

Revisionsrapport – en granskning i samverkan
mellan revisorerna i Västra Götalandsregionen
och Göteborgs Stad

Samverkan avseende samsjukliga **– personer som både har ett missbruk och** **psykisk ohälsa**

Maj 2018

Samverkan avseende samsjukliga – personer som både har ett missbruk och psykisk ohälsa

Revisorerna i Västra Götalandsregionen
Yrkesrevisorer: Kari Aartojärvi (projektledare), Anna Ljungkvist och Josephine Massie
Diarienummer: REV 2017-00106

www.vgregion.se

Stadsrevisionen i Göteborgs Stad
Yrkesrevisorer: Joakim Sebring och Lisa Nöjd (projektledare), Christina Lundqvist
Diarienummer: 235/18

www.goteborg.se/stadsrevisionen

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| Inledning och läsanvisning | 4 |
| Sammanfattning | 5 |
| Bakgrund | 7 |
| Granskningens utgångspunkter | 9 |
| Samverkan mellan Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad | 9 |
| Syfte och revisionsfrågor | 12 |
| Revisionskriterier | 13 |
| Metod | 13 |
| Granskade verksamheter och avgränsning | 14 |
| Iakttagelser och bedömningar | 17 |
| Finns det förutsättningar för verksamheterna att bedriva en ändamålsenlig samverkan? | 17 |
| Är ansvarsfördelningen för samverkan kring målgruppen tydlig? | 25 |
| Genomförs kontroller och uppföljning som säkerställer att samverkan sker? | 39 |
| Identifieras risker för målgruppen och vidtas åtgärder för att hantera dessa risker? | 51 |
| Sammanfattande bedömning | 53 |

Inledning och läsanvisning

Rapporten ”Samverkan avseende samsjukliga – personer som både har ett missbruk och psykisk ohälsa” blev klar den 15 maj år 2018. Till rapporten finns också ett rapportsammandrag.

Rapporten syftar till att bedöma om samverkan mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen, för vuxna personer med samsjuklighet och behov av samordnade insatser, bedrivs på ett ändamålsenligt sätt.

Läsanvisning

Vi inleder med en sammanfattning av vad vi har granskat och vad vi har kommit fram till. Därefter beskriver vi utgångspunkterna för granskningen. På sidorna 17–55 följer våra iakttagelser och bedömningar. Vi har delat in redovisningen i fem olika delar. För varje del beskriver vi de revisionskriterier som granskningen utgår ifrån och våra iakttagelser. Varje del avslutas med en bedömning. Vår sammanfattande bedömning finns på sidorna 56–57. Rapporten avslutas med att beskriva delar av det framåtsyftande arbete som har genomförts sedan granskningen påbörjades.

Rapporten, med diarienummer 235/18, och rapportsammandraget finns tillgängliga på kommunens hemsida: www.goteborg.se/stadsrevisionen.

Rapporten, med diarienummer REV 2017-00106, och rapportsammandraget finns tillgängliga på regionens hemsida: www.vgregion.se.

Sammanfattning

Stadsrevisionen i Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionens revisorer har gemensamt granskat samverkan mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen för vuxna personer med samsjuklighet och behov av samordnade insatser. Samsjuklighet innebär att personer har både missbruk och psykisk ohälsa, vilket ställer särskilda krav på samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om samverkan mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen, för vuxna personer med samsjuklighet och behov av samordnade insatser, bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. I granskningen ingår stadsdelsnämnderna Askim-Frölunda- Högsbo och Majorna-Linné, social resursnämnd inom Göteborgs Stad och inom Västra Götalandsregionen styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vi har granskat följande:

- Finns det förutsättningar för verksamheterna att bedriva en ändamålsenlig samverkan?
- Är ansvarsfördelningen för samverkan tydlig?
- Finns det processer och rutiner som säkerställer att samverkan sker?
- Genomförs kontroller och uppföljning som säkerställer att samverkan sker?
- Identifieras risker för målgruppen och vidtas åtgärder för att hantera dessa risker?

Vår sammanfattande bedömning är att samverkan mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen, för vuxna personer med samsjuklighet och behov av samordnade insatser, inte bedrivs på ett tillräckligt ändamålsenligt sätt.

Även om förutsättningar finns för samverkan på ett övergripande plan i form av samverkansorganisation, överenskommelse, mål och ledningssystem, så saknas lokala anpassningar i verksamheterna som ger konkret vägledning i det dagliga arbetet. Processer och rutiner behöver anpassas och tillämpas för att säkerställa att samordnade individuella planer upprättas, att egenkontroller och riskanalyser görs och att avvikelser rapporteras på ett systematiskt och ändamålsenligt sätt och i tillräcklig omfattning. Dokumentation, uppföljning och analyser av samverkan bör ske mer systematiskt.

Hälso- och sjukvårdsavtalet med underliggande överenskommelse pekar ut riktningen men vi bedömer att det saknas konkret styrning för att realisera såväl avtal och överenskommelse som kvalitetsledningssystem. Vi menar att styrningen mot övergripande mål bör säkerställas i underliggande verksamhetsplaner.

Den bristande samsynen kring gränssnitten för kostnad, ansvar och uppdrag innebär enligt vår bedömning att det finns risk för att personer med samsjuklighet inte får den vård och omsorg den har behov av. Det finns en risk för att de olika uppfattningarna som noterats, såväl inom verksamheterna som mellan huvudmännens verksamheter, avseende ansvar kopplat till samverkan om den samsjukliga målgruppen, leder till att den enskilde individens behov åsidosätts. Ytterst är det en risk för patientsäkerheten.

Sedan granskningen påbörjades har arbete kopplat till målgruppen genomförts. Bland annat har Västra Götalandsregionen och kommunerna tagit fram en handlingsplan som kan ge förutsättningar att bidra till en bra vård och omsorg för samsjukliga.

Vi uppmanar granskad styrelse och granskade nämnder att beakta de synpunkter som lämnas i denna granskningsrapport och ta med dessa i det pågående utvecklingsarbete som sker inom verksamhetsområdet. De brister som noterats i granskningen bör föranleda att styrelse och nämnder vidtar åtgärder för att komma till rätta med bristerna och för att tillse att samverkan sker mellan parterna så att personer med samsjuklighet får en vård och omsorg i enlighet med vad lagstiftning och föreskrifter säger.

Sahlgrenska Universitetssjukhusets styrelse, social resursnämnd och de granskade stadsdelsnämnderna bör verka för att Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad ger uppdrag till samverkansorganisationen att löpande följa upp arbetet och stödja genomförandet av handlingsplanen.

Bakgrund

Samlingsbegreppet ”samsjukliga” avser personer som både har ett missbruk och psykisk ohälsa. Dessa personer har ofta behov av vård och stöd både från region och kommun. Att tillhöra gruppen samsjukliga kan innebära omfattande sociala och hälsomässiga konsekvenser. I och med att missbruk och psykisk ohälsa stärker varandra är det också vanligt med en allvarligare problematik. Samsjuklighet kan till exempel innebära ökad risk för suicidförsök och suicid. Denna grupp uppvisar även en högre dödlighet generellt jämfört med övriga befolkningen.¹

Missbruk och psykisk ohälsa definieras på olika sätt i föreskrifter och verksamheter. Detta gör det svårt att bedöma hur många personer som lider av samsjuklighet. Att det finns ett starkt samband mellan missbruks- eller beroendeproblematik och psykisk sjukdom är emellertid tydligt. Forskning visar att 30–50 procent av de som söker hjälp för missbruk eller beroende även kommer att ha en psykisk sjukdom någon gång i livet. Av de personer som söker vård för psykisk ohälsa bedöms 20–30 procent ha ett pågående missbruk eller beroende.²

Personer med samsjuklighet har vanligen sämre behandlingsutfall än andra grupper, och hänvisas ofta fram och tillbaka mellan olika huvudmän. Samtidigt är inte utformningen av vården, med olika huvudmän för olika verksamheter, anpassad för personer med flera samtidiga problem.³ Studier visar också att patienter och klienter generellt är missnöjda med hur samordningen fungerar i vård och omsorg.⁴

Ytterligare en problematik för personer med behov av samordnade insatser är att uppföljningen ofta brister. Uppföljning görs vanligen ur verksamhets- eller huvudmannaperspektiv och inte ur patient- och brukarperspektiv. Fokus ligger på strukturer och processer snarare än på de resultat som vården och omsorgen ska leda till. Uppföljningen

¹ Socialstyrelsen (2012) ”Samsjuklighet” i *Kunskapsguiden*, www.kunskapsguiden.se (hämtat 2017-08-22).

² Agneta Öjehagen (2011) ”Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom” i SOU 2011:6 *Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga*.

³ Ibid.

⁴ Myndigheten för vårdanalys (2016) Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. PM 2016:1.

tenderar att utgå från enskilda verksamheters ansvarsområden snarare än personens samlade livssituation.

Myndigheten för vårdanalys ser indikationer på att de lagstadgade gemensamma överenskommelserna om samarbete mellan kommuner och landsting har fått ett begränsat genomslag i praktiken. Detsamma gäller de samordnade individuella planerna som syftar till att utgöra ett instrument för samordning på individnivå.⁵

Samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård är därmed viktig för att enskilda personer ska kunna få insatser utifrån sina individuella behov när det finns behov av stöd från både kommun och landsting. För att kunna bedöma hur väl samverkan mellan huvudmännen fungerar har stadsrevisionen i Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionens revisorer tidigare genomfört gemensamma granskningar. I dessa granskningar har brister konstaterats.⁶

Stadsrevisionen i Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionens revisorer har gemensamt granskat samverkan mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen för vuxna personer med samsjuklighet och behov av samordnade insatser.

⁵ Myndigheten för vårdanalys (2016) Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv. Rapport 2016:2.

⁶ ”Samordnad vårdplanering för sjuka äldre” (2015) och ”Samverkan mellan kommunen och regionen kring barn med behov av samordnade insatser” (2016).

Granskningens utgångspunkter

Samverkan mellan Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska kommun och landsting samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvård.⁷ Lagstiftaren pekar särskilt på vikten av samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård för målgruppen samsjukliga bland annat genom att kravställa att en överenskommelse avseende detta ska ingås.⁸

Inledningsvis följer en beskrivning av samverkansorganisationen som berör den aktuella målgruppen.

Samverkan inom Västra Götalandsregionen

Västsvenska kommunalförbundens samorganisation (fortsättningsvis Västkom), arbetar med utvecklingsfrågor på uppdrag av de fyra kommunalförbunden i Västra Götaland. Strukturerna och strategierna för samverkan sker i huvudsak delregionalt. VästKom har ett uppdrag att vara partsföreträdare för hela kommunkollektivet och i frågor som rör ansvar och gränssnitt mellan huvudmännen. I Västra Götaland finns sex vårdssamverkansgrupper där företrädare från kommunerna, primärvården och sjukhusen möts för utveckling av den nära och sammanhållna vården. Både offentliga och privata vårdgivare är inbjudna att delta.⁹ En av dessa vårdssamverkansgrupper heter Samverkan i Göteborgsområdet och beskrivs i nästa stycke.

