenskommelsens målsättningar	25
4.4 Analys i förhållande till främjande och hindrande faktorer	29
5. Rekommendationer för fortsatt arbete	31
6. Förslag till prioriterade uppföljningsområden 2016/2017	32
7. Referenser	34
Bilagor	34

Sammanfattning

Överenskommelsen om samverkan avseende missbruks- och beroendevården fastställdes 2014 av regionen och samtliga kommuner i Östergötland. Överenskommelsen tydliggör gemensamma mål, ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och övergripande samarbete inom missbruks- och beroendevården. Ett övergripande syfte med överenskommelsen är att stärka samverkan mellan regionen och kommunerna för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgruppen.

Ledningsgruppen för vård och omsorg (LGVO) i länet beslutade vid sitt sammanträde den 18 september 2015 att ge FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete i uppdrag att följa upp samarbetsöverenskommelsen om missbruks- och beroendevården. Uppföljningen skulle genomföras under perioden november 2015 - mars 2016. En arbetsgrupp och projektledare utsågs att ansvara för uppföljningen.

I projektplanen beskrivs ett antal områden som LGVO beslutade skulle vara i fokus för uppföljningen, nämligen:

- Länsövergripande rutiner och riktlinjer
- Lokala överenskommelser
- Brukarinflytande och samverkan med brukarorganisationer
- Kompetensutveckling för att stärka samverkan
- Ledning och styrning inom ramen för överenskommelsen
- Utfall och effekter av vård och behandlingsinsatser

Resultatet av uppföljningen skulle också stämmas av gentemot överenskommelsens målsättningar.

Representanter för alla 13 kommuner och de tre närsjukvårdsområdenas beroendekliniker har intervjuats. Sammanlagt har 28 personer deltagit i intervjuerna. Flertalet av intervjuerna genomfördes under november och december 2015. I alla kommuner och närsjukvårdsområden har personer med ledningsansvar intervjuats. Därutöver har också medarbetare i andra funktioner inom missbruksvården deltagit.

Uppföljningen visar att det finns en stark samarbetskultur mellan regionen och kommunerna i länet när det gäller missbruksvård. Det avspeglar sig bl.a. i att det vuxit fram alltfler integrerade mottagningar som kommuner och regionen driver tillsammans och att de flesta parter vittnar om ett gott samarbete. Man pekar samtidigt på ett antal områden där samarbetet kan och bör förbättras.

I intervjuerna framkommer också vilka faktorer man anser främjar respektive hindrar ett bra samarbete och vilka frågor som är viktigast att fokusera på under kommande år.

Sammanfattningsvis visar intervjuerna att de viktigaste frågorna är att:

- skapa fler integrerade mottagningar
- förbättra samverkan kring personer med samsjuklighet
- bevara en hög tillgänglighet till insatserna
- värna det goda samarbetet

- använda SIP i högre grad
- förbättra och tydliggöra samarbetet mellan primärvård och specialistvård
- stärka arbetet med uppföljning av resultat
- se över regionens avgifter till kommunerna
- öka samverkan mellan kommuner
- klargöra ansvaret när det gäller behandling av personer med spelberoende

I analysen av utvecklingsarbetet i förhållande till målsättningarna i överenskommelsen ser vi att samarbetet går i en mycket positiv riktning. Samarbetsfrågan är levande i alla delar av länet och alla parter strävar efter att utveckla arbetet vidare. Överens-kommelsens målsättningar är i högsta grad aktuella och frågorna levande ute i regionen och kommunerna.

Vissa av målsättningarna i överenskommelsen, t.ex. inrättande av särskilda mottagningar för unga, har i stort sett uppfyllts medan andra målsättningar aldrig kan anses slutgiltigt uppfyllda. Exempel på detta är målsättningen att möta den enskildes behov och beakta dess önskemål. Samarbete är också en process som fortlöpande behöver bränsle för att hållas levande.

En viktig faktor till att man lyckats väl med de senaste gemensamma satsningarna är att både regionen och kommunerna har varit beredda att satsa samtidigt t.ex. gällande Mini Mariorna.

Rekommendationer

Uppföljningen mynnar ut i ett antal rekommendationer för fortsatt arbete.

Rekommendationerna bygger till mycket stor del på parternas bedömning av vilka som är de viktigaste frågorna att utveckla vidare under kommande år.

Att fortsatt vårda det goda samarbetet som finns och att vidareutveckla det är ett gemensamt ansvar och av grundläggande betydelse. Likaså att med de nationella riktlinjerna och verksamheternas egen kunskapsproduktion som grund erbjuda bästa möjliga insatser för våra patienter/brukare. Insatserna ska fortsatt vara lätt tillgängliga för de som behöver hjälp.

Kommunerna och regionen föreslås satsa extra kraft inom nedanstående områden:

- Personer med samsjuklighet kräver en samordnad och samtidig vård från beroendevård, psykiatri och socialtjänst. Former för detta behöver utarbetas.
- System för uppföljning av målgrupper, insatser och resultat behöver utarbetas, som ett led i en kunskapsbaserad vård och behandling.
- Tillgång till vård för kvinnor i en särskilt utsatt situation.
- Stöd till anhöriga och närstående, särskilt barn, behöver säkras.
- Samordnad individuell plan (SIP) behöver användas i högre grad än idag, som instrument för samordning, ansvarsfördelning och den enskildes delaktighet.
- Säkra kännedom om samarbetsöverenskommelsen och tydliggör samarbetsgruppernas uppdrag och arbete.
- Regionens avgifter till kommunerna för utförda insatser inom missbruksvården t.ex. prover och intyg behöver ses över och tillämpas lika över länet.
- Mindre kommuners behov behöver uppmärksammas vad gäller samarbete, kompetens och utbud av missbruksvård.
- Gränsdragningen mellan primärvård och beroendevård behöver tydliggöras.

Utöver ovanstående områden har flera parter betonat arbetet med att skapa integrerade mottagningar för vuxna i östra och västra länsdelen. Detta arbete är redan prioriterat. Av den anledningen finns inte detta område med i ovanstående lista.

Detsamma gäller arbetet med att hitta former för brukarinflytande. Detta arbete är redan prioriterat av kommunerna och regionen och en länsövergripande arbetsgrupp arbetar med frågan.

När det gäller spelmissbruk hänvisar vi till det pågående arbetet inom regionen.

Förslag till uppföljningsområden

Avtalstiden för samarbetsöverenskommelsen löper t.o.m. 2017 12 31. Vi föreslår att nedanstående tre områden ägnas särskild uppmärksamhet i samband med nästa upp-följning och revidering av samarbetsöverenskommelsen inför 2018. Hur utvecklings-arbetet fortgår föreslås följas upp gällande:

- Samordnat och samtidigt stöd och behandling för personer med samsjuklighet missbruk och psykisk störning
- Uppföljning av målgrupp, insatser och resultat. Vilka når vi, med vilka insatser och med vilket resultat?
- Samordnad individuell plan (SIP)

Arbetsgruppen ser inget behov av en revidering av överenskommelsen i dagsläget. En ny överenskommelse ska utarbetas under 2017, vilket innebär att nödvändiga tillägg eller förtydliganden kan göras i samband med detta.

1. Uppdrag, syfte

Överenskommelsen om samverkan avseende missbruks- och beroendevården fastställdes 2014 av regionen och samtliga kommuner (bilaga 1). Överenskommelsen tydliggör gemensamma mål, ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och övergripande samarbete inom missbruks- och beroendevården. Ett övergripande syfte med överenskommelsen är att stärka samverkan mellan regionen och kommunerna för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgruppen.

Ledningsgruppen för vård och omsorg (LGVO) i länet beslutade vid sitt sammanträde den 18 september 2015 att ge FoU-centrum för vård, omsorg och socialt arbete i uppdrag att följa upp den länsövergripande överenskommelsen om missbruk och beroende enligt det förslag som utarbetats av FoU centrum (bilaga 2).

Vid samma sammanträde beslutade man också att utse en arbetsgrupp som tillsammans med en projektledare skulle ansvara för uppföljningen. Arbetsgruppen som utsågs bestod av:

- Ursula Thieneman, verksamhetschef, Beroendekliniken i Norrköping, NSÖ
- Håkan Samuelsson, verksamhetschef, Psykiatri och habiliteringsenheten i Motala, NSV
- Rose-Marie Johansson, tf verksamhetschef, Beroendekliniken i Linköping, NSC
- Olof Johansson, sakkunnig, socialkontoret, Norrköpings kommun
- Elisabeth Ulvenäs, gruppchef, omsorgskontoret, Linköpings kommun

Från och med januari 2016 har verksamhetschef Jörgen Bergström, Beroendekliniken i Linköping ingått i arbetsgruppen.

Ingalill Thor, projektledare, FoU Centrum för vård, omsorg och socialt arbete, Linköpings kommun, utsågs att leda arbetet.

I projektplanen framgår ett antal områden som LGVO beslutade skulle vara i fokus för uppföljningen, nämligen:

- Länsövergripande rutiner och riktlinjer
- Lokala överenskommelser
- Brukarinflytande och samverkan med brukarorganisationer
- Kompetensutveckling för att stärka samverkan
- Ledning och styrning inom ramen för överenskommelsen
- Utfall och effekter av vård och behandlingsinsatser

Ovanstående fokusområden var desamma som pekades ut i samarbetsöverenskommelsen som viktiga att följa upp.

I projektplanen framgår vidare att uppföljningen också ska göras i förhållande till de målsättningar som är formulerade i överenskommelsen. Därutöver ska hindrande och främjande faktorer för det fortsatta gemensamma arbetet definieras och slutligen ska rekommendationer för det fortsatta arbetet formuleras.