Samverkan i Göteborgsområdet¹⁰

Inom Göteborgsområdet samverkar Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård, kommunal vård och omsorg, socialtjänst samt skola. Det övergripande målet är att utveckla och fördjupa samverkan mellan kommun, sjukhus och primärvård inom Göteborgsområdet i arbetet med att utjämna skillnader i hälsa. Den enskilde ska få god och säker vård, stöd och omsorg med effektiva samordnade insatser.

⁷ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 7 kap. 7§ och 11 kap. 3§.

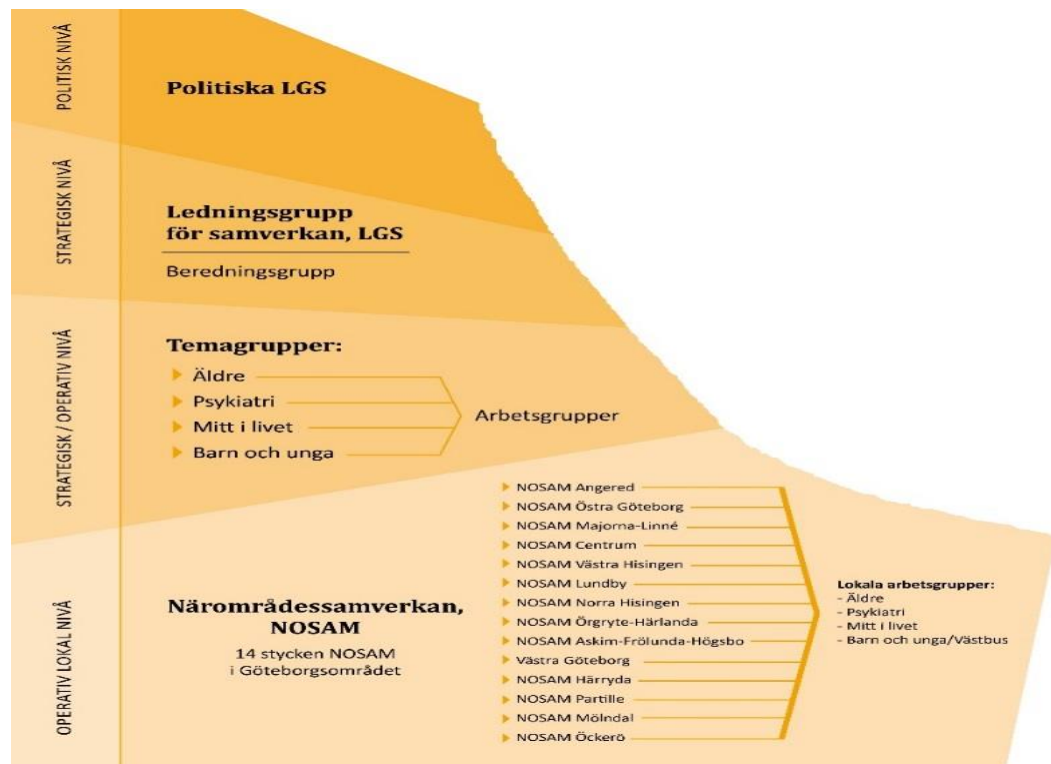
⁸ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 16 kap. 1, 3,4§§ och socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap. 9§.

⁹ Vårdssamverkan Skaraborg, Närvårdssamverkan Södra Älvsborg, Vårdssamverkan i Fyrbodal, Samverkan i Göteborgsområdet, Samverkan i mellersta Bohuslän och Ale samt Vårdssamverkan i Lerum och Alingsås.

¹⁰ I Göteborgsområdet samverkar Västra Götalandsregionen, Göteborgs Stad, Härryda kommun, Mölndal Stad, Partille kommun och Öckerö kommun.

Webbplatsen Samverkanstorget.se syftar till att stödja samverkan mellan kommun och region i Göteborgsområdet genom att vara en arena för kommunikation. Här publiceras överenskommelser, styrdokument, rutiner och minnesanteckningar från de olika samverkansgrupperna inom ”Kommun och sjukvård - Samverkan i Göteborgsområdet”.

Nedanstående figur (1) illustrerar hur Samverkan i Göteborgsområdet är organiserad, därefter följer en förklarande text.



Figur 1. Samverkansorganisation i Göteborgsområdet

Politisk nivå

Det politiska samrådets roll är att ge, följa upp och styra uppdrag. Huvuduppdraget är målinriktad praktisk politik i syfte att utveckla och fördjupa samverkan mellan kommun, sjukhus och primärvård inom Göteborgsområdet i arbetet med att utjämna skillnader i hälsa. Samrådet representeras av både regionen och staden. Uppgifterna är att ha en gemensam spaning på strategiskt övergripande frågor, bidra till gränsöverskridande verksamhets- och kunskapsutveckling, vara politiskt forum för frågor som berör samverkan mellan kommun och sjukvård i Göteborgsområdet, styra samverkansarbetet genom att fastställa uppdrag för ledningsgruppen (se nedan) samt ta initiativ till uppdrag, organisering och finansiering av samverkanslösningar mellan parterna.

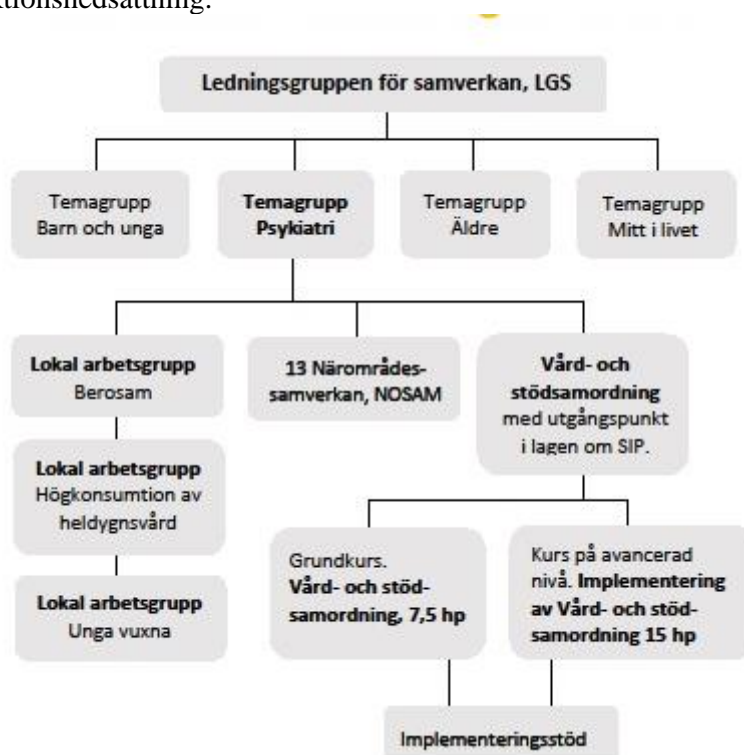
Strategisk nivå

Ledningsgruppen för samverkan består av representanter från kommun, Västra Götalandsregionen; primärvård, specialistsjukvård, habilitering

och hälsa samt concernkontoret. Ledningsgruppen ansvarar för strategiska frågor, att ta fram övergripande mål, utgöra remissinstans för Västra Götalandsregionen och VästKom med flera samt ansvara för budget och uppföljning. Varje huvudman ansvarar för att förankra beslut och informera i sin verksamhet.

Strategisk/operativ nivå

Det finns fyra temagrupper (se bild nedan) som arbetar för att utveckla samverkan. Grupperna består av verksamhetsansvariga chefer i linjeorganisationen från de olika organisationerna med kompetens utifrån temagruppens område. Representanterna i dessa grupper ska förankra frågor i den egna organisationen så att beslut om gemensamma arbeten kan fattas. I Temagrupp Psykiatri är målgruppen personer med ett neuropsykiatriskt tillstånd och komplex samsjuklighet mellan exempelvis psykisk sjukdom och missbruk, somatisk sjukdom eller intellektuell funktionsnedsättning.



Figur 2. Organisation för temagrupp psykiatri

Berosam

Berosam är en arbetsgrupp under Temagrupp Psykiatri med uppdrag att belysa, analysera och föreslå förändringar för att minska avvikelser och förbättra samverkan kring individer med missbruk/beroende och/eller psykisk ohälsa. Arbetsgruppen består av representanter från Psykiatri affektiva och Verksamhet Beroende, primärvård, frivård, kommunerna Partille, Härryda, Mölndal och Göteborg, som alla ansvarar för att hämta information om brister i det praktiska arbetet kring samverkan från den

egna verksamheten. När brister i samverkan upptäcks ska verksamhetens egen rutin för att hantera avvikelser följas. En avidentifierad kopia på avvikelse i samverkan ska skickas till ledamot i Berosam eller till processledare i Temagrupp Psykiatri.

Operativ lokal nivå

Inom Samverkan i Göteborgsområdet finns nio områden för närområdessamverkan (i dagligt tal kallat NOSAM).¹¹ Här återfinns valda områdes- och verksamhetschefer från primärvård, kommun och stadsdel. NOSAM:s uppdrag är att gemensamt definiera och arbeta utifrån behoven i närområdet. Om NOSAM inte kan lösa en fråga kan den lyftas till respektive temagrupp för vidare behandling.

Beredningsgrupp

Till temagrupperna finns en beredningsgrupp med uppdrag att bereda ärenden från temagrupperna, NOSAM och regionala grupperingar till ledningsgruppen för samverkan. Gruppen består av ordförande från respektive temagrupp, ordförande och vice ordförande i ledningsgruppen samt processledaren för ledningsgruppen.

Beslut som fattas i någon av de nu beskrivna konstellationerna inom Samverkan i Göteborgsområdet gäller inte per automatik i respektive organisation. Varje huvudman ansvarar för att fatta självständiga beslut och genomföra överenskommelser inom den egna organisationen.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om samverkan mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen, för vuxna personer med samsjuklighet och behov av samordnade insatser, bedrivs på ett ändamålsenligt sätt.

Med ändamålsenligt sätt avser vi att de granskade nämnderna och den granskade styrelsen lever upp till gällande regelverk och har en styrning och uppföljning av att så sker.

Granskningen ska svara på följande revisionsfrågor:

- Finns det förutsättningar för verksamheterna att bedriva en ändamålsenlig samverkan?
- Är ansvarsfördelningen för samverkan tydlig?
- Finns det processer och rutiner som säkerställer att samverkan sker?

¹¹ Totalt finns 13 NOSAM-områden, 9 för Göteborgs Stad och 4 för kranskommunerna.

- Genomförs kontroller och uppföljning som säkerställer att samverkan sker?
- Identifieras risker för målgruppen och vidtas åtgärder för att hantera dessa risker?

Revisionskriterier

Revisionskriterier är de grunder som används vid analys och bedömningar. I granskningen har följande revisionskriterier använts:

- Kommunallagen (1991:900)
- Socialtjänstlagen (2001:453)
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Patientlagen (2014:821)
- Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (2015).

För att sätta granskningens iakttagelser och bedömningar i ett sammanhang specificeras och förklaras revisionskriterierna löpande i rapporten.

Metod

För att svara på revisionsfrågorna har vi genomfört intervjuer med personer inom de granskade verksamheterna, vårdsamverkansgruppen Samverkan i Göteborgsområdet, Göteborgs Stads stadsledningskontor och Västra Götalandsregionens koncernkontor. Totalt har vi intervjuat cirka 50 personer.

Vi har granskat den dokumentation som har bedömts vara relevant. Utgångspunkten har varit styrning och uppföljning vilket innebär att vi har granskat styrande dokument samt dokumentation kopplad till verksamheternas systematiska kvalitetsarbete.

För att skapa förståelse för hur samverkansprocessen kan se ut har vi genomfört ett antal stickprov vid berörda verksamheter inom socialtjänsten. Stickproven utgörs av enskilda ärenden där socialtjänsten på något sätt har samverkat med Sahlgrenska Universitetssjukhusets beroendevård utifrån klientens samsjuklighet och behov.

Granskade verksamheter och avgränsning

Granskningen gäller samverkan mellan Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad för vuxna personer (från och med 18 år) som har behov av samordnade insatser på grund av missbruk eller beroende och psykisk funktionsnedsättning. Dokumentgranskning avser perioden 2016–2017, intervjuer har genomförts under år 2017 och stickproven avser perioden 1 april 2016 till och med 1 april 2017. Granskningen tar därmed sin utgångspunkt i dessa underlag och tidsmässiga avgränsningar.

Både Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad har organiserat sin verksamhet i syfte att uppfylla de krav som lagstiftning och föreskrifter ställer.

Göteborgs Stad

Inom Göteborgs Stad är det stadsdelsnämnderna och social resursnämnd som har ansvar för alla uppgifter enligt socialtjänstlagen. Stadsdelarna ansvarar för myndighetsutövningen inom socialtjänsten. För den målgrupp som ingår i granskningen är det sektor individ- och familjeomsorg och funktionshinderverksamheten som handlägger och fattar beslut om insatser. Social resursnämnd ska stödja stadsdelsnämnderna och genomföra insatser inom det sociala området när det gäller stöd till familjer och enskilda individer.

Granskade nämnder i Göteborgs Stad är stadsdelsnämnderna Askim-Frölunda-Högsbo, Majorna-Linné och social resursnämnd.

Inom stadsdelsnämnderna har vi avgränsat granskningen till individ- och familjeomsorgens vuxenenheter. Detta eftersom huvudansvaret i båda stadsdelarna ligger på individ- och familjeomsorgens vuxenenheter för handläggning av samsjukliga individer.

Inom social resursnämnd har granskningen avgränsats till följande två verksamhetsområden.

- Verksamhetsområdet ”Boende och socialjour” som erbjuder boende och akutplatser för bland andra hemlösa personer med psykisk funktionsnedsättning med eller utan missbruk. I verksamheten finns cirka 1200 boendeplatser med allt från akutplatser till mer långsiktigt boende. På uppdrag av och i samverkan med stadsdelarnas socialtjänst utför de insatser efter den enskildes behov och önskemål.
- Verksamhetsområdet ”Stöd till familjer och individer” som innefattar bland annat tre behandlingsgrupper och mottagningar som erbjuder rådgivning och psykosocialt stöd och behandling för vuxna med drogproblem. Det finns också en alkoholordgivning för vuxna med tunga alkoholproblem samt deras anhöriga.

Granskningen är därmed avgränsad till den verksamhet som utförs inom socialtjänstlagens område och i rapporten uttrycks detta med samlingsbegreppet socialtjänst(en).

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

I Västra Götalandsregionen är det styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset som ingår i granskningen.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset är organiserat i sex områden samt en sjukhusgemensam administration. Inom Område 2 finns Verksamhet Beroende som arbetar med utredning och behandling av personer med missbruk/beroende med eller utan samtidig psykiatrisk problematik. Verksamheten bedrivs vid Östra sjukhuset samt vid ett flertal enheter och mottagningar i olika delar av Göteborgs kommun. Vi har avgränsat granskningen till denna verksamhet eftersom huvudansvaret för vården av samsjukliga individer ligger här. Arbetssättet är integrerat vilket innebär att psykiska, sociala och medicinska faktorer beaktas samtidigt. På vissa mottagningar och avdelningar arbetar även personal från socialtjänst och Kriminalvård.

Det går inte att exakt ange patientgruppens storlek, men verksamhetsledningen uppskattar att det handlar om cirka 5000–6000 patienter per år. Cirka 80 procent av personerna inom målgruppen finns inom Verksamhet Beroende. Det finns även ett mindre antal på avdelningar för affektiva och funktionsnedsatta.

Gemensam verksamhet

Järntorgsteamet är ett samverkansteam för personer med komplex problematik av missbruk, beroende och psykisk sjukdom. Teamet drivs gemensamt av Göteborgs Stad, Västra Götalandsregionen och Kriminalvården. Järntorgsteamet har också ingått som en del i granskningen.

Samverkansorganisationen

Som vi inledningsvis har beskrivit så finns det inom Västra Götalandsregionen sex vårdssamverkansgrupper där företrädare från kommunerna, primärvården och sjukhusen möts för utveckling av den nära och sammanhållna vården.¹² Aktuellt för denna granskning är den vårdssamverkansgrupp som benämns ”Samverkan i Göteborgsområdet”. Denna består av fyra nivåer (politisk, strategisk, strategisk/operativ, operativ) med olika grupperingar inom varje nivå. På den strategiska nivån finns ledningsgruppen för samverkan som består av representanter

¹² Vårdssamverkan Skaraborg, Närvårdssamverkan Södra Älvsborg, Vårdssamverkan i Fyrbodalen, Samverkan i Göteborgsområdet, Samverkan i mellersta Bohuslän och Ale samt Vårdssamverkan i Lerum och Alingsås.

från både kommunen och Västra Götalandsregionen. Ledningsgruppen ansvarar för strategiska frågor, att ta fram övergripande mål, utgöra remissinstans för Västra Götalandsregionen med flera samt ansvara för budget och uppföljning.

Varje huvudman ansvarar, som tidigare nämnts, för att fatta självständiga beslut och förankra, informera och genomföra överenskommelser inom den egna organisationen.

Granskningen har avgränsats till att bedöma om de beslut som fattas inom samverkansorganisation mellan Västra Götalandsregionen och de ingående kommunerna har implementerats hos de granskade nämndernas och den granskade styrelsens verksamheter.

Iakttagelser och bedömningar

I det här kapitlet redovisas granskningens iakttagelser och bedömningar. Redovisningen är indelad i följande fem avsnitt:

- förutsättningar för att bedriva en ändamålsenlig samverkan
- ansvarsfördelning för samverkan
- processer och rutiner
- kontroll och uppföljning
- riskhantering.

Varje avsnitt inleds med en kort beskrivning av utgångspunkten för granskningen, därefter redovisas våra iakttagelser. Avsnittet avslutas med vår bedömning av gjorda iakttagelser.

Finns det förutsättningar för verksamheterna att bedriva en ändamålsenlig samverkan?

Utgångspunkt för granskningen i denna del är hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen, patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Revisionskriterierna beskrivs närmare inledningsvis i varje avsnitt.

Revisionsfrågan är indelad i tre delar enligt följande:

- ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- en styrning för att säkra samverkan
- tydliga mål och konkreta handlingsplaner.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Alla som bedriver hälso- och sjukvård och socialtjänst ska systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Definitionen av kvalitet, enligt Socialstyrelsen, är ”att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst ... och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter”.

Föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ger grundstrukturen för hur ledningen ska arbeta för att säkra att verksamheten uppnår kvalitet och verktyg för att styra och förbättra verksamheten. Bland annat ska ledningssystemet anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning.¹³

Västra Götalandsregionen

Regionstyrelsen fattade, den 9 februari 2016, beslut om en riktlinje för ledningssystem inom hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. I beslutet anges en avsikt att inarbeta detta i Västra Götalandsregionens heltäckande ledningssystem. Utvecklandet av ett heltäckande ledningssystem är en prioriterad aktivitet som har tagits fram under år 2017. Regiondirektören fattade, den 13 oktober 2017, ett verkställighetsbeslut kring ledningssystemet för Västra Götalandsregionen.

Den av regionstyrelsen, beslutade riktlinjen innehåller övergripande och sammanfattande dokumentation av ledningssystemet för hälso- och sjukvård samt tandvård. I riktlinjen beskrivs, utifrån Socialstyrelsens föreskrift, paragraf för paragraf hur kraven vad gäller ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska omhändertas.

Alla styrelser som utför hälso- och sjukvård inom Västra Götalandsregionen ansvarar för att ledningssystemet används, vilket bland annat innebär att följa regiongemensamma processer. Sahlgrenska Universitetssjukhuset har upprättat en beskrivning av vårdprocesser och styrande dokument, i syfte att tydliggöra sjukhusets gemensamma arbetssätt. Beskrivningarna är på en övergripande nivå. I intervjuerna framkommer att ledningssystemet inte fått något genomslag i den granskade verksamheten. Granskningen visar att det inte gjorts några lokala anpassningar av ledningssystemet.

Göteborgs Stad

Inom Göteborgs Stad finns ett gemensamt ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. I ledningssystemet finns olika processer som beskriver arbetssätten i kärnverksamheten och syftar till att driva samordnad verksamhetsutveckling. Processerna är kvalitetssäkrade och utgör norm för hur verksamheterna ska arbeta inom de olika verksamhetsflödena. Syftet är att kunna erbjuda kommunal service med hög likvärdighet, rättssäkerhet och delaktighet för de staden är till för. Den process som gäller för denna granskning är ”Socialtjänstprocessen”.

¹³ Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 3 kap. 1,2 §§, 4 kap. 1–5§§, 5 kap. 1,2§§, 6 kap. 1§ och 7 kap. 1§.

Med utgångspunkt i gällande regelverk och stadens gemensamma ledningssystem har stadsdelsnämnden Askim-Frölunda-Högsbo beslutat om ett lokalt anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom sektorerna äldreomsorg, hälso-och sjukvård, individ- och familjeomsorg samt funktionshinder.

Stadsdelsnämnden Majorna-Linné och social resursnämnd har inte på motsvarande sätt arbetat fram eller beslutat om ett till sina verksamheter anpassat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Enligt uppgift från de intervjuade, utgår dessa nämnder, i sitt kvalitetsarbete, från det för staden gemensamma ledningssystemet.

Ansvar för att ta fram och förvalta styrande dokument och processkartor ligger på stadsledningskontoret. Stadsdelsnämndernas sektorsledning och social resursnämnds verksamhetsledning ansvarar därefter för att processerna fungerar, att nödvändiga resurser finns och att processkartorna följs. I ansvaret ingår även att säkerställa att processerna implementeras och följs upp.