I överenskommelsen finns både övergripande målsättningar och mer konkreta målsättningar formulerade. I förkortad version är målsättningarna följande:

Målsättningar

- Missbruks- och beroendevården i länet ska baseras på de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården och på bästa tillgängliga kunskap
- Samordning och ansvarsfördelning mellan parterna ska ständigt förbättras
- Personer med missbruksproblem ska ges vård och andra insatser på samma villkor som andra. Insatserna ska utgå från den enskildes behov
- Den enskildes önskemål ska så långt som möjligt beaktas
- Individuella planer ska upprättas vid behov och när den enskilde så önskar
- God tillgänglighet
- Regionen och kommunerna ska sträva efter integrerade mottagningar där hu-vudmännens kompetens samordnas
- Särskilda mottagningar för unga bör inrättas där samverkan med skolan är viktig

2. Metoder

I beslutsunderlaget för genomförande av uppföljningen framgick att en konkret uppföljningsplan skulle utarbetas (bilaga 3).

Projektledaren utarbetade inledningsvis ett förslag till uppföljningsplan. Uppföljningsplanen fastställdes av arbetsgruppen i november 2015. Uppföljningsplanen redovisades därefter vid Sakområdessamråd vård och omsorgs (SSVO) sammanträde den 27 november 2015 och vid LGVO:s sammanträde den 11 december 2015.

2.1 Uppföljningsplan

Av uppföljningsplanen framgick följande:

- Den av LGVO utsedda arbetsgruppen ska träffas en gång per månad, förutom under december månad.
- En kontaktperson/representant i varje kommun ska utses.
- Alla kommuner och närsjukvårdsområden ska intervjuas var för sig och så långt som möjligt vid personliga besök. En intervjuguide baserad på projektplanen ska utgöra underlag. Dokumentation ska ske av alla intervjuer och återkoppling och godkännande ske efter varje intervju.
- Insamling av övrig relevant dokumentation.
- Analys av insamlat material.
- Rapportskrivning.
- Redovisning till uppdragsgivaren.

Tidplanen för uppföljningen sträckte sig mellan 1 november 2015 och sista mars 2016 med redovisning till uppdragsgivaren i april 2016.

Eftersom endast två kommuner fanns representerade i arbetsgruppen var det viktigt att alla kommuner skulle få komma till tals. Men även de kommuner och närsjukvårdsområden som fanns representerade i arbetsgruppen skulle intervjuas separat.

Vid arbetsgruppens första sammanträde i november 2015 lyftes några kompletterande perspektiv fram, utöver de s.k. fokusområdena. Dessa var:

- skilj på unga och vuxna
- genusperspektivet
- tillgänglighet
- likvärdig vård
- spelberoende
- de nya nationella riktlinjerna

Ovanstående perspektiv är viktiga delar av överenskommelsen och lyftes därför in i uppföljningsarbetet.

Arbetsgruppen diskuterade också vid sitt första sammanträde dess roll. Gruppen enades om att arbetsgruppen skulle:

- Säkra att uppföljningsprocessen blir så genomtänkt och bra som möjligt

- Lyfta viktiga frågor och perspektiv
- Delta i analysarbetet
- Enas om innehållet i slutrapporten

2.2 Avgränsning

Några avgränsningar gjordes utifrån vad arbetsgruppen bedömde som rimligt med hänsyn taget till den lagda tidplanen och avsatta resurser.

Avgränsningen innebar att följande parter som är viktiga för en välfungerande missbruksvård inte intervjuades:

- Regionens psykiatriska kliniker inklusive öppenvård och privata utförare
- Regionens barnpsykiatriska kliniker inklusive öppenvård och privata utförare
- Regionens primärvård inklusive privata utförare
- Kommunernas socialpsykiatri inklusive privata utförare
- Privata utförare av öppenvård inom kommunernas missbruksvård
- Kommunernas skolor

De uttalanden om dessa parter som förekommer i rapporten görs således utan att de varit tillfrågade om sina perspektiv och synpunkter.

Notera dock att när begreppen regionen och kommunerna används innefattas alla de verksamheter som är finansierade och ”beställda” av regionen/kommunerna, d.v.s. även privata utförare av vård och omsorg inom missbruksområdet.

Eftersom denna uppföljning är den första uppföljningen av samarbetsöverenskommelsen och den genomförs endast ett år efter dess undertecknande, bedömdes att en avgränsning skulle ske till att enbart involvera de parter som har ett extra stort ansvar för missbruksvården i regionen och kommunerna.

Vid kommande uppföljningar är det fullt möjligt att involvera fler parter som är viktiga för ett bra samarbete mellan regionen och kommunerna och kommunerna emellan.

Inte heller patienter/klienter involverades.

Uppföljningen har inte närmare belyst det interna samarbetet inom regionen och inom kommunerna.

Uppföljningen innefattar inte heller någon fördjupad kartläggning av alla insatser som erbjuds av regionen och kommunerna.

Frågan om arbete med spel avser spel om pengar, inte t. ex. dataspel. En behovsanalys om spel och spelberoende som regionen genomfört har nyligen presenterats. Den belyser behov av stöd och behov av förbättringar inom vården. Frågan om spel berörs därför endast kortfattat i denna rapport.

2.3 Genomförande

Intervjuer

Mona Krispinsson, regionens länsamordnare hälso- och sjukvård, socialtjänst, var behjälplig med att uppmana alla kommuner (socialchefer) att ta fram kontaktpersoner som skulle kunna intervjuas.

Representanter för alla 13 kommuner har intervjuats varav tio vid personligt besök. Tre kommunintervjuer har genomförts via telefon (Valdemarsvik, Ydre och Ödeshög). I två kommuner har intervjuer genomförts vid två tillfällen. Därutöver har ansvariga för de tre närsjukvårdsområdenas beroendeklinik eller motsvarande intervjuats. Sammanlagt har 18 intervjuer genomförts med totalt 28 deltagare. Intervjuerna pågick under 1 till 2 timmar. Flertalet av intervjuerna genomfördes under november och december 2015.

I alla kommuner och närsjukvårdsområden har personer med ledningsansvar intervjuats. Därutöver har också medarbetare i andra funktioner inom missbruksvården deltagit.

Inför intervjuerna skickades överenskommelsen och projektplanen ut, där bl.a. särskilt prioriterade uppföljningsområden framgick. Detta gjordes för att respondenterna skulle kunna förbereda sig så bra som möjligt. Intervjuerna genomfördes utifrån en intervjuguide som utarbetats med projektplanen som grund.

Efter varje intervju har en sammanfattning skrivits som återkopplats till den/de intervjuade för att säkerställa att inte missförstånd skett. En kommun (Åtvidaberg) har inte givit återkoppling på sin intervju. Denna personal har nu slutat.

Arbetsgruppens arbete

Arbetsgruppen har träffats vid fyra tillfällen (november 2015 samt januari, februari och mars 2016). I november 2015 diskuterades projektplan, uppföljningsplan, genomförande, dokumentation och tidplan. I januari 2016 diskuterades bl.a. det preliminära resultatet av intervjuerna. Vid sammanträdet i februari 2016 diskuterades ett första rapportutkast med rekommendationer. I mars 2016 enades arbetsgruppen om innehållet i den slutliga rapporten.

3. Resultatbeskrivning

Innan vi redovisar mer specifika resultat inom respektive fokusområde kan vi konstatera att de flesta intervjuade parter beskriver ett gott samarbete mellan regionen och kommunerna. Det finns en upparbetad samarbetskultur. Eftersom överenskommelsens övergripande syfte är att bidra till ett bra samarbete för att kunna erbjuda den enskilde patienten/brukaren bästa möjliga missbruksvård är detta positivt och en grundläggande förutsättning för en kvalitativt bra missbruksvård.

Detta innebär inte att det saknas tydliga förbättringsområden att arbeta med tillsammans och inom den egna organisationen för att höja kvaliteten ytterligare.

Resultatbeskrivningen görs relativt utförlig, eftersom vi i stort sett grundar vår analys på vad som framkommit i intervjuerna.

Inledningsvis beskrivs resultaten per frågeområde. Därefter redovisas övriga resultat som vi bedömer som viktiga i uppföljningen.

3.1 Länsövergripande överenskommelser

Inledningsvis ställdes frågan om parterna över huvud taget kände till att den länsövergripande överenskommelsen (innan den skickades ut) om samverkan inom missbruksvården fanns och om bakgrunden till den. För information kan nämnas att två kommuner (Linköping och Norrköping) och de tre närsjukvårdscentra i regionen deltagit i utarbetandet av förslaget till överenskommelse under 2014.

Alla kommuner utom två kände till att överenskommelsen fanns, men de flesta kommuner kände inte till bakgrunden till att den utarbetades 2015 (krav i ny lagstiftning from 1 juli 2013) och många var osäkra på innehållet.

När det gäller vilken roll denna samverkansöverenskommelse kan spela framhåller flera parter att den är ett viktigt ledningsdokument. Den markerar att man politiskt tycker det är viktigt med samarbete, den ger mandat och anger prioriteringar och det är bra att den är länsövergripande. Man framhåller också att överenskommelsen kan vara ett dokument att ”luta sig” emot när man blir osäker om t.ex. ansvarsfördelningen eller när man bygger gemensamma integrerade mottagningar mellan regionen och kommunerna.

Flera kommuner ser överenskommelsen som ett komplement till de lokala avtalen och överenskommelserna. Några kommuner anser inte att den spelat någon roll i praktiken, då det är de lokala avtalen som är viktiga. Det finns också någon kommun som anser att det inte är ett levande dokument, då ingen informerat om att dokumentet finns.

När det gäller andra länsövergripande dokument som har relevans inom missbruksområdet framhålls SIP-rutinerna och de gemensamma SIP-blanketterna för vuxna respektive för barn. Några parter är dock osäkra på vilka blanketter som gäller, det har funnits flera olika i länet under olika tidsperioder.