Styrning för att säkra att samverkan sker

För personer med psykisk funktionsnedsättning (gällande från år 2010) och personer med missbruk (gällande från år 2013) är Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad, genom likalydande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, skyldiga att ha en överenskommelse om samarbete.¹⁴

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.¹⁵ Socialstyrelsen anger att med stöd av ledningssystem för kvalitet ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.¹⁶

För att säkerställa en ändamålsenlig samverkan mellan Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad för målgruppen samsjukliga krävs en tydlig styrning.

Organisation för samverkan

I syfte att säkra att den enskilde ska få en god och säker vård, samt stöd och omsorg med effektiva samordnade insatser, har en omfattande

¹⁴ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 16 kap. 3§, socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap. 8 a§, 9 a§.

¹⁵ Patientsäkerhetslagen (2010:659) 3 kap. 1§.

¹⁶ Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 3 kap. 2§.

organisation för samverkan mellan Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad upprättats. Denna beskrivs mer utförligt inledningsvis i rapporten under våra utgångspunkter för granskningen (se sidan 9). I samverkansorganisationen finns både Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad representerade av såväl politiker och tjänstepersoner med olika ansvar och uppdrag.

Hälso- och sjukvårdsavtalet

Inom de områden där det enligt hälso- och sjukvårdslagen finns ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar regleras ansvarsfördelning och samverkan i ett hälso- och sjukvårdsavtal. Avtalet har gällt sedan Västra Götalandsregionen bildades år 1999 men har nu reviderats. Det nu gällande avtalet trädde i kraft den 1 april 2017 och är ett huvudavtal för hälso- och sjukvård. Övriga överenskommelser som enligt lagstiftningen ska upprättas mellan parterna, utgör underavtal. Det omfattar även samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Hälso- och sjukvårdsavtalet syftar till att säkra ett gott, säkert och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommuner och Västra Götalandsregionen. Det ska stärka och främja samverkan och samarbete mellan parterna. Hälso- och sjukvårdsinsatser ska individanpassas och koordineras så att patienten upplever trygghet, säkerhet, kontinuitet och värdighet.

I samband med att hälso- och sjukvårdsavtalet reviderades (2017) tecknades även ett underavtal mellan Västra Götalandsregionen och de ingående kommunerna, i form av en överenskommelse (fortsättningsvis benämns denna som ”överenskommelsen”). Denna ersatte en tidigare överenskommelse om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. I den nya överenskommelsen regleras samverkan, samarbete och ansvarsfördelning för personer med psykisk funktionsnedsättning och för personer med missbruk.

Trots att lagstiftaren redan år 2013 ställde krav på kommuner och landsting att ingå överenskommelser ifråga om personer med missbruksproblematik, dröjde det alltså ända fram till april år 2017 innan en sådan överenskommelse ingicks mellan Västra Götalandsregionen och berörda kommuner.

Den nu gällande överenskommelsen anger principer och viktiga delar vad gäller ansvar för målgruppen. ”Individens behov ska vara i centrum”, enligt överenskommelsen, vidare att det är verksamheternas gemensamma ansvar att ha rutiner och arbetssätt så att vård och insatser harmonierar med varandra. Individens behov och önskemål ska konkretiseras genom arbete med samordnade individuella planer (se sidan 34), vilket förtydligas i den reviderade överenskommelsen.

I överenskommelsen anges att den (överenskommelsen) ”ska verkställas på lokal nivå, nära brukaren” vilket ”förutsätter en organiserad

delregional och lokal samverkan mellan huvudmännen så att överenskommelsen kan tillämpas lokalt.” Såväl hälso- och sjukvårdsavtalet som den underliggande överenskommelsen är beslutade av kommunfullmäktige respektive regionfullmäktige.¹⁷

Delregional överenskommelse om vård- och stödsamordning¹⁸

Granskningen visar att det sedan år 2012 även finns en delregional överenskommelse om samarbete och samordning av insatser till vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning. I denna överenskommelse framgår att den enskildes delaktighet i beslutsprocessen och i upprättandet av en samordnad individuell plan är en grundförutsättning för samordnade insatser. Överenskommelsen innefattar beslut om att införa en gemensam, strukturerad samarbetsmodell för vård- och stödsamordning. Enligt modellen ska varje huvudman utse en vård- och stödsamordnare för individen. Det innebär att den enskilde får två vård- och stödsamordnare, en från kommunen och en från regionen. All planering kring vård- och stödinsatser utgår därmed från den enskildes samt vård- och stödsamordnarnas gemensamma beslut.

För att stödja verksamheter inom Göteborgsområdet med att komma igång med vård- och stödsamordning anordnar Sahlgrenska Universitetssjukhuset i samverkan med Göteborgs Universitet utbildningar riktade till berörda medarbetare.

Implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen

I syfte att implementera det nya hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande underavtal (överenskommelsen) har ett flertal så kallade ”överlämningskonferenser” hållits under våren 2017. Enligt överenskommelsen ska verkställigheten ske på lokal nivå, därutöver ska lokala överenskommelser tas fram.

¹⁷ Göteborgs kommunfullmäktige fattade beslut den 23 februari 2017 och regionfullmäktige den 31 januari 2017.

¹⁸ Den delregionala överenskommelsen är daterad 12 september 2012. Överenskommelsens ingående parterna är Göteborgs Stad, Härryda kommun, Mölndals Stad, Partille kommun, Öckerö kommun, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Område 2 verksamheterna Beroendekliniken, Psykiatri Affektiva I, Psykiatri Affektiva II, Psykiatri Psykos, Rättspsykiatri och de offentliga och privata vårdcentralerna i LGS-området.

Granskningen visar att det för den lokala implementeringen, som förutsätts ske i respektive organisation, saknas en detaljerad och vägledande plan för implementering. I flera av intervjuerna framgår dessutom att ansvarsfördelningen för den lokala implementeringen till viss del är otydlig.

Tydliga mål och konkreta handlingsplaner

För personer med samsjuklighet anger regelverket att samverkan ska ske och att det är vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst som har ansvar för att planera och leda arbetet i syfte att förbättra verksamheten.¹⁹

Västra Götalandsregionen och Sahlgrenska Universitetssjukhuset

I 2017 års budget har Västra Götalandsregionen prioriterat följande mål: ”Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagande av personer med psykisk sjukdom ska förbättras”. Därefter beskrivs en rad aktiviteter för att uppfylla målet, vissa med en mer direkt koppling till målgruppen samsjukliga.

I Sahlgrenska Universitetssjukhusets verksamhetsplan finns, såvitt vi har kunnat se, inga konkreta verksamhetsmål eller mätetal med koppling till gruppen samsjukliga. Inte heller i Verksamhet Beroendes utvecklingsplan för år 2017 har vi kunnat identifiera några sådana kopplingar. I sjukhusets budget och i Verksamhet Beroendes utvecklingsplan finns dock angivet strategier och aktiviteter på en allmän nivå som riktar sig mot målgruppen, dock inte sådant som rör samverkan.

I granskningen av protokoll och minnesanteckningar har vi inte identifierat någon dokumentation som visar att vare sig Sahlgrenska Universitetssjukhusets styrelse eller ledning har berört frågor som rör den samsjukliga målgruppen.

Göteborgs Stad

I kommunfullmäktiges budget för år 2017 finns målet ”Livsvillkoren för personer med fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning ska förbättras”. Specifikt för individ- och familjeomsorgen anges som inriktning att ”Samverkan med regionen behöver fördjupas, inte minst inom missbruksvården”.

Vi har inte sett mål eller uppdrag i någon av granskade nämndernas egna budgetar för år 2017 som rör samverkan med sjukvården. I verksamhetsplanerna på områdes- och enhetsnivå för år 2017, finns emellertid mindre avtryck av hälso- och sjukvårdsavtalet med

¹⁹ Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 3 kap. 2§.

underliggande överenskommelse. I Majorna-Linnés verksamhetsplan uttrycks som exempel att ”sektorsövergripande psykiatriplan i tydlig samverkan med sjukvården är ett förbättringsområde”.

I stadsdelsnämnden Askim-Frölunda-Högsbos kvalitetsrapport för år 2016 anges att det finns rutiner, överenskommelser och avtal för samverkan med de flesta samverkansparter. Vidare att det finns behov av såväl utveckling- som kvalitetssäkring. I nämndens verksamhetsplan uttrycks det på följande vis: ”Avtal och överenskommelser respekteras inte av alla parter, framförallt sjukvården. Förvaltningen behöver rapportera brister i samverkan för att möjliggöra att de synliggörs och åtgärdas.”

När det gäller social resursnämnd saknas uttalade, konkreta mål, uppdrag eller aktiviteter i den övervägande delen av verksamhetsplanerna (år 2017) för de som arbetar med målgruppen. I ett fåtal av dessa verksamhetsplaner framkommer emellertid att samverkansformerna med psykiatri och beroendevården för målgruppen samsjukliga behöver utvecklas.

Sammanfattningsvis konstaterar vi att gemensamt för samtliga granskade nämnders verksamhetsplaner för år 2017, är skrivningar om ett behov av att utveckla samverkan i ett eller annat avseende men att konkreta mål eller mätetal saknas.

Bedömning

Vår övergripande bedömning är att det i huvudsak finns förutsättningar för verksamheterna att bedriva en ändamålsenlig samverkan men att vissa delar kan utvecklas.

Lokala anpassningar saknas till viss del

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ansvarar för att verksamheten har ett ledningssystem som stöd för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Ledningssystemet ska anpassas till den egna verksamhetens inriktning och omfattning.²⁰

I granskningen har det framkommit att det på en övergripande nivå finns ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete för såväl den granskade styrelsen som de granskade nämnderna. När det gäller anpassningar till de egna verksamheternas förutsättningar har vi konstaterat att det har skett i varierande omfattning. Vår bedömning är därför att det i högre

²⁰Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 3 kap. 1§, 4 kap. 1§.

grad bör säkerställas att lokala anpassningar genomförs. Detta för att tydliggöra syftet med ledningssystemen samt säkerställa genomslag inom samtliga nivåer.

Styrning för att säkra samverkan kan stärkas

Vår bedömning är att det finns förutsättningar för en styrning som kan säkra samverkan. En omfattande samverkansorganisation finns som representeras av olika nivåer från såväl Västra Götalandsregionen som Göteborgs Stad. Det nu gällande hälso- och sjukvårdsavtalet med underliggande överenskommelse samt den delregionala överenskommelsen om stöd- och vårdssamverkan säkerställer den lagstadgade skyldigheten att ha en överenskommelse om samarbete. För samverkan kring samsjukliga har vi dock kunnat konstatera att en överenskommelse tecknades först år 2017, fyra år efter det att lagkravet trädde i kraft.

Beslut som fattas inom Samverkan i Göteborgsområdet gäller inte per automatik i respektive organisation. Varje huvudman ansvarar för att fatta självständiga beslut, förankra, informera och genomföra överenskommelser inom den egna organisationen. I granskningen har vi konstaterat att det finns en osäkerhet kring ansvar för implementeringen av hälso- och sjukvårdsavtalet med underliggande överenskommelse på lokal nivå. Granskningen har också visat att det saknas konkreta vägledningar för hur implementeringen bör göras.