Ett annat dokument som nämns är det länsövergripande ramavtalet gällande ungdomsmottagningar. Detta har relevans för denna uppföljning då ungdomsmottagningar ofta möter ungdomar med riskbruk.

3.2 Lokala överenskommelser, lokalt samarbete

Kartläggningen av aktuella avtal och skriftliga överenskommelser mellan regionen och kommunerna visar att det inom de olika länsdelarna finns ett varierat antal avtal.

Här nedan följer en redovisning av nu aktuella avtal och avtal som just nu är under utarbetande. Redovisningen sker länsdelsvis.

För varje länsdel redovisas också de samverkansorgan som är aktuella mellan regionen och kommunerna.

Avtalen om samarbete och gemensamma verksamheter och de samarbetsforum som beskrivs utgör den formella grundstrukturen för samarbetet.

Västra länsdelen:

Nu gällande avtal:

- Samverkansavtal mellan Mjölby, Boxholm och Ödeshögs kommuner och landstinget i Östergötland avseende samordnad mottagning för unga med risk-, missbruks- eller beroendeproblem, Mini Maria. Avtalsperiod t.o.m. 2017 12 31.
- Samverkansöverenskommelse för barns och ungas hälsa 2015-2020. Socialförvaltningen (Motala), Bildningsförvaltningen (Motala) och Närsjukvården, väster.

Avtal under utarbetande:

- Mini Maria i Motala (unga t.o.m. 25 år) – region väst, Motala och Vadstena
- Case Management (CM), region väst och Motala (fler kommuner har erbjudits medverka).
- Resursgrupp ACT; region väst och Motala.
- Gemensamma rutiner kring LVM-processen; region väst och alla kommuner i väst.

Pågående samverkansgrupper i västra länsdelen:

- Strategisk samverkansgrupp, region väst (närsjukvårdsdirektör, primärvårdschef, processledare, verksamhetschefer för psykiatriska kliniken, rehab Väst och medicinska specialistkliniken) och Boxholm, Mjölby, Motala, Vadstena och Ödeshög (socialchefer eller motsvarande).
- Västergruppen, operativa chefer missbruk och psykiatri, region väst och alla kommuner. Arbetsgrupper tillsätts vid behov. För närvarande pågår arbete kring LARO-processen och LVM-processen.
- Styrgrupp Mini Maria i Mjölby.
- Barn och unga i väst – region väst och alla kommuner i väst.

Centrala länsdelen:

Nu gällande avtal:

- Samverkansavtal mellan Linköpings kommun och Landstinget i Ög (centrala) avseende bostad med särskild service Landeryds Ängar (13 pl). Avtalsperiod t.o.m. 2017 04 30.
- Samverkansavtal mellan Linköpings kommun (socialtjänst och skola) och landstinget i Ög (centrala) avseende samordnad mottagning för unga med risk- eller missbruksproblem (unga tom 20 år), Mini Maria (unga t.o.m. 20 år). Avtalsperiod t.o.m. 2018 12 31.
- Samverkansavtal mellan Linköpings kommun och landstinget i Ög (centrala) gällande missbruks- och beroendevården vid Beroendekliniken i Linköping. Avtalsperiod t.o.m. 2017 12 31.

Samverkansgrupper i centrala länsdelen:

- Strategisk samverkansgrupp, region centrala (närsjukvårdsdirektör, primärvårdschef och vårddirektör US) och Kinda, Linköping, Ydre och Åtvidaberg kommuner (socialchefer eller motsvarande). Skolan adjungeras vid behov.
- Samverkan i planeringsarbetet (SAMPLAN), vuxna; region centrala och Kinda, Linköping, Ydre och Åtvidabergs kommuner; operativ grupp missbruk och psykiatri. Arbetsgrupper tillsätts utifrån behov.
- Samverkan i planeringsarbetet (SAMPLAN), barn och unga; region centrala och Linköping, Åtvidaberg, Kinda och Ydre kommuner; operativ grupp barn och familj inklusive missbruk unga. Från kommunerna deltar skola och socialtjänst och från regionen Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken och Barnhabilitering, barn och unga. Arbetsgrupper tillsätts utifrån behov.
- Ledningsgrupp för Mini Maria; region centrala och Leanlink, Råd & Stöd, Linköping.
- Ledningsgrupp för beroendemottagningen (vuxna); region centrala och Leanlink, Råd & Stöd, Linköping.

Östra länsdelen

Nu gällande avtal:

- Ramavtal avseende samordnat samhällsstöd för personer med psykisk sjukdom och missbruk i östra Östergötland (region öst), Finspång, Norrköping, Söderköping, Valdemarsvik. Avtalsperiod t.o.m. 2015 12 31. Ska förlängas.
- Samverkansavtal Moa-mottagningen (unga upp t.o.m. 25 år). Avtal mellan beroendekliniken i östra Östergötland och Norrköpings kommun (skola och socialkontor). Avtalsperiod t.o.m. 2017 08 31. Separat avtal gällande ekonomi.
- Samverkansavtal avseende Stegen, beroendeklinikens gruppverksamhet för nykterhetsstöd. Avtal mellan beroendekliniken i östra Östergötland och Norrköping. Avtalsperiod t.o.m. 2012 12 31. Pågår mindre revidering.
- Samverkansavtal avseende läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatmissbruk (LARO) i östra Östergötland. Regionen och samtliga kommuner i östra länsdelen. Avtalsperiod t.o.m. 2015 12 31. Revidering pågår.
- Behandling för spel; region öst och Norrköpings kommun. Regionen köper öppenvårdsinsatser av kommunen. Avtalsperiod t.o.m. 2016 06 30.
- Samverkan gällande missbruks- och beroendevården. Finspångs kommun – Närsjukvården i Finspång - Beroendekliniken i Norrköping. Behandlingsteamet, integrerad mottagning för vuxna. Avtalsperiod tillsvidare.

Avtal under utarbetande:

- Samverkansavtal mellan regionen och Norrköpings kommun gällande integrerad beroendemottagning för vuxna.

Samverkansgrupper i östra länsdelen:

- Strategisk samverkan öst (SSÖ), region öst (närsjukvårdsdirektör NSÖ och NiF, primärvårdschef, processamordnare, verksamhetschefer Beroendekliniken och Centrum för kirurgi, ortopedi och cancervård samt regionansvarig Aleris) och Norrköping, Finspång, Söderköping och Valdemarsvik kommuner (socialchefer eller motsvarande).
- Operativ samverkan öst (OSÖ), region öst och Norrköping, Finspång, Söderköping och Valdemarsvik kommuner, missbruk och psykiatri. Arbetsgrupper tillsätts utifrån behov.
- Ledningsgrupp för Moa-mottagningen, region öst och Norrköping

Ovanstående avtal följs upp i samband med ställningstagande till förlängning av avtalen. Avtalen revideras däremellan vid behov och efter överenskommelse mellan parterna.

Gemensamma verksamheter – integrerade mottagningar

I överenskommelsen efterfrågas uppgifter om vilka gemensamma verksamheter som finns i länet. Med gemensamma verksamheter avses här verksamheter där man driver verksamhet tillsammans med personal från båda huvudmännen, integrerade mottagningar.

Som framgår av avtalen ovan finns integrerade mottagningar för unga i Norrköping, Linköping, Mjölby och Motala. Dessa mottagningar är relativt nya. Alla har startat under åren 2014-2015.

Vidare framgår att det finns en integrerad mottagning för vuxna i Linköping (Beroendemottagningen). Även i Finspång finns en integrerad mottagning för vuxna, behandlingsteamet. En gemensam mottagning för vuxna är också under uppstart i Norrköping under våren 2016.

Region väst och Motala och Mjölby kommuner har inlett planeringsarbete för att tillskapa integrerade mottagningar för vuxna i Motala och Mjölby. Start planeras till hösten 2016 respektive våren 2017.

Förutom dessa integrerade verksamheter finns ett boende med särskild service i Linköping (Landeryds Ängar) som drivs gemensamt av kommunen och regionen för personer med samtidig sjuklighet i psykossjukdom och beroendesjukdom.

Samtliga mottagningar som beskrivs ovan har en mycket hög tillgänglighet till både kommunens och regionens insatser. De allra flesta öppenvårdsinsatser erbjuds utan biståndsprövning. Detta anser man vara en framgångsfaktor särskilt för unga och deras föräldrar, men också för vuxna. Man har också möjlighet att ta emot de personer som söker hjälp utan längre väntetider. Regionens insatser erbjuds inom ramen för vårdgarantin.

Positiva erfarenheter av samarbete och främjande faktorer

Parterna har tillfrågats om sina erfarenheter av samarbetet i missbruksvården och vad man anser vara främjande faktorer för att samarbetet ska fungera.

De flesta anser att det finns en god vilja till samarbete mellan regionen och kommunerna när det gäller missbruksvård. I flera kommuner finns ett mångårigt positivt samarbete med regionen, både i form av integrerade mottagningar och i form av nära samarbete kring patienter/brukare.

De gemensamma verksamheterna beskrivs av alla ingående parter som mycket värdefulla och i stort väl fungerande. För de mindre kommunerna är det särskilt värdefullt att man lätt kan få kontakt med verksamheterna. Det gäller även de verksamheter som enbart drivs av regionen.

Man lyfter fram vikten av att värna om det goda samarbetet som bygger på tillit till varandra och uthållighet i samarbetet. Tillit byggs upp över tid och måste kontinuerligt vidmakthållas genom dialog kring dessa frågor. Samarbete bygger också på ett givande och tagande över tid.

Att alltid ha patienten/brukaren i centrum när man samarbetar kring den enskilde är självklart och viktigt, så att inte fokus hamnar på vem som ska betala. Att arbeta med SIP:ar som grund i samarbetet kring den enskilde upplevs som positivt. Man måste då tydliggöra ansvar och uppdrag. Man strävar generellt efter att göra SIP:ar i högre grad än idag.

Att kommunerna erbjuder lättillgängligt stöd utan biståndsprövning upplevs av regionen och de flesta kommuner som en framgångsfaktor för en bra missbruksvård.

En annan viktig främjande faktor är att man har rätt förväntningar på varandra, vilket bygger på att man har kunskap om varandras uppdrag. Det är också viktigt för att förebygga att missförstånd uppstår.

Att ”vara i fas” när man ska satsa, är en annan främjande faktor som nämns. När kommuner och regionen vill satsa och har ekonomi att satsa samtidigt underlättar det samarbete och det kan snabbt bli resultat, vilket varit tydligt när det gäller t.ex. Mini Mariorna.

En annan ståndpunkt som lyfts fram är vikten av avtalstrohet. Om man av något skäl vill göra avsteg från avtalet måste det ske en dialog kring detta. Det är viktigt för att upprätthålla tilliten till varandra.

Att aktivt arbeta med avvikelshantering utvecklar samarbetet. Det är viktigt att ledningen får veta när samarbete inte fungerar.

I Motala har man erfarenhet av samlokalisering mellan Mini Maria och Ungdomshälsan, vilket upplevs som mycket positivt i arbetet med ungdomarna. Personalen når tillsammans fler ungdomar med risk- eller missbruksproblematik och samlokaliseringen underlättar samarbete mellan personalgrupperna.

Personalkontinuitet främjar också samarbete. Det tar tid att bygga upp en tillit och en samarbetskultur och ytterst är det personal som samarbetar med varandra.

Uppbyggnaden och uppstarten av Mini Mariorna har varit mycket positivt för att kunna erbjuda ett bra stöd till ungdomar och deras föräldrar. Det samarbete som byggts upp uppskattas även av de mindre kommunerna.

Svårigheter i samarbetet och hindrande faktorer

De främjande faktorer som anges ovan beskrivs också som hindrande faktorer om de inte fungerar.

Andra svårigheter som framkommer vid intervjuerna är gränsdragningsproblem mellan vad som är kommunernas respektive regionens ansvar. Det gäller särskilt kring de områden där man har ett gemensamt ansvar enligt överenskommelsen. Det finns oklarheter som borde kunna klargöras genom diskussion och framtagande av t.ex. checklistor och gemensamma rutiner.

En annan svårighet som finns är de små kommunernas sårbarhet t.ex. när det gäller att upprätthålla kompetens inom missbruksvården och vid återkommande personalomsättning

både när det gäller chefer och medarbetare. Detta påverkar också möjligheterna att bygga upp ett bra samarbete. Vissa av regionens enheter är också små och sårbara.

För regionen är det tydligt att kommunerna har väldigt olika utbud av öppenvård för personer med missbruksproblem. I en del mindre kommuner är utbudet mycket begränsat. Det innebär att invånare i olika delar av länet erbjuds olika kommunala stöd- och behandlingsinsatser. Förslag om mer samarbete mellan kommunerna och eventuellt tjänsteköp av andra kommuner nämns av flera kommuner som åtgärder mot detta.

En stor svårighet som lyfts fram av i stort sett alla kommuner är möjligheten att skapa ett samordnat stöd kring personer med samsjuklighet (psykiska problem och beroendeproblem). Kommunerna uppger att de från psykiatrin ofta möts av inställningen att missbruket måste behandlas först och inte samtidigt med den psykiatriska problematiken. Det innebär att brukarna inte erhåller det bästa stödet. Kommunerna efterlyser ett bättre samarbete mellan den specialiserade psykiatriska vården och beroendevården.

Flera kommuner lyfter också fram svårigheten att samarbeta med regionen vid placeringar på behandlingshem. Det gäller både planeringen av vården/insatserna och kostnadsansvaret när det gäller placering av personer med psykiatrisk diagnos i kombination med missbruk. Ibland finns också oklarheter i vad man ska förvänta sig av beroendevården respektive primärvården när det gäller t.ex. eftervård.

Frågan om regionens uttagande av avgifter ifrågasätts av vissa kommuner. Dels för att det fungerar olika över länet och dels för att förändringar ibland sker utan ”förvarning” och föregående dialog. De avgifter som nämnts är avgifter för LVM-intyg och avgifter för urinprover.

Några av de mindre kommunerna har önskemål om att primärvården i deras kommuner skulle erbjuda provtagning och medicindelning, när det bedöms som relevant. Skälet är att deras brukare skulle slippa återkommande resor in till närmaste beroendemottagning (vilket ibland innebär att kommunens personal måste resa med) och dels att det skulle vara ett led i ett nära samarbete mellan kommunen och primärvården för att nå personer i ett tidigt skede. I en av de mindre kommunerna erbjuder primärvården både provtagning och medicindelning.

En hindrande faktor för ett smidigt samarbete är de olika lagstiftningarna (HSL och SOL) och de olika kraven på dokumentation som är en följd av detta.

Sammanfattning av faktorer som främjar respektive hindrar samarbete:

Främjande faktorer	Hindrande faktorer
Personalkontinuitet	Stor personalomsättning
Integrerade mottagningar	Svårigheter att rekrytera personal
Formaliserad samverkan	Oreglerat samarbete
Patient/brukare i fokus	Bristande tillgång och tillgänglighet till vård
God tillgång tillgänglighet till vård	Otydlig ledning och otydlig organisation för samverkan
Ledningens tydliga stöd	Bristande dialog

Organisation för samverkan på alla nivåer	Orealistiska förväntningar på varandra, misstänksamhet
Kunskap om varandras uppdrag	
Ständig dialog kring samverkan	Olika lagstiftning
Realistiska förväntningar och tillit till varandra	
Gemensam kompetensutveckling	
Samtidig satsning	

De Nationella riktlinjerna inom missbruks- och beroendevården

De nu gällande nationella riktlinjerna kom ut i april 2015. Riktlinjerna är en revidering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård från 2007. I revideringen av riktlinjerna har prioriteringar av åtgärder genomförts och därutöver har tre nya områden inkluderats, nämligen ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser.

Regionen och flera av kommunerna har tagit del av de nya riktlinjerna. Det är dock flera som uppger att man behöver fördjupa kunskapen om de nya riktlinjerna. I samband med att de första nationella riktlinjerna gavs ut 2007 genomfördes breda utbildningsinsatser i länet och många kommuner och regionen har därefter successivt förändrat utbudet av insatser i enlighet med vad som framkom i riktlinjerna 2007.

Övriga frågor

Ett par andra områden som nämnts i uppföljningen är frågan om anhörigstöd och ansvaret för spelbehandling. När det gäller anhörigstöd är kommunerna osäkra på hur regionen arbetar med anhörigstöd och frågan har också väckts om man kunde arbeta mer tillsammans kring stöd till anhöriga.

När det gäller spel finns en osäkerhet i vissa kommuner hur ansvaret ser ut inom regionen, vem man ska hänvisa personer med problem till. Det finns också en osäkerhet kring vad man erbjuder för stöd till denna målgrupp och en oro för att inte alla får hjälp.

3.3 Ledning och styrning inom ramen för överenskommelsen

Detta avsnitt har en stark koppling till övriga avsnitt, då ledning och styrning alltid är en viktig förutsättning för både samarbete mellan huvudmännen och verksamheters utveckling.

Alla parter uttrycker samfällt vikten av att samarbete i missbruksvården styrs och betonas av ledningen och att man aktivt arbetar med att ge bra förutsättningar att samarbeta.

De samarbetsforum som beskrivits ovan under punkt 3.2 bedöms som viktiga för att diskutera och utveckla samverkan. Det finns dock synpunkter på att de operativa samarbetsgrupperna inte alltid har tydliga uppdrag och att inte heller återkoppling efterfrågas från de övergripande samverkansorganen. Här har man svårt att tydligt se hur arbetet styrs och leds.

Flera representanter från kommunerna efterfrågar tydliga verksamhetsplaner/uppdragsplaner som ett instrument för styrning, samarbete och uppföljning. Verksamhetsplaner kan också kommuniceras till andra medarbetare i organisationerna. Om man inte sitter med i samverkansorganen så vet man oftast inte vad som händer där.

För vissa kommuner är det inte heller tydligt vilka samarbetsgrupper som finns och inte heller vilka personer som ingår i grupperna.

Det finns delade meningar om huruvida det är positivt att samarbetsgrupperna på operativ nivå innefattar både psykiatri- och missbruksfrågorna. Ibland upplever man att missbruksfrågorna får alltför litet utrymme i förhållande till psykiatrin.

Det är viktigt att fortlöpande följa upp samverkan och att t.ex. se över behovet av olika samarbetsgrupper.

3.4 Brukarinflytande, brukarmedverkan, samverkan med brukarorganisationer

Intervjuerna visar att det inte finns några strukturerade former för brukarinflytande i form av t.ex. brukarråd inom missbruksområdet i någon kommun eller närsjukvårdsområde. De flesta uppger att det inte finns några brukarorganisationer som representerar personer med missbruksproblem som är intresserade av att ingå i brukarråd.

När det gäller psykiatrin finns det lokala brukarråd och det är också på väg att bildas ett regionalt brukarråd. I region öst ingår representanter för dessa organisationer i samverkansgruppen OSÖ (operativ samverkansgrupp öst, se ovan).

Både kommuner och regionen framhåller att man gjort flera försök att bjuda in brukargrupper och/eller brukarorganisationer för diskussion om hur man skulle kunna främja ett ökat brukarinflytande, men resultatet är hittills magert. Erfarenheten är att det är svårt att tillskapa ett organiserat samarbete med organisationer som representerar brukargruppen.