Vi bedömer att en tydlig ansvarsfördelning tillsammans med en detaljerad implementeringsplan kan öka förutsättningarna för en ändamålsenlig implementering som bidrar till att syfte och innehåll blir tydligt för verksamheterna inom såväl Västra Götalandsregionen som Göteborgs Stad. Nämnderna och styrelsen bör vidare se till att lokala anpassningar genomförs.

Krav på samverkan avspeglas inte i mål och konkreta handlingsplaner

Såväl regionfullmäktige som kommunfullmäktige har i sina budgetar för år 2017 prioriterat mål som berör målgruppen som ingår i granskningen.

Vår bedömning är att dessa mål inte återfinns i underliggande verksamhetsplaner i form av aktiviteter, konkreta mål eller uppdrag.

När det gäller Västra Götalandsregionen och den granskade styrelsen menar vi att sjukhusets budget och Verksamhet Beroendes utvecklingsplan anger mål och aktiviteter med viss koppling till målgruppen. Mål och aktiviteter är dock angivna på en allmän nivå och berör inte frågor om samverkan avseende målgruppen. Vi menar att det inte är tillräckligt att på en allmän och övergripande nivå sätta mål. För att få genomslag måste målen konkretiseras på verksamhetsnivå.

För de granskade nämnderna har vi noterat skrivningar om utvecklingsbehov när det gäller samverkan och målgruppen. Men också här bedömer vi att de mål som fullmäktige slagit fast i budget i högre grad måste konkretiseras med exempelvis aktiviteter och uppdrag.

Tillsammans med budget, ansvar och uppdrag för nämnderna och styrelsen är lagstiftningen utgångspunkt för de verksamhetsplaner som upprättas för de olika områdena och enheterna. Också Socialstyrelsens föreskrift pekar på vårdgivarens eller den som bedriver socialtjänst ansvar för att planera och leda arbetet i syfte att förbättra verksamheten.

Med avseende på det är det vår bedömning att det är förvånande att såväl styrelsen som samtliga granskade nämnder saknar både mål och uppdrag som uttryckligen rör samverkan mellan parterna i budget avseende år 2017.

Vi bedömer att stadsdelsnämnden Askim-Frölunda-Högsbo, stadsdelsnämnden Majorna-Linné, social resursnämnd och styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset bör säkerställa att mål och planer för samverkan kring den samsjukliga målgruppen kommer till tydligt uttryck i verksamhetsplaner på såväl områdes- som enhetsnivå.

Det bör i sammanhanget påpekas att de nu gällande hälso- och sjukvårdsavtalet med underliggande överenskommelse började gälla först i april 2017. De granskade nämnderna och styrelsen upprättade och beslutade om budget och verksamhetsplaner under hösten/vintern 2016, det vill säga innan nuvarande avtal och överenskommelse blivit gällande. Samverkan mellan parterna reglerades dock redan i det tidigare hälso- och sjukvårdsavtalet (som gällde januari 2012 – mars 2017). Det borde ha föranlett styrelsen och nämnden att ange mål och uppdrag i budgetar som rör samverkan mellan parterna.

Är ansvarsfördelningen för samverkan kring målgruppen tydlig?

Utgångspunkt är kommunallagen, socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen samt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Ansvar enligt lagstiftaren

Kommunallagen pekar på ansvaret genom att nämnderna var och en inom sina områden, ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Hälso- och sjukvårdslagen anger att landstinget och kommunen ska samverka så att en enskild, som kommunen har ansvar för, också får övrig vård och behandling, som hans eller hennes tillstånd fordrar. Enligt Socialtjänstlagen svarar varje kommun för socialtjänsten

inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet.²¹

Överenskommen samverkan²²

För att arbeta i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens och socialtjänstlagens intentioner om samverkan mellan landsting och kommun har en överenskommelse tecknats. I den anges inom vilka områden som Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad har ansvar.

Göteborgs Stad ska främja invånarnas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Staden ska erbjuda stöd till meningsfull sysselsättning, försörjning, bostad och utbildning samt insatser enligt hälso- och sjukvårdsavtalet.

Västra Götalandsregionen ska medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador genom att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser i såväl öppen som sluten vård. Hälso- och sjukvården ges av primärvården, habiliteringen, tandvården och den somatiska och psykiatriska specialistvården.

Både Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad har ansvar för att tidigt identifiera samsjuklighet. Därutöver ska båda huvudmännen säkerställa att behandling av missbruk och samtidig psykisk sjukdom sker parallellt och integrerat.

Avslutningsvis anger överenskommelsen att individens behov ska vara i centrum: ”Verksamheterna inom kommunen och Västra Götalandsregionen har ett gemensamt ansvar att ha rutiner och arbetssätt så att vård och insatser harmonierar med varandra.”

Hälso- och sjukvårdens omhändertagande

När sjukvårdsinsatser behövs finns flera olika ”ingångar” till hälso- och sjukvården. Vanligtvis krävs en remiss, det kan vara en så kallad egenremiss eller en remiss upprättad av socialtjänst eller primärvård. Därutöver kan individer remitteras mellan enheter inom psykiatri och mellan olika enheter inom Verksamhet Beroende utifrån vårdbehov. Tillnyktringsenheten och akutmottagningar är ytterligare ingångar till hälso- och sjukvården. Individer med samsjuklighet behandlas ofta under långa tidsperioder och med olika typer av insatser från verksamheter inom såväl Västra Götalandsregionen som Göteborgs Stad.

²¹ Kommunallagen (1991:900) 6 kap. 7§, Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 16 kap. 2§, Socialtjänstlagen (2001:453) 2 kap. 1§, 3 kap. 3§.

²² Se sidan 19.

Under åren 2016 och 2017 hade Sahlgrenska Universitetssjukhuset svårigheter med att bemanna vårdplatser och tvingades periodvis att stänga en vårdavdelning. Det resulterade i brist på vårdplatser när socialtjänsten eller öppenvårdsmottagningar aviserade behov av inläggning av patienter. Våra intervjuer visar att bristen på vårdplatser har skapat problem i verksamheten. En av de intervjuade vid en av sjukhusets öppenvårdsverksamheter säger: ”Vid ett akut behov av slutenvård har vi stött på patrull. Tidigare hade vi två vägar in, dels akut direktinläggning, dels en så kallad planerad inläggning. I och med att det fattas vårdplatser så har detta arbetssätt legat vilande just nu. Det är mycket bekymmersamt för oss”. En annan av de intervjuade vid sjukhuset bekräftar bilden: ”Vi har haft ett stort missnöje från socialtjänsten och många avvikelser. Vi får ta emot en del av den frustration som finns i socialtjänsten för att slutenvården inte kan lägga in några patienter”.

De intervjuade i socialtjänsten upplever stor frustration över att individer med stort vårdbehov inte kan bli inlagda på sjukhuset på grund av att det saknas vårdplatser. De menar att sjukhuset därmed lägger över ansvaret på socialtjänsten.

Vid intervjuer inom såväl Västra Götalandsregionen som Göteborgs Stad framkommer att verksamheterna har problem vad gäller personalomsättning, nyrekrytering och möjligheter att bemanna alla funktioner. Det leder till bristande kontinuitet vad gäller insatser för personer med samsjuklighet.

Kostnadsansvar

I all vård och omsorg där flera parter är inblandade blir finansiering och kostnadsfördelning snabbt centrala frågor. Detta gäller också för målgruppen som ingår i denna granskning.

Den överenskommelse som tecknats är tydlig med att ”den enskildes intressen aldrig får åsidosättas på grund av att huvudmän har olika syn på verksamhets- och kostnadsansvar. Även om kostnadsansvaret är oklart ska individens behov av utredning eller behandling fullföljas utan dröjsmål”.

I överenskommelsen finns en ansvars- och kostnadsfördelning vid placering utanför hemmet av personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk. Enligt den ska varje placering föregås av att huvudmännen kommer överens om kostnadsansvar, oavsett vilken huvudman som gör placeringen. Vidare anges att ”i de fall hem för vård eller boende tillhandahåller både socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser och fördelningen mellan dessa är oklar kan huvudmännen dela på kostnaden utifrån en schablon”. Överenskommelsen anger också att parterna ska bedöma om och hur kostnadsfördelningen ska förändras över tid och i takt med att den

enskildes behov förändras. Kostnaden för akutplaceringen ska ligga kvar på placerande huvudman till dess att ansvars- och kostnadsfördelning fastställts.

Olika syn på uppdrag och ansvar

Vi har noterat att det saknas en allmänt accepterad beskrivning av gränssnitten. Detta bidrar till en bristande samsyn mellan de olika huvudmännen men också internt mellan olika verksamheter inom såväl Göteborgs Stad som Västra Götalandsregionen. Vid intervjuerna uttrycker vissa att det nya hälso- och sjukvårdsavtalet med överenskommelse visserligen pekar ut riktningen men inte löser tvistefrågorna. Trots avtal och överenskommelse visar granskningen att det finns olika uppfattningar om var gränssnitten mellan socialtjänstens och sjukvårdens uppdrag och ansvar går. Det innebär att både inom Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad har de verksamma olika syn på när ansvar för vård och omsorg faller inom respektive huvudmans område.

Bristen på samsyn kring ansvar för vård och omsorg illustreras bland annat genom att nästan 40 procent av de remisser som inkommer till Verksamhet Beroende avvisas. Av 3008 remisser år 2016 accepterades 1828 stycken. I verksamhetens årsrapport för samma år anges att ”ofta bedöms besvärshandlingen inte motsvara verksamhetens uppdrag utan vård och stöd ska istället ges vid socialtjänst, primärvård eller annat psykiatriskt verksamhetsområde. Gränsdragningar för målgruppen och uppdraget är inte alltid lätta att tydliggöra”.

Effekten av överenskommelsen

I våra intervjuer uttrycks också olika uppfattningar och upplevelser av effekten av den nya överenskommelsen. Inom Göteborgs Stad ses överenskommelsen kring kostnadsfördelning som nödvändig. Detta då bristen på vårdplatser på Sahlgrenska Universitetssjukhuset har bidragit till att intyg enligt lag om vård av missbrukare har ökat i antal. Det innebär att ansvar och kostnader flyttas från sjukhuset till stadsdelsnämnderna.

Flera intervjuade vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset menar att den nya överenskommelsen har mer ekonomifokus än patientfokus ”den stora frågan är inte vad som är bra för patienterna, utan var kostnaderna hamnar. Det är en ekonomistyrning på alla nivåer”.

Verksamhetsledningen vid Verksamhet Beroende lyfter också en risk för att innehållet i överenskommelsen kan leda till kraftigt ökade kostnader för verksamheten. Detta i sig kan innebära att verksamheterna måste tillföras ytterligare resurser för att inte överskrida tilldelad budget. I intervjuerna framkommer att det ytterst finns en risk för att den enskilde individen drabbas.