Det finns dock flera exempel på där man i samband med t.ex. uppbyggnad av ny verksamhet eller vid verksamhetsförändringar bjudit in brukargrupper eller intervjuat brukare för att få del av deras erfarenheter och synpunkter. Denna form av brukardialog har varit mycket givande (t.ex. inför uppbyggnad av Moa-mottagningen i Norrköping och särskilt boende för kvinnor med missbruksproblem i Linköping). Även i Motala har man i samband med förändringar bjudit in berörda brukare för dialog.

Ett annat exempel är att man i t.ex. särskilda boenden för personer med missbruksproblem eller i öppenvårdsverksamheter regelbundet bjuder in de boende eller de som går i behandling till olika typer av ”husmöten” där man har en dialog med brukarna kring verksamhetsfrågor.

Flera kommuner och regionen genomför regelbundet brukarenkäter, där det finns möjlighet att ha synpunkter på verksamheten. De flesta har också rutiner för synpunkter/klagomålshantering som ger den enskilde möjligheter att göra sin röst hörd.

När det gäller den enskildes inflytande över sin egen vård och behandling görs genomförandeplaner/vårdplaner och vid behov samordnade individuella planer.

3.5 Kompetensutveckling för att stärka samverkan

Gemensamma kompetensutvecklingsinsatser mellan regionen och kommunerna angavs i överenskommelsen som ett prioriterat område att följa upp. Att tillsammans planera kompetensutvecklingsinsatser ingår i båda huvudmännens ansvar och är således ett gemensamt ansvar.

Uppföljningen visar att det genomförts ett stort antal kompetenshöjande insatser gemensamt mellan parterna. Parterna har också gemensamt tagit del av kompetensutveckling som arrangerats av andra parter utanför länet.

Av intervjuerna framkommer att det i alla tre länsdelarna finns en "kultur" att bjuda in varandra till olika kompetenshöjande insatser. Exempel på gemensamt deltagande är SIP-utbildningar, utbildning i LVM-lagstiftningen, utbildning i motiverande intervju (MI) föreläsningar och de nationella riktlinjerna.

Flera kommuner deltar tillsammans med andra kommuner i ASI-utbildningar som genomförs i länet.

Det framgår tydligt att där man samarbetar i integrerade mottagningar är gemensam kompetensutveckling ett naturligt inslag. Som exempel kan nämnas de mottagningar för unga (Mini Marior) som byggts upp under de senaste åren i länet. Där finns gemensam handledning och man deltar gemensamt i utbildning i olika arbetsmetoder som är grundläggande i verksamheten. Det sker också ett vardagligt lärande, kompetensöverföring, mellan olika yrkeskategorier, då man arbetar i tvärprofessionella team kring de unga. Ju mer och närmare samarbete man har, desto mer av gemensam kompetensutveckling krävs.

Planering av och uppstart av gemensamma verksamheter är ett gyllene tillfälle till gemensam kunskapsinhämtning och ett ömsesidigt lärande om varandras uppdrag och roller. Studiebesök, kunskapsfördjupning och utbildning beskrivs som vanliga gemensamma aktiviteter bl.a. i samband med skapandet av Mini Maria - mottagningarna i länet.

Detta gäller också den integrerade mottagningen för vuxna i Linköping, där man under många år arbetat gemensamt med kompetensutveckling t.ex. handledning, öppna föreläsningar, gemensamt FoU arbete mm. Inom ramen för Mini Maria i Linköping prövas ett nytt grepp, då man satsat på ett lärandecentrum där både kommunen och regionen avsätter resurser och arbetar tillsammans med t.ex. uppföljning (se vidare under avsnitt 3.6 nedan).

Flera mindre kommuner framhåller att de inte själva kan klara kompetensutveckling inom alla områden. Man uppskattar att bli inbjuden av de större kommunerna alternativt av regionen när det är aktuellt. Man befärar att man ibland glöms bort när det arrangeras insatser i de större kommunerna. Någon kommun framhåller att det också är upp till de mindre kommunerna att efterfråga kompetensutveckling.

I Norrköpings kommun planerar regionen och kommunen att praktisera hos varandra för att närmare lära känna och tydliggöra varandras uppdrag, vilket man också anser vara ett led i kompetensutvecklingen.

3.6 Utfall och effekter av vård och behandlingsinsatser

I överenskommelsen framhålls att både regionen och kommunerna har ett ansvar att förbättra uppföljningen av resultaten av de stöd- och behandlingsinsatser som genomförs. Det är ett led i att utveckla arbetet mot en kunskapsbaserad praktik.

Det finns stora brister när det gäller att inte bara följa upp kvantiteter utan också följa upp resultatet av insatser på ett sådant sätt att man kan dra några slutsatser på gruppnivå. Men det finns också flera verksamheter som tagit ett samlat grepp om uppföljningsområdet och kommit igång med mer strukturerat uppföljningsarbete.

Gemensamt för de flesta är att man upplever sig ”famla” och att man saknar bra metoder för uppföljning.

I några kommuner beklagar man att arbetsbelastning och stor personalomsättning inneburit att man inte kunnat prioritera uppföljningsarbetet. Flera parter ser en utmaning i att integrera uppföljningen i det sociala arbetet och vårdarbetet. Man anser att det är viktigt att hitta metoder som är enkla men ändå tillförlitliga.

I någon kommun menar man att det inte finns någon ”uppföljningskultur”, vilket måste brytas.

Flera kommuner och delar av regionen har sedan flera år använt bedömningsinstrumentet ASI inom missbruksvården för att kartlägga den enskildes behovsområden för att få underlag för val av insats. Målsättningen för dessa har varit att även använda ASI som ett uppföljningsinstrument. Erfarenheten visar dock att uppföljningsintervjuerna i praktiken genomförs i låg grad, vilket innebär att de inte kan ligga till grund för att dra slutsatser på grupp- eller verksamhetsnivå. I några kommuner arbetar man dock vidare med ASI som uppföljningsmetod och försöker få den att fungera.

I några kommuner saknas styrning och ledning när det gäller uppföljning av resultat. Ledningen är inte tydlig vad som förväntas av personalen eller hur man ska arbeta med uppföljning.

Även regionen anser att man kan göra mer när det gäller uppföljning av resultat. Man är överens om att använda Svenskt Beroenderegister (SBR), som är ett nationellt kvalitetsregister för den specialiserade beroendevården. SBR har under senare år utvecklats till större användbarhet och kommer framöver att användas i regionen. De olika länsdelarna har hittills kommit olika långt i användandet av SBR.

Registrets syfte är enligt Socialstyrelsens beskrivning att:

- Följa patienters process genom vårdinsatser/vårdkedjor och beskriva relationen mellan insatser och utfall.
- Göra jämförelser inom och mellan vårdenheter, organisationer och vårdkedjor.
- Studera effekterna av specifika och samordnade insatser för personer med komplexa vårdbehov och/eller samsjuklighet.
- Ta fram underlag för beslutsfattare.
- Underlag för utvärdering och forskning.

En brist är fortfarande att SBR har relativt låg täckningsgrad (knappt 50 %) i landet.

Några kommuner/regioner har under senare år prövat uppföljningsmetoder som man bestämt sig för att implementera och som man tycker fungerar bra.

Det gäller t.ex. Motala, där regionen och kommunen, inom ramen för sin samarbetsöverenskommelse när det gäller unga, under flera år prövat olika uppföljningsmetoder och bestämt att fr.o.m. 1 jan 2016 använda uppföljningssystemet Feedback informed treatment (FIT) och de därtill hörande instrumenten Outcome Rating Scale (ORS) och Session Rating Scale (SRS) inom Mini Maria, Motala. FIT kompletteras också med t.ex. kartläggning av kvantitativa data, som beskriver aktuell målgrupp.

När det gäller Mini Maria i Linköping har man sedan starten arbetat med UngDok, som är ett kartläggnings- och uppföljningsinstrument som är särskilt utarbetat för Maria-mottagningar i landet. Deltagande i longitudinell forskning erbjuds via anslutning till UngDok, vilket innebär att resultatuppföljning kommer att ske på flerårig basis. Mini Maria Linköping deltar i denna studie. Man använder sig också av instrumentet FIT för uppföljning av kortare kontakter. Man framhåller värdet av att man sedan start bestämt hur man ska arbeta med uppföljning. Internt stöd för uppföljningsarbetet finns genom det gemensamma ”lärandecentrum” som är en integrerad del av Mini Maria.

Även i Norrköpings Moa-mottagning har man beslutat att börja använda UngDok som uppföljningsinstrument. När det gäller ungdomars behandling på behandlingshem (Hem för vård eller boende, HvB) kommer man att använda UBU-VB (Uppföljning Barn och Unga - Vård och boende), som är ett brett uppföljningssystem där man intervjuar den unga, föräldrar och socialsekreterare efter placeringen.

Även Linköpings kommun använder UBU-VB som uppföljningssystem av ungdomar placerade på HvB.

Även i Finspång arbetar man aktivt med uppföljning av resultat. Förutom ASI bedömningar/uppföljningar används skattningsinstrument som den enskilde får fylla i där man själv skattar hur livssituationen har förändrats. Förutom resultatuppföljning följer man upp andra variabler såsom t.ex. fullföljd behandling, längd på insats m.m.

Inom beroendemottagningens öppenvård i Linköping används FIT som uppföljningsinstrument med goda erfarenheter.

Flera kommuner framhåller att deras brukarenkäter också innehåller frågor till den enskilde om resultatet av stödet/behandlingen. Brukarenkäterna utgör därmed ett komplement till andra uppföljningsmetoder.

3.7 Vad anser man vara viktigast att fokusera på i det fortsatta samarbetet?

För att få en uppfattning om vad kommunerna och regionen anser vara viktigast att fokusera på under kommande år tillfrågades alla kommuner och regionen specifikt om detta.

Skapa fler integrerade mottagningar

I västra och östra länsdelen lyfts särskilt fram målsättningen att skapa integrerade mottagningar för vuxna i Norrköping, Mjölby och Motala. I Motala och Mjölby har det tidigare funnits sådana mottagningar med av p.g.a. bland annat olämpliga lokaler har dessa upphört. Även i Norrköping har det tidigare funnits en integrerad mottagning. För de berörda kommunerna och regiondelarna är detta en av de mest prioriterade frågorna att hitta bra lösningar på.

Bättre samverkan kring personer med samsjuklighet, psykisk sjukdom och beroende
Att förbättra samarbetet kring personer med en samtidig psykiatrisk- och beroendeproblematik är för många parter en mycket viktig fråga. Som framgått tidigare finns det problem när det gäller samarbete mellan psykiatrin, beroendevården och socialtjänsten. Detta gäller även unga som i högre grad än vuxna har en psykiatrisk problematik.

Bevara en hög tillgänglighet till insatserna

I de kommuner där man i hög grad erbjuder öppenvård utan biståndsprövning, dels i verksamheter där samarbete finns med regionen och dels i annan verksamhet för målgruppen, är man mycket angelägen att även fortsättningsvis kunna erbjuda insatserna på "service". Den finns en oro med anledning av den rättsliga prövning som pågår av detta sätt att erbjuda insatser.

Att erbjuda insatser utan biståndsprövning anses vara en viktig framgångsfaktor när det gäller att nå personer med behov av missbruksvård, inte minst kvinnor.

Värna det goda samarbetet som finns

Att värna och bibehålla det goda samarbetet som redan finns är angeläget för flera parter. Genom fortgående dialog kring arbetssätt, förväntningar, roller och genom att aktivt förmedla samarbetstanken till nyanställda vill man bevara ett gott samarbete, hela tiden med patienten/brukaren i centrum. I detta arbete ingår att fortlöpande diskutera och tydliggöra samarbetet, rutiner och gemensamma arbetsprocesser.

Använda SIP i högre grad

Arbetet med att använda SIP:ar som ett instrument för att tillsammans med patienten/brukaren tydliggöra ansvar och insatser behöver stärkas. Man poängterar att detta är ett viktigt instrument, även om man arbetar i gemensamma team i de integrerade mottagningarna. Det är också ett instrument för att stärka samarbetet. Det råder en viss osäkerhet om vilka blanketter som man kommit överens om att använda i länet.

Förbättra samarbetet mellan primärvård och specialistvård

Både från regionen och från flera kommuner framhåller man vikten av att tydliggöra ansvarsgränserna mellan primärvård och den specialiserade beroendevården. Flera av de mindre kommunerna önskar mer samarbete med primärvården, vilket förutsätter klara ansvarsgränser.

Uppföljning av resultat

Som tidigare framgått är ett förbättrat arbete med uppföljning av resultat ett viktigt område för de flesta svarande. Att lära av varandra i länet är ett förslag som framförs.

Avgifter för bl.a. LVM intyg, urinprover

För närvarande har regionen i praktiken olika tillämpning av avgifter inom missbruksvården. Det råder också oklarheter kring vem som har ansvaret att bekosta t.ex. LVM-intyg. LVM-intyg krävs vid tvångsomhändertagande av personer. Urinprov tas i första hand för att påvisa narkotikaintag och för att därigenom kunna föreslå rätt åtgärder. Avgiftsfrågan behöver ses över enligt flera parter.

Ökad samverkan mellan kommuner

Det finns en önskan att sträva efter en likvärdig vård i kommunerna likaväl som inom regionen. Det är svårt för de mindre kommunerna att upprätthålla kompetensen inom alla områden. Det finns behov av nätverk mellan kommunerna när det gäller missbruksfrågor. Kanske skulle mindre kommuner kunna köpa tjänster från större kommuner. Det är också viktigt att komma ihåg att de större kommunerna har mycket att lära från de mindre.

Klargöra hur ansvaret ser ut när det gäller spelberoende

Från både kommuner och regionen anser man att ansvaret för behandling av personer med spelmissbruk behöver tydliggöras, bl.a. behöver tydliga uppdrag ges inom regionen. Det behöver också tydliggöras och säkerställas att målgruppens behov kan tillgodoses.

4. Analys och slutsatser

Inledningsvis kan konstateras att det varit mycket intressant att arbeta med denna uppföljning. Alla intervjuer har varit okomplicerade att planera och genomföra. Alla kommuner och regionen har visat ett stort engagemang i missbruksfrågor och av intervjusvaren framgår att man överlag har höga ambitioner i arbetet för en bra vård och omsorg för personer med missbruksproblem. Det stora antalet frågor som man lyft fram som viktiga i det fortsatta arbetet visar på en god vilja att utveckla arbetet vidare både i kommunerna och i regionen.

Det är positivt att man inte bara påtalat det som fungerar bra utan att man också pekat på områden som behöver förbättras och utvecklas vidare gemensamt.

4.1 Kunskap om samarbetsöverenskommelsen

Som framgår av resultatbeskrivningen ovan känner relativt många till att samarbetsöverenskommelsen finns. Det är dock flera som har dålig kunskap om innehållet.

I samband med intervjuerna har alla tagit del av överenskommelsen och de flesta tycker att det är ett viktigt dokument som kan vara vägledande i det konkreta samarbetet mellan regionen och kommunerna.

Det finns alltid en risk att denna typ av övergripande dokument inte alltid är kända ute i organisationerna och inte heller av ledningspersonal på en ”lägre” nivå. Det är ofta en utmaning att sprida kunskap om syfte och innehåll med övergripande dokument om man vill att de ska fylla en funktion i vardagsarbetet. Vår bedömning är att överenskommelsen bör vara känd hos all ledningspersonal inom missbruksvården, både i regionen och i kommunerna.

Denna uppföljning av överenskommelsen bör kunna användas för att påminna om överenskommelsen och samtidigt göra den mer känd i länet.

4.2 Brukarinflytande

Både kommunerna och regionen tycker att det är svårt att hitta former för ett samarbete med brukarorganisationer. Framförallt för att det finns så få organisationer att samarbeta med som kan sägas representera brukargrupper. I många kommuner finns inte någon organisation alls.

Det pågår ett arbete på länsnivå med att utveckla den modell för brukarsamverkan som finns inom psykiatri/socialpsykiatri för att hitta former för brukarinflytande även inom missbruksvården. En särskild arbetsgrupp arbetar med detta uppdrag.

4.3 Analys i förhållande till överenskommelsens målsättningar

I beslutsunderlaget för genomförande av uppföljningen framgår att analysen ska ske i relation till överenskommelsens målsättningar. Vidare ska hindrande och främjande faktorer för det fortsatta gemensamma arbetet definieras och slutligen ska rekommendationer för det fortsatta arbetet formuleras.

I överenskommelsen finns både övergripande målsättningar och mer konkreta målsättningar formulerade. I förkortad version är målsättningarna följande:

Målsättningar

- Missbruks- och beroendevården i länet ska baseras på de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården och på bästa tillgängliga kunskap
- Samordning och ansvarsfördelning mellan parterna ska ständigt förbättras
- Personer med missbruksproblem ska ges vård och andra insatser på samma villkor som andra. Insatserna ska utgå från den enskildes behov
- Den enskildes önskemål ska så långt som möjligt beaktas
- Individuella planer ska upprättas vid behov och när den enskilde så önskar
- God tillgänglighet
- Regionen och kommunerna ska sträva efter integrerade mottagningar där huvudmännens kompetens samordnas
- Särskilda mottagningar för unga bör inrättas där samverkan med skolan är viktig

I överenskommelsen beskrivs också att arbetet ska inriktas på att den enskilde utöver vård och behandling får tillgång till boende och sysselsättning och att unga ges stöd att gå i skolan.

De nationella riktlinjerna och bästa tillgängliga kunskap

Kunskapen om de nationella riktlinjerna från 2007 har varit god i länets kommuner och i regionen och ligger till grund för många av de vård- och behandlingsinsatser som erbjuds. De under våren 2015 publicerade reviderade riktlinjerna är inte lika väl kända över länet. De nya rekommendationerna riktar sig dels till beslutsfattare och personer i ledningsfunktion och dels till personal i direkt verksamhet. Riktlinjerna är pedagogiskt utformade och lätt tillgängliga på nätet både i form av skriftligt material och i form av filmer och kortare föreläsningar.

Det bör noteras att utöver rekommendationerna bör personalen även ta hänsyn till patientens/brukarens särskilda förutsättningar och önskemål samt den egna professionella expertisen. Flera kunskapskällor (evidensbaserad praktik) behövs för att komma fram till lämplig insats för den enskilde.

Alla aktörer bör ansvara för att kunskap om de reviderade nationella riktlinjerna sprids i respektive organisation.

Inom regionen pågår ett arbete med att revidera vårdprogrammen som rör missbruksvården utifrån de nya nationella riktlinjerna.

För att kunna utveckla sin verksamhet behöver man ha kunskap både om sin brukargrupp/patientgrupp och av resultatet av insatserna.

Kunskap om de brukargrupper man når och resultatuppföljning är två viktiga beståndsdelar för att skapa en kunskapsbaserad missbruksvård. Gemensamt för alla uppföljningssystem är att man måste använda dem systematiskt för att man ska kunna dra några säkra slutsatser av utfall på gruppnivå. Det är också angeläget att hitta uppföljningsmetoder som integreras i det övriga arbetet och som är relativt enkla att implementera.