Sammanfattningsvis har granskningen visat att det råder oenighet om var gränssnitten för ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänst går vad gäller målgruppen samsjukliga.

Bedömning

Vår övergripande bedömning är att ansvarsfördelningen inte är tillräckligt tydlig vad gäller samverkan kring samsjukliga.

Oklart gränssnitt

Vi menar att den konstaterade oenigheten om var gränssnitten för ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst går innebär en väsentlig risk för att individens behov inte hamnar i centrum. Detta förstärks av de bekymmer som har redovisats vad gäller bemanning och budgetmål.

Därmed finns en risk för att personer med samsjuklighet inte får den vård och omsorg de har behov av. I sin tur kan det medföra att problematiken för den enskilde förvärras vilket kan innebära betydande risker för patientsäkerheten.

De iakttagelser som redovisats kan innebära en risk för att nämnderna och styrelsen avviker mot regelverket om att den enskildes intressen aldrig får åsidosättas på grund av att huvudmän har olika syn på verksamhets- och kostnadsansvar. För att minska denna risk bör det därför säkerställas att innebörden av begreppet samsjuklighet är samma för samtliga berörda. Vidare måste tydliga, av parterna accepterade, kriterier för vem som har ansvaret för den enskilde individen för målgruppen upprättas. Ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör således inte vara öppen för tolkning.

Finns det processer och rutiner för att säkerställa att samverkan sker?

Utgångspunkterna är hälso- och sjukvårdslagens och socialtjänstlagens krav om samverkan samt Socialstyrelsens krav om att identifiera processer där samverkan krävs.²³ Därutöver även hälso- och sjukvårdslagens och socialtjänstlagens krav om upprättande av en samordnad individuell plan.²⁴

²³ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 16 kap. 3§, socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap. 9§ och Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 4 kap. 5§.

²⁴ Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 16 kap. 4§, socialtjänstlagen (2001:453) 2 kap. 7§.

Revisionsfrågan är granskad utifrån följande:

- processbeskrivningar
- rutiner i form av samordnade individuella planer.

Västra Götalandsregionens och Göteborgs Stads ansvar

Enligt Socialstyrelsens föreskrift ska den som bedriver socialtjänst och hälso- och sjukvård identifiera de processer i verksamheten där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det kan vara fråga om hur samverkan ska bedrivas till exempel mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar och mellan olika personalgrupper. Patienter, klienter och brukare rör sig ofta mellan flera vård- och omsorgsgivare. Av processerna och rutinerna ska det därför också beskrivas hur samverkan med externa aktörer ska möjliggöras.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift ska vårdgivaren, eller den som bedriver socialtjänst, för varje aktivitet utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Föreskriften ställer också krav på att alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras.²⁵ Detta innebär att fastställda processer och rutiner ska vara dokumenterade.

Verksamheterna har också att förhålla sig till gemensamma rutiner för samordnade individuella planer och avvikelshantering. Dessa har tagits fram av Samverkan i Göteborgsområdet och återfinns på webbplatsen Samverkanstorget.se. Rutinerna beskriver inte fullt ut ansvarsfördelningen för utförandet inom verksamheten.

Regional processbeskrivning

För ledningsprocessen inom hälso- och sjukvård finns en särskild riktlinje för att ledning, styrning, beredning, beslut, uppföljning och förbättring ska ske på ett effektivt och likartat sätt inom hela regionen.²⁶

På Sahlgrenska Universitetssjukhuset finns en beskrivning av vårdprocesser och styrande dokument med syfte att tydliggöra sjukhusets gemensamma arbetssätt. Som en särskild vårdprocess har sjukhuset identifierat missbruk och beroende. I granskningen framkommer dock att

²⁵ Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 4 kap. 4§.

²⁶ Regionstyrelsen 2755–2014 Riktlinje ledningsprocessen.

det i dagsläget inte finns någon regional processbeskrivning avseende patienter med samsjuklighet.

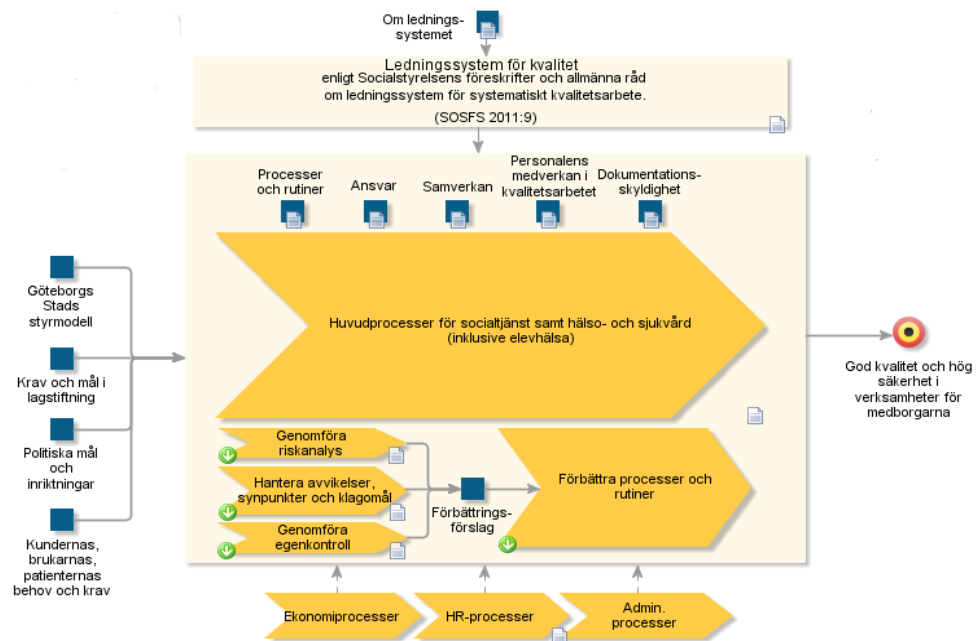
De mest centrala rutinerna för sjukhusets samverkan med andra vårdgivare är de som rör samordnad vård- och omsorgsplanering (avser slutenvården), inklusive upprättandet av samordnad individuell plan.

Inom Område 2, där de flesta av de samsjukliga patienterna hittas, finns en rutin som specifikt rör handläggning och tillhörighet för patienter med allmänpsykiatrisk problematik i kombination med missbruk. Rutinen ska motverka att remisser och patienter ”bollas” fram och tillbaka mellan enheter inom sjukhuset. Rutiner finns också vad gäller egenkontroll och avvikelshantering (beskrivs mer utförligt på sidorna 40 ff.). Vid flera intervjuer inom sjukhusets verksamheter, framkommer dock att de rutiner som finns inte används på ett systematiskt och enhetligt sätt.

Socialtjänstprocessen

Av Göteborgs Stads ledningssystem för kvalitet framgår att de processer där samverkan behövs ska identifieras. Tillsammans med rutiner ska processerna bidra till att tydliggöra hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Därutöver ska det säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter både inom socialtjänsten och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer.

Gemensamma och kvalitetssäkrade processer för ett antal områden återfinns inom ramen för stadens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet med processerna är att kunna ”erbjuda kommunal service med hög likvärdighet, rättssäkerhet och delaktighet för de som Göteborgs Stad är till för”. Den process som är relevant för denna granskning benämns ”socialtjänstprocessen”, se bild nedan.



Figur 3. Socialtjänstprocessen Göteborgs Stad

Till socialtjänstprocessen finns fyra delprocesser kopplade, samverkan är dock inte angiven som en av dessa:

- genomföra riskanalys
- hantera avvikelser, synpunkter och klagomål
- genomföra egenkontroll
- förbättra processer och rutiner.

För varje delprocess finns anvisningar, blanketter och mallar för hur processerna ska/bör genomföras. Anvisningarna är på en övergripande för staden gemensam nivå och därmed allmänt hållna. Främst återges och förtydligas kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Rutiner för samverkan

Ansvar för att upprätta, uppdatera och fastställa processer och rutiner inom stadsdelarna vilar på sektors- respektive områdeschef. Inom social resursnämnd har verksamhetschefen motsvarande ansvar. I våra intervjuer i granskningen har det uttryckts att socialtjänstprocessen inte ger tillräcklig vägledning för hur samverkan ska gå till. Därutöver framkommer att det saknas gemensamma dokumenterade och lokalt anpassade rutiner mellan socialtjänst och sjukvård.

Enligt vad som framkommer i stadsdelsnämnden Askim-Frölunda-Högsbos kvalitetsrapport för år 2016 finns det rutiner, överenskommelser och avtal för samverkan med de flesta samverkansparter. Vår granskning

visar att rutiner för samverkan mellan enheterna inom socialtjänsten i ärenden som rör samsjukliga klienter finns. Däremot saknas rutiner för samverkan med hälso- och sjukvården. I stället, precis som i stadens socialtjänstprocess, hänvisas verksamheterna till publikationer på Samverkanstorgets och Västkom's webbplatser.

Inte heller stadsdelsnämnden Majorna-Linné har rutiner för samverkan med hälso- och sjukvården, dessutom saknas rutiner för samverkan kring samsjukliga inom socialtjänstens egna enheter.

Slutligen visar granskningen att även social resursnämnd saknar egenupprättade processbeskrivningar och rutiner för säkerställande av samverkan kopplat till målgruppen samsjukliga.

Samordnad individuell plan

I regeringens proposition kring vissa psykiatrifrågor framgår att för personer med en psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar bör man som huvudregel utgå ifrån att en plan behövs för att deras behov ska tillgodoses. Vidare att ”en tydlig situation när en individuell plan behövs är när insatser från andra huvudmän är nödvändiga för att den myndighet eller huvudman som gör bedömningen av planeringsbehovet ska kunna fullgöra sitt ansvar. Det kan handla om en person som har sociala insatser från kommunen men som har svårt att ta emot dessa om han eller hon inte samtidigt får medicinska rehabiliteringsinsatser.”²⁷

För personer som har behov av både socialtjänst och hälso- och sjukvård regleras kravet om att upprätta en samordnad individuell plan i såväl socialtjänstlagen som i hälso- och sjukvårdslagen. En samordnad individuell plan ska innehålla:

- insatser den enskilde behöver
- huvudmännens ansvar
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen och landstinget
- vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen.

En samordnad individuell plan ska alltså upprättas då det anses nödvändigt för att den enskildes behov ska tillgodoses. Initiativet kan tas av personal, enskild eller närstående men för att upprätta en plan krävs den enskildes samtycke. Vidare ska en sådan plan upprättas när en permanent ansvarsfördelning saknas, en tillfällig ansvarsfördelning ska då anges. Även för detta krävs samtycke av den enskilde.

²⁷ Regeringens proposition “Vissa psykiatrifrågor m.m.”. 2008/09:193 s 20ff.

I varje enskilt fall krävs en behovsbedömning för att som enskild få ett erbjudande om en samordnad individuell plan. När det gäller de granskade nämnderna ska bedömningen göras av myndighetsdelen inom socialtjänsten vilket här utgörs av vuxenheterna inom stadsdelsnämnderna. Det innebär att det är även de som har huvudansvaret för att ta initiativ till att en samordnad individuell plan upprättas. Utförarverksamheterna, som här är de boenden som finns inom social resursnämnds enhet ”stöd och habilitering”, har därmed inte ansvar för att initiera upprättande av en samordnad individuell plan.