Som framgår av intervjuerna har en hel del arbete initierats för att få grepp om aktuell patientgrupp och för att arbeta med resultatuppföljning i verksamheterna. Det behövs dock ytterligare åtgärder för att komma vidare med detta arbete både i flera kommuner och inom

regionen. När det gäller regionens uppföljningsarbete är inriktningen i alla tre länsdelarna att använda det nationella kvalitetsregistret SBR som grunddokument för uppföljning av resultat.

Samordning och ansvarsfördelning, lokalt samarbete

Alla parter har en hög ambition att förtydliga ansvar och samordna resurser på ett bättre sätt. När det gäller de insatser som båda huvudmännen ansvarar för kan en tydlig gränsdragning ibland vara svår att göra jämfört med där det tydligt är den enes eller andres ansvar. Ofta efterfrågas tydliga riktlinjer, men det är inte alltid det går att formulera strikt hur ansvaret ska fördelas.

Det är alltid en dialog mellan parterna som krävs, där en kultur om ett ömsesidigt givande och tagande är en bra grund för att samarbetet ska fungera. Genom den framväxt som varit och som fortgår av allt fler verksamheter som drivs i samverkan stärks möjligheterna att hitta fungerande ansvarsfördelning i vardagsarbetet.

Vi kan konstatera att regionen och kommunerna har en väl utarbetad samverkan och grund för samordning när det gäller missbruksvården. Vi ser dock att det finns särskilda svårigheter att samordna insatser och tillgodose behov gällande personer med samsjuklighet (psykisk störning och missbruks/beroendeproblematik). Denna fråga tas återkommande upp även i kommuner där samarbetet i övrigt fungerar väl.

Vi bedömer att detta är en brist som regionen och kommunerna behöver hitta arbetssätt och samarbetsformer för att åtgärda.

Personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre förlopp, varför det är viktigt att behandla båda tillstånden samtidigt. Det framgår tydligt i de nationella riktlinjerna. Den specialiserade psykiatrin har här en viktig roll att spela för att hitta lösningar. Idag finns en stor risk att denna målgrupp inte får sina behov tillgodosedda och dessa personer tar ofta stora resurser i anspråk. Ett professionellt nätverk/team med samlad kompetens från båda huvudmännen krävs för att ge en adekvat vård och omsorg till denna målgrupp. I den behovsanalys inom missbruksvården som regionen redovisade 2014 uppskattas andelen personer med samsjuklighet till 42 % av de som vårdas för sitt missbruk. Socialstyrelsens uppskattar andelen till 30-50 % på nationell basis.

Det finns mycket positiva erfarenheter av ett samlat och gemensamt arbete kring denna målgrupp när det gäller t.ex. boende. Lärdomar från detta kan dras.

Insatser utifrån den enskildes behov och önskemål, individuella planer

Det är grundläggande i all missbruksvård att den utformas utifrån individens behov och med beaktande av den enskildes önskemål så långt det är möjligt.

Vår uppfattning är att det är utmärkande för det mesta av missbruksvården i länet, även om insatserna i vissa fall borde samordnas bättre mellan huvudmännen. Varje huvudman arbetar med genomförandeplaner respektive vårdplaner som verktyg för att tydliggöra insatser och den enskildes medverkan i behandlingsarbetet.

Samordnad individuell plan har börjat användas i arbetet med den enskilde, men man har gemensamt en ambition att göra fler. SIP är ett tydligt och bra instrument för att åstadkomma

en tydlig ansvarsfördelning i det individuella fallet. Att använda SIP i högre grad är därför en viktig ambition som bör följas upp.

När det gäller personer med spelmissbruk är det oklart om den enskildes önskemål beaktas.

God tillgänglighet

För personer med missbruk eller beroende är det viktigt med snabb tillgång till vård, då motivationen oftast är störst när den enskilde aktivt söker hjälp. Det är därför viktigt att snabbt erbjuda hjälp för att vård/ behandling ska vara framgångsrik, både vid förstahandskontakter och senare vid återfall. Detta gäller tillgången till både hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser.

Men tillgänglighet handlar också om att det ska finnas alternativ och valmöjligheter för den enskilde. För att kunna erbjuda ett brett utbud av insatser krävs utökad samverkan, både mellan kommuner och regionen och mellan kommunerna. De mindre kommunerna har av naturliga skäl inte möjlighet att erbjuda ett lika brett utbud som de större kommunerna.

Vår bedömning är dock att det i stort sett är en god tillgänglighet till den vård och omsorg som erbjuds i länet när det gäller missbruksvård. De flesta parter lyfter också fram att man vill värna en god tillgänglighet.

Inom ramen för missbruksutredningen (SOU 2011:6) belystes genusperspektivet i missbruks- och beroendevården i Sverige i en särskild rapport.

Av rapporten framgår att cirka en tredjedel av patienterna inom missbrukarvården är kvinnor, vilket ungefär motsvarar den beräknade andelen av kvinnor med alkoholproblem i Sverige. Man fann inga uppenbara skillnader i tillgång till vård utifrån kön i gruppen som helhet. Däremot identifierades vissa grupper av patienter med större behov och sämre tillgång till vård; kvinnor utsatta för sexuella och/eller fysiska övergrepp, gravida kvinnor med missbruk, familjer med missbruksproblem, psykiskt sjuka kvinnor med komplexa vårdbehov samt unga med en antisocial problematik. De studier av behandlingsresultat som finns påvisar små skillnader i behandlingsutfall mellan könen. De svårigheter som konstaterades var att ge individuellt anpassad behandling utifrån kön, problematik och andra psykosociala/medicinska behov i kommuner utanför storstadsregionerna. Personer med missbruksproblem är en heterogen grupp med olika behov och förutsättningar, oavsett kön. Detta innebär att en differentierad vård krävs för alla.

I rapporten konstateras att samsjukligheten mellan alkoholism och annan psykiatrisk sjukdom är vanligare hos kvinnor (ca 60 procent) än hos män (cirka 40 procent).

Detta innebär inte att regionen och kommunerna når alla personer med risk-, missbruks- eller beroendeproblem. I riktlinjerna lyfter man fram att man bör öka tillgängligheten ytterligare genom att verksamheter med breda kontaktytor med befolkningen t.ex. primärvården bör uppmärksamma och erbjuda behandling. Det gäller särskilt för de personer som har mindre omfattande problem och därför i första hand har kontakt med sjukvården för olika somatiska och psykiska problem.

De vårdprocessprogram som är under utarbetande inom regionen kommer att tydliggöra ansvaret inom regionen för primärvården och specialistvården när det gäller alkohol, narkotika, samsjuklighet och unga. Vårdprocessprogrammet för läkemedel är utarbetat.

Vi vill här poängtera att vi inte närmare följt upp hur tillgången till boende och sysselsättning för målgruppen ser ut. Vi vet sedan tidigare att detta är områden där det är svårt att möta upp de behov som finns bland annat på grund av bostadsbrist och svårigheter att erhålla arbete.

Integrerade mottagningar för unga och vuxna

Integrerade mottagningar för unga har framgångsrikt skapats i alla tre länsdelarna under 2014-2015. Skolan finns med i avtalen för Mini Mariorna i Linköping och Norrköping. I Mjölby och Motala är skolan en nära samverkanspart.

I Norrköping, Motala och Mjölby är åldersgruppen för mottagningarna unga upp t.o.m. 25 år medan Linköpings mottagning har åldersgruppen unga upp t.o.m. 20 år.

Integrerad mottagning för vuxna finns i Linköping sedan många år. Under 2015 har denna mottagning förstärkt arbetet med unga mellan 20-26 år. Även i Finspång finns sedan flera år en integrerad mottagning för vuxna.

I Norrköping öppnas den integrerade mottagningen för vuxna den 1 april 2016. Även i Motala och Mjölby kommuner och i region väst är det en prioriterad fråga att snarast möjligt bygga gemensamma mottagningar för vuxna.

Det är mycket positivt att fler integrerade mottagningar startat och planeras över länet. Det är ett led i att skapa en likvärdig vård över länet.

Sammanfattning måluppfyllelse

I analysen av utvecklingsarbetet i förhållande till målsättningarna i överenskommelsen ser vi att samarbetet går i en mycket positiv riktning. Samarbetsfrågan är levande i alla delar av länet och alla parter strävar efter att utveckla arbetet vidare. Överenskommelsens målsättningar är i högsta grad aktuella och frågorna levande ute i regionen och kommunerna.

Vissa av målsättningarna i överenskommelsen, t.ex. inrättande av särskilda mottagningar för unga, har i stort sett uppfyllts medan andra målsättningar är ett ständigt pågående arbete som aldrig blir färdigt t.ex. frågor om möta den enskildes behov och beakta dess önskemål.

Samarbete är en process som fortlöpande behöver bränsle för att hållas levande.

En viktig faktor till att man lyckats väl med de senaste gemensamma satsningarna är att både regionen och kommunerna har varit beredda att satsa samtidigt t.ex. gällande Mini Mariorna. Det har funnits ett ömsesidigt och samtidigt intresse.

4.4 Analys i förhållande till främjande och hindrande faktorer

Av intervjuerna framkommer en stor samstämmighet och medvetenhet om vilka faktorer som främjar respektive hindrar en bra samverkan. Om de förhållanden som främjar en bra samverkan ej finns, blir de istället hindrande faktorer. Här nedan nämns några viktiga faktorer.

Stora och små kommuner

De mindre kommunerna har tydliga utmaningar när det gäller missbruksvården. Det gäller bl.a. att upprätthålla kompetens och erbjuda ett utbud av en kvalitativt bra vård.

Avståndet till de större kommunerna, där de integrerade mottagningarna finns, försvårar för enskilda och för personalen i kommunerna. De finns också sällan med som en avtalspart i de integrerade mottagningarna. Undantaget är Mini Maria i Mjölby. I östra länsdelen är de mindre kommunerna med i avtalet gällande LARO och ramavtalet avseende arbete med personer med samsjuklighet.

Av intervjuerna framkommer att de mindre kommunerna blir mer delaktiga när det gäller t.ex. kompetensutveckling om de formellt finns med i avtalen.

De mindre kommunerna har bl.a. i centrala länsdelen tidigare erbjudits att vara avtalspartner i de samarbetsavtal som gäller de integrerade mottagningarna för unga och vuxna. De har då efter diskussion avböjt medverkan.

En annan svårighet är att de mindre kommunerna är mer sårbara p.g.a. mindre personalgrupper som arbetar med missbruksfrågor. Inte sällan är det endast en handläggare och en behandlare anställda. Vid personalomsättning bryts kontinuiteten både gentemot klienter och i samarbetsforum. Svårigheter att rekrytera ny personal är också en faktor som påverkar samarbete och den vård som erbjuds. De små enheterna innebär också att färre personer ska bemanna samarbetsorganen.

Flera kommuner lyfter själva fram att mer samarbete mellan kommunerna i form av nätverk eller tjänsteköp skulle kunna vara en väg att pröva inom missbruksvården. När det gäller andra områden t.ex. familjehemsarbete, familjerätt och social jour är det vanliga samarbetsformer och erfarenheterna mycket positiva.

Vår bedömning är att man bör sträva efter att så många kommuner som möjligt ansluter sig till samarbetsavtalen och att man initierar olika former till samarbete mellan kommunerna. Det skulle stärka både kompetensen i de mindre kommunerna och utbudet för brukarna. Det skulle kunna bidra till en mer likvärdig missbruksvård i länet.

En annan fråga är om det är möjligt att bygga ett närmare samarbete med primärvården i de mindre kommunerna. Detta är bl.a. avhängigt av hur vårdprocessprogrammen utformas och efterlevs.

Samarbetsavtal och samarbetsforum, information

Avtalen om samarbete och gemensamma verksamheter och de samarbetsforum som finns utgör den formella grundstrukturen för samarbetet. Det är positivt att samverkan formaliseras i allt högre grad genom bl.a. integrerade mottagningar, då det binder samman parterna i ett gemensamt ansvarstagande och avtalet ger ramar, tydlighet och stabilitet och ger förutsättningar för långsiktighet i arbetet. Att arbetsgrupper tillsätts för särskilda utvecklingsfrågor är positivt, då det möjliggör en systematik i arbetet och att fler kan vara delaktiga.

Ju större tydligheten och transparensen är kring vad man arbetar med i samarbetsgrupper på olika nivåer, desto större chans att spekulationer och osäkerhet minskar.

Fler av de mindre kommunerna är fr.o.m. 2016 knutna till samarbetsforumen. Det gäller t.ex. i centrala länsdelen, där de mindre kommunerna kommer att ingå de operativa samarbetsgrupperna. Det kommer att innebära att de får tillgång till en arena där missbruksfrågorna och frågor om samarbete kan diskuteras, både när det gäller kompetens, innehåll i vården, uppföljning och andra aktuella frågor.

Det bör vara möjligt att hitta former för informationsöverföring till andra berörda utan alltför mycket tyngande administration. Om fler känner sig informerade bidrar det till att ge legitimitet åt samarbetet.

Ledning, styrning och ledningens stöd

En samskapskultur måste genomsyra alla led i organisationen, inte minst ledningen. Överenskommelsen om samarbete är en viktig del i styrningen av detta arbete, vilket också flera parter lyft fram.

Ledningen ansvarar för att kontinuerligt verka för och betona samarbete och ska också skapa förutsättningar för samverkan mellan personalgrupper och samverkan kring den enskilde. Det kan inte nog betonas att ledningens uttalade stöd för samverkan är viktig.

Många parter i denna uppföljning upplever ett starkt stöd från ledningens sida, men i vissa fall är man osäker. Det är särskilt påtagligt i t.ex. kommuner med stor omsättning på chefsnivå.

Ledningens stöd är också väsentlig för att tydliggöra och skapa en kultur för resultatuppföljning, vilket flera kommuner påtalat.

All verksamhetsutveckling och samarbete bygger på tålamod och uthållighet och ledningens stöd.

Kunskap om varandras uppdrag, tillit och respekt för varandra

Kunskap om varandras uppdrag, lagstiftning m.m. är grundläggande för ett respektfullt samarbete med rätt förväntningar på varandra och för att undvika missförstånd. Ett aktivt arbete kring detta måste pågå fortlöpande.

5. Rekommendationer för fortsatt arbete

Rekommendationerna bygger till mycket stor del på parternas bedömning av vilka de viktigaste frågorna är som man vill utveckla under kommande år.

Att fortsatt vårda det goda samarbetet som finns och att utveckla det vidare är ett gemensamt ansvar och av grundläggande betydelse. Likaså att med de nationella riktlinjerna och vår egen kunskapsproduktion som grund erbjuda bästa möjliga insatser för våra patienter/brukare. Insatserna ska fortsatt vara lätt tillgängliga för de som behöver hjälp.

Vi sammanfattar här de områden som vi utifrån denna uppföljning anser vara mest angeläget att satsa extra kraft på att utveckla under de närmaste åren.

- Personer med samsjuklighet kräver en samordnad och samtidig vård från beroendevård, psykiatri och socialtjänst. Former för samverkan och innehållet i vården behöver tydliggöras.
- System för uppföljning av målgrupper, insatser och resultat behöver utarbetas, som ett led i en kunskapsbaserad vård och behandling.
- Tillgång till lättillgänglig vård för kvinnor i en särskilt utsatt situation behöver förbättras.
- Stöd till anhöriga och närstående, särskilt barn, behöver fortsatt säkras och utvecklas.
- Samordnad individuell plan (SIP) behöver användas i högre grad än idag, som instrument för samordning, ansvarsfördelning och den enskildes delaktighet.
- Säkra kännedom om samarbetsöverenskommelsen och tydliggör samarbetsforumens uppdrag och arbete.
- Regionens avgifter till kommunerna för utförda insatser inom missbruksvården t.ex. prover och intyg behöver ses över och tillämpas lika över länet.
- Mindre kommuners behov behöver uppmärksammas vad gäller samarbete, kompetens och utbud av missbruksvård.
- Gränsdragningen mellan primärvård och beroendevård behöver tydliggöras.

När det gäller flera av ovanstående områden tror vi att det kan underlätta om man tar ett länsövergripande grepp. Ofta finns olika erfarenheter i olika länsdelar, vilket kan vara berikande i utvecklingsarbetet.

Utöver ovanstående områden har flera parter betonat arbetet med att skapa integrerade mottagningar för vuxna i östra och västra länsdelen. Detta arbete är redan prioriterat. Av den anledningen finns inte detta område med i ovanstående lista.

Detsamma gäller arbetet med att hitta former för brukarinflytande. Detta arbete är redan prioriterat av kommunerna och regionen och en länsövergripande arbetsgrupp arbetar med frågan.

När det gäller spelmissbruk hänvisar vi till det pågående arbetet inom regionen. Efter genomförd behovsanalys 2015 pågår nu arbete med att utarbeta s.k. patientlöften och leverantörssatser inför 2017. Dessa kommer att ta sin utgångspunkt i de behov som framkom i behovsanalysen, vilka är desamma som framkommit i denna uppföljning. På nationell nivå pågår en remissomgång av det förslag som lagts på socialdepartementet gällande ny lagstiftning inom HSL och SoL där förslaget är att spelmissbruk ska jämföras med substansburet missbruk såsom t.ex. alkohol och narkotika. Om riksdagen beslutar i enlighet med förslaget kommer regionen och kommunerna att ha ett delat ansvar för vård och behandling på samma sätt som när det gäller annat missbruk.

6. Förslag till prioriterade uppföljningsområden 2016/2017

Avtalstiden för samarbetsöverenskommelsen löper t.o.m. 2017 12 31. Vi föreslår att nedanstående tre områden ägnas särskild uppmärksamhet i samband med nästa uppföljning och revidering av samarbetsöverenskommelsen inför 2018. Hur utvecklingsarbetet fortgår föreslås följas upp gällande:

- Samordnat och samtidigt stöd och behandling för personer med samsjuklighet missbruk och psykisk störning

- Uppföljning av målgrupp, insatser och resultat. Vilka når vi, med vilka insatser och med vilket resultat?
- Samordnad individuell plan (SIP), implementering och omfattning.

Arbetsgruppen ser inget behov av en revidering av överenskommelsen i dagsläget. En ny överenskommelse ska utarbetas under 2017, vilket innebär att nödvändiga tillägg eller förtydliganden kan göras i samband med detta.

7. Referenser

Avtal och samarbetsöverenskommelser mellan regionen och kommunerna

Missbruks- och beroendevård. Behovsanalys 2013. Landstinget i Ög

Missbruks- och beroendevård. Behovsanalys 2014. Landstinget i Ög

Missbruks- och beroendevård. Patient och leverantörssatser 2015. Region Östergötland.

Spelproblem och spelberoende. Behovsanalys och brukardialog 2015. Region Östergötland.

Vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Nationella riktlinjer. Socialstyrelsen 2015.

Internet: www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjermissbruk/

Kvinnor och män i behandling för missbruksproblem – lika och olika? Christina Scheffel Birath, med. dr. och leg. psykolog
Stefan Borg, docent och verksamhetschef Beroendecentrum Stockholm
Kap 15 i Missbruksutredningens forskningsbilaga, SOU 2011:6

Bilagor

Bilaga 1 - Samarbetsöverenskommelsen

Bilaga 2 - Beslutsunderlag för genomförande av uppföljning

Bilaga 3 - Uppföljningsplan