Inom sjukhuset ska den avdelning, mottagning eller enhet som bedömer att behov finns, ta initiativ till att upprätta en samordnad individuell plan. Bedömning av behov av insatser ska göras i samverkan med övriga parter.

Överenskommelsen

I det nu gällande hälso- och sjukvårdsavtalet finns bestämmelser kring samordnade individuella planer. I den underliggande överenskommelsen anges att gemensamma riktlinjer och en mall för samordnade individuella planer har tagits fram och ska följas. För samsjukliga preciseras dessutom särskilt att Västra Götalandsregionen ansvarar för att upprätta en sådan plan vid utskrivning från öppen tvångsvård till frivillig öppenvård, om behov finns av insatser från båda huvudmän. Allt länsgemensamt material finns att ta del av och ladda ner på Samverkanstorget.se

Samverkan inom Göteborgsområdet

År 2015 beslutade den dåvarande ledningsgruppen²⁸ för samverkan i Västra Götaland att rekommendera länets verksamheter att använda den ovan beskrivna riktlinjen med tillhörande mall för samordnade individuella planer.

De intervjuade inom Samverkan i Göteborgsområdet beskriver att det finns flera fördelar med en väl fungerande hantering av samordnade individuella planer. Exempel som har nämnts är att samverkan och tydliga insatser från olika huvudmän kan frigöra tid. Vidare att upprättade planer kan bidra till ett systematiserat arbetssätt och en möjlighet att följa upp hur samverkan fungerar.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har som mål att alla patienter ska ha en vårdplan. Sjukhuset har också rutiner för hur en samordnad individuell plan ska upprättas. I intervjuerna betonades att ett av de viktigaste utvecklingsområdena är hantering av dessa planer vilket också återspeglas i sjukhusets verksamhetsplan som en prioriterad aktivitet.

²⁸ LiSA och som från år 2017 heter Vårdsamverkan i Västra Götaland.

Bland annat finns mål om att all personal ska ha genomgått en utbildning för samordnade individuella planer under år 2017. Det framgår inte av årsredovisningen för 2017 huruvida målet har uppnåtts eller inte. Dock anges att omfattande utbildningsinsatser om dessa planer har skett under året.

Låg andel upprättade samordnade individuella planer

Inom sjukhuset saknas en formell hantering när det gäller samordnade individuella planer. Däremot, menar de intervjuade, att arbetssättet till stora delar är likartat annan samordnad planering. Det ska tilläggas att vi inte har granskat arbetssätten.

Antalet upprättade planer varierar mellan enheterna inom Verksamhet Beroende. Inom vissa enheter är det endast ett fåtal patienter som har en samordnad individuell plan. Inom verksamheten finns en medvetenhet om att andelen upprättade planer är låg. De intervjuade menar att det inte har någon egentlig betydelse om en plan finns upprättad eller inte, då samverkan med andra vårdgivare sker oavsett. Inte heller arbetssättet blir annorlunda. Så kallade SIP-möten och uppföljningsmöten planeras och genomförs med eller utan plan.²⁹

Anledningen till att andelen upprättade planer är låg har olika förklaringar. Bland annat nämns tidsbrist och bristande kunskap om hur en plan ska upprättas men även att samtycke inte ges. Ytterligare orsaker som framkommer är att för de verksamheter som är samorganiserade med kommunen bedöms en samordnad individuell plan vara av mindre betydelse då samverkan ändå sker inom gemensamma lokaler.

Vissa av de intervjuade hänvisar till att det finns etablerade metoder som innebär att samverkan kan fungera väl även utan att en plan upprättas. Som exempel nämns metoden vård- och stödsamordning som innebär att samordnade insatser görs för en person. Personen får en så kallad ”case manager” hos respektive myndighet som träffas och tillsammans lägger upp en plan för vården med mål och insatser.

Information om hur många samordnade individuella planer som upprättats eller hur många individer som var aktuella för en plan har inte kunnat fås. Vid tillfället för granskningen skedde ingen registrering av planer utifrån den kod som anger vårdåtgärd. Kodning genomfördes under andra rubriker vilket försvårar uppföljning. Ett förbättringsarbete avseende detta var dock påbörjat.

²⁹ SIP = samordnad individuell plan.

Göteborgs Stad

Av Göteborg Stads ledningssystem (det som vi tidigare har beskrivit som socialtjänstprocessen) framgår att ”vuxna och barn som har behov av insatser enligt både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen och som har behov av samordning, ska erbjudas en samordnad individuell plan”.

Som vi tidigare nämnt är det socialtjänsten inom de granskade stadsdelsnämnderna som ansvarar för att bedöma behov av och ta initiativ till om en samordnad individuell plan ska upprättas.

Granskningen visar att det saknas lokala rutiner för hur och när en samordnad individuell plan ska upprättas inom de stadsdelsnämnder som granskats. Det är de gemensamma riktlinjerna och blanketterna som finns att tillgå på Samverkanstorget som ska användas.

Granskningen visar att inom stadsdelsnämnderna är det främst förste socialsekreterarens metodhandledning, ärendegenomgångar och löpande stöd till handläggarna som ska säkerställa att initiativ tas till att samordnade individuella planer upprättas. Det saknas dock dokumenterade rutiner för hur planer ska upprättas och följas upp.

Låg andel upprättade samordnade individuella planer

Enligt en uppskattning från personal i stadsdelsnämnden Askim-Frölunda-Högsbo hade cirka hälften av vuxnenhetens klienter behov av insatser från både socialtjänst och sjukvård. Det betyder att de ska ha blivit erbjudna en samordnad individuell plan. Granskningen visar dock att det saknas dokumentation både över hur många som blivit erbjudna en plan och hur många som hade en upprättad plan.

De som vi intervjuade inom stadsdelsnämnden Majorna-Linné uppskattade att cirka fem procent av målgruppen samsjukliga på vuxnenheten hade en samordnad individuell plan. Orsaken till den låga andelen förklarades dels av upplevda svårigheter att få till en fungerande samverkan med Sahlgrenska Universitetssjukhuset, dels av att flera av de samsjukliga inte gav sitt samtycke. Inom nämnden fanns ett uppdrag att öka antalet upprättade planer. Vid tillfället för granskningen gick det dock inte att verifiera att någon uppföljning av detta uppdrag hade gjorts. Stadsdelsnämnden Askim-Frölunda-Högsbo rapporterade år 2016 ett behov om att förbättra informationen till berörda om möjligheten att få en samordnad individuell plan. Det konstaterades att arbetet med dessa planer ”gör att den enskilde i högre grad har översyn över de insatser som görs av de olika huvudmännen med syfte att ge stöd och hjälp”.³⁰

³⁰ Kvalitetsrapport 2016.

Stadsdelsnämnden Majorna-Linné rapporterade samma år att verksamheterna arbetade systematiskt med samordnade individuella planer. Vid tillfället för våra intervjuer framkom dock att arbetet inte var helt färdigt samt att det fanns ett uppdrag att öka antalet upprättade planer.³¹

I det kommungemensamma stödsystemet Treserva finns möjlighet att registrera samordnade individuella planer, men enligt uppgift från de granskade, utnyttjas inte denna möjlighet. Det framkommer dock att ett av boendena som ingår i granskningen (inom social resursnämnd) för egen del dokumenterar (ej i Treserva) löpande och också följer upp hur många av deras klienter som har en samordnad individuell plan.

Verksamheterna inom de granskade nämnderna arbetar inte fullt ut systematiskt med att erbjuda samordnade individuella planer eller att efterfråga samtycke. Det har också framkommit att det finns en otydlighet kring när och av vilken part initiativ till en samordnad individuell plan ska tas.

Avslutningsvis har vi genom stickprov sett exempel på ärenden med insatser från båda huvudmännen, Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad, utan att en samordnad individuell plan har funnits. Att fråga om samtycke har ställts har i dessa ärenden inte kunnat verifieras genom dokumentation.

Bedömning

På ett övergripande plan finns processbeskrivningar och rutiner som beskriver hur samverkan ska gå till. När det gäller de granskade nämnderna och den granskade styrelsen bedömer vi att det finns möjlighet till utveckling.

Tillämpningen brister

Vi anser att stadsdelsnämnderna Majorna-Linné, Askim-Frölunda-Högsbo och socialresursnämnd inte i tillräcklig omfattning har identifierat processer i verksamheten där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges.

När det gäller styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedömer vi att Socialstyrelsens föreskrift³² efterlevs i detta avseende men att tillämpningen av såväl processer som rutiner bör förbättras.

³¹ Kvalitetsrapport 2016.

³² Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 4 kap 5 §.

På Sahlgrenska Universitetssjukhuset har det, enligt vår bedömning, identifierats ett flertal processer och rutiner där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Genom riktlinjen för ledningsprocessen menar vi att det finns förutsättningar för att ledning, styrning, beredning, beslut, uppföljning och förbättring kan ske på ett effektivt och likartat sätt inom hela regionen. Vidare bedömer vi att beskrivningar av vårdprocesser och styrande dokument skapar ytterligare förutsättningar för ett gemensamt arbetssätt. Vi anser dock att tillämpningen av processer, rutiner med mera kan förbättras.

När det gäller samtliga av de granskade nämnderna konstaterar vi att processer finns på plats på en övergripande nivå för Göteborgs Stad som helhet. Vi bedömer dock att det finns behov av kompletterande processbeskrivningar på nämndnivå för att säkra kvaliteten i verksamheten. Av process- och rutinbeskrivningar bör det framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna organisationen men även med andra huvudmän.

Vår bedömning är vidare att samverkan mellan olika vård- och omsorgsgivare kan underlättas om processerna som avser samverkan är väl anpassade till varandra. Detta bör kunna göras inom ramen för respektive organisations ledningssystem. Vårdprocesser som går över organisationsgränser bör beskrivas utifrån ett helhetsperspektiv i respektive ledningssystem.

Samordnade individuella planer upprättas inte i tillräcklig omfattning

När insatser från andra huvudmän är nödvändiga för att den myndighet eller huvudman som gör bedömningen av planeringsbehovet ska kunna fullgöra sitt ansvar ska en samordnad individuell plan upprättas. Trots att både lagstiftning och avtal ger tydliga direktiv om att detta är en viktig del i samverkan kring samsjukliga, så upprättas inte sådana planer i tillräcklig omfattning. Någon uppföljning av upprättade planer på central nivå, har såvitt vi kan bedöma, inte heller förekommit.

För att öka antalet upprättade planer för de som har behov bör kunskapen om hur och när en samordnad plan ska upprättas bli bättre. I syfte att kunna följa upp planerna måste en registrering utifrån en särskild kod göras. Verksamheterna bör även upprätta egna lokala rutiner som vägledning, och det är viktigt att det finns en god intern kontroll av att rutinerna följs. Ansvar för vem och när en samordnad individuell plan ska upprättas bör tydliggöras.

I granskningen har det framkommit att det finns metoder och arbetssätt som i praktiken överensstämmer med lagstiftarens krav om hur arbetet ska bedrivas då behov av en samordnad individuell plan finns. Det som saknas är själva planen. Med hänvisning till att arbetssättet är i enlighet med gällande lagstiftning ser verksamheterna inte något behov av att upprätta en plan. Vidare har det i granskningen framkommit att

verksamheterna inte ser behov av att upprätta en plan då samverkan mellan huvudmännen sker i gemensamma lokaler. Vi menar att det som är avgörande för om en samordnad individuell plan ska upprättas eller inte är individens behov – inte verksamhetens behov.

Genomförs kontroller och uppföljning som säkerställer att samverkan sker?

Utgångspunkten i detta avsnitt är patientsäkerhetslagens, socialtjänstlagens och Socialstyrelsens föreskrift krav på egenkontroller, avvikelshantering, sammanställningar och analyser för att se mönster och trender i syfte att utveckla verksamhetens kvalitet. Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras.³³

Avsnittet är indelat i tre delar enligt följande:

- egenkontroll
- avvikelshantering
- sammanställningar och analyser.

Egenkontroll

Enligt Socialstyrelsens föreskrift är egenkontroll en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontroll ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att den som bedriver verksamheten ska kunna säkra dess kvalitet.

Samverkan är en del av verksamhetens kvalitet eftersom det finns krav på samverkan i både lagstiftning, rutiner och överenskommelse. Till skillnad från riskanalyserna, som innebär att arbeta förebyggande, ska egenkontroller göras av verksamhet som har bedrivits eller som fortfarande pågår.

Socialstyrelsens föreskrift ställer som krav att alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras. Det innebär att arbetet med att planera och utföra egenkontroller ska vara dokumenterat. Detta gäller även för resultat och vidare hantering av egenkontrollerna.

³³Socialstyrelsen föreskrift (2011:9) ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 5 kap. 2, 6 §§ och 7 kap. 1§.

Riktlinjer för egenkontroll

Inom Västra Götalandsregionen saknas riktlinjer och anvisningar som vägledning i arbetet med egenkontroller vad gäller samverkan. Även på Sahlgrenska Universitetssjukhuset saknas skriftliga rutiner för egenkontroll vad gäller samverkan.

I Göteborgs Stads ledningssystem finns en anvisning för egenkontroller generellt inom socialtjänsten. I denna anges att syftet med egenkontroller är att ta reda på om ställda krav och mål uppnås. De granskade nämnderna har däremot inte egenupprättade skriftliga rutiner för hur egenkontroller ska ske vid samverkan.

Genomförande av egenkontroll

Även om riktlinjer saknas genomförs egenkontroller inom de granskade nämnderna och styrelsen. På Sahlgrenska Universitetssjukhuset sker egenkontroller i anslutning till ordinarie verksamhetsuppföljning och inom ramen för sjukhusens patientsäkerhetsarbete. Uppföljning och analys ska, enligt uppgift, ske mot de uppsatta målen för verksamheten och med särskilt fokus på avvikelser. Inom ramen för patientsäkerhetsarbetet görs händelseanalyser och utredningar efter att mer allvarliga avvikelser rapporterats.

För egenkontroller används så kallad ”markörbaserad journalgranskning”. Metoden baseras på att det vid journalgranskning identifieras journaluppgifter, som kan indikera en vårdskada. Därefter bedöms om en skada har inträffat och om den i så fall hade varit möjlig att undvika. Journalgranskningen går ut på att se om patienten har en vårdplan, mål och delmål samt vilka aktiviteter som bör utföras för att nå dessa. Återrapportering av mätresultat uppges enligt patientsäkerhetsberättelsen ske till de flesta verksamheter via arbetsplatsmöten, ledningsgruppsmöten, veckobrev och hemsidan. År 2016 rapporterade Område 2 att ”egenkontroll och följsamhetsmätning är viktiga delar i patientsäkerhetsarbetet.”³⁴

Granskningen visar att samtliga verksamheter inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset rapporterar i aktuella kvalitetsregister. Verksamhet Beroende registrerar i Svenskt Beroenderegister vilket möjliggör jämförelser med andra likartade verksamheter. Registret är även ett verktyg för att följa upp den egna utvecklingen. I intervjuerna framkommer dock att arbetet med egenkontroll varierar i systematik och omfattning.

³⁴ Patientsäkerhetsberättelse år 2016 för område 2 vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Granskningen av Göteborgs Stad visar att vissa verksamheter inom social resursnämnd, såsom en av behandlingsgrupperna inom verksamhetsområdet Stöd till familjer och individer och Järntorgsteamet genomför egenkontroller i syfte att säkra kvaliteten i enskilda ärenden. Egenkontrollen sker i form av ärendegenomgångar med ansvarig chef två gånger per år. För varje pågående ärende ska det säkerställas att planering sker, bland annat vad gäller samverkan. Enligt uppgift sammanställs inte dessa egenkontroller i enskilda ärenden på ett systematiskt sätt så att de kan användas i verksamheternas kvalitetsutvecklingsarbete.

Egenkontroller genomförs inom socialtjänsten (i stadsdelsnämnderna) vid ärendegenomgångar och genom metodhandledning som utförs av förste socialsekreterare. Det upprättas dock ingen dokumentation från genomförandet eller resultatet av dessa kontroller.

Inom vuxenheten i Askim-Frölunda-Högsbo finns ett dokumenterat utredningsstöd med fyra fasta avstämningspunkter. Vid dessa tillfällen ska handläggarna kontrollera och stämma av sitt arbete med förste socialsekreterare innan det fortgår. I samband med dessa avstämningsmöten kan samverkansfrågor dyka upp.

Avvikelsehantering

I lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrift anges hur rapportering, uppföljning och analys av avvikelser ska ske.³⁵ Personalen är skyldig att rapportera avvikelser. Inom socialtjänsten handlar rapporteringsskyldigheten om missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden. Inom hälso- och sjukvården handlar det om händelser som har medfört eller hade kunnat medföra vårdskador. Den som bedriver verksamheten är i sin tur skyldig att ta emot och utreda klagomål, synpunkter och rapporter om missförhållanden och vårdskador.

I såväl hälso- och sjukvårdavtalet som den underliggande överenskommelsen är avvikelsehantering särskilt reglerad, vad gäller avvikelser från åtaganden enligt dessa samt gemensamma rutiner. Samverkan i Göteborgsområdet har fastställt en gemensam rutin för avvikelsehantering i samverkan mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen.³⁶

Rutinen anger följande:

³⁵ Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 5 kap. 3–8 §§, patientsäkerhetslagen (2010:659) 3 kap. 3 § och 6 kap. 4§, socialtjänstlagen (2001:453) 14 kap. 2,6 §§.

³⁶ Rutinen godkändes av ledningsgruppen för samverkan (LGS) i september 2013 och reviderades i december 2014.

- Den person som uppmärksammar avvikelserna ska skriva en avvikelserapport.
- Avvikelsen ska hanteras enligt rutinerna på arbetsplatsen.
- Berörda enheter ska i samverkan lösa den uppkomna situationen så snabbt som möjligt.

När brister i samverkan upptäcks ska alltså verksamheternas egna rutin för avvikelshantering följas. En avidentifierad kopia på avvikelserna ska därefter skickas till en ledamot i Berosam eller till processledaren i Temagrupp Psykiatri (se sidan 11).

Lokala rutiner

Granskningen visar att det inom Västra Götalandsregionen finns detaljerade gemensamma anvisningar och användarmanualer kring hur avvikelser ska rapporteras och behandlas. Dessa anvisningar och manualer används även på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Det saknas dock en anvisning som beskriver vem som ansvarar för att avvikelser skickas till Berosam och hur det ska gå till.

I Göteborgs Stads ledningssystem för kvalitet finns en delprocess, med tillhörande rutinbeskrivning, för att hantera avvikelser, synpunkter och klagomål.

Ingen av de granskade nämnderna har dock upprättat egna, kompletterande rutiner för avvikelshantering som rör samverkan med hälso- och sjukvården. För de granskade stadsdelsnämnderna finns det inte heller någon anvisning eller liknande som vägledning för vem som ansvarar för, eller hur och vilka avvikelser som ska skickas till Berosam.

System för avvikelshantering

Inom Västra Götalandsregionen används avvikelshanteringssystemet, MedControl PRO, med ett antal givna ansvarsroller. En person kan ha en eller flera roller och ytterligare roller kan kopplas på. Det är endast dessa personer som kan läsa och/eller bearbeta ärenden i systemet.

Alla avvikelser ska registreras i avvikelshanteringssystemet. För registrering av avvikelser som berör samverkan finns en särskild blankett. Det saknas dock en specifik kod som visar att avvikelserna berör samverkan vilket innebär att det inte går utläsa hur många avvikelser som rör målgruppen samsjukliga eller samverkan.

I Göteborgs Stads delprocess för hantering av avvikelser anges att ”upptäckta samverkansavvikelser ska registreras i system för avvikelshantering inom Göteborgs Stad.” Systemet som avses är det tidigare nämnda Treserva. Socialtjänsten inom Göteborgs Stad införde it-baserad avvikelshantering som en del i Treserva i september år 2016. I detta system finns möjlighet att kategorisera avvikelser så att det framgår att avvikelserna rör samverkan. Granskningen visar dock att registrering

av avvikelser i Treserva inte sker systematiskt. Detta innebär att det inte heller för nämnderna går att utläsa hur stor andel av avvikelserna som berör samsjukliga eller samverkan.

Hantering av avvikelser

När allvarliga händelser identifieras på Sahlgrenska Universitetssjukhuset är det ansvarig verksamhetschef som ska ta ställning till fortsatt handläggning. Granskningen visar att enheterna inom sjukhuset arbetar på olika sätt med avvikelshantering. Vid några av enheterna sker en inrapportering av avvikelser direkt i avvikelshanteringssystemet MedControl utifrån fastställda rutiner. Vid vissa enheter görs utredningar och kontakter tas direkt med berörda verksamheter för att komma till rätta med identifierade problem. Om detta informella kontaktskapande inte fungerar eller leder till förändring sker en formell rapportering. Detta, menar de intervjuade, leder till ett snabbare resultat som gynnar patienten.

När det gäller avvikelser som resulterar i Lex-Maria-anmälningar ska en särskild händelseanalys göras. Granskningen har visat att under år 2016 genomfördes händelseanalyser i tre av åtta registrerade Lex-Maria ärenden. I samråd med sjukhusets chefsläkare genomfördes istället interna utredningar. Avvikelser som berör samverkan mellan Verksamhet Beroende och socialtjänsten inom Göteborgs Stad hanteras av en specifik arbetsgrupp inom sjukhuset före eventuell ytterligare åtgärd.

När avvikelser identifieras inom de granskade nämnderna skickas den gemensamma avvikelseblanketten (som finns på Samverkanstorget.se) direkt till aktuell enhet/verksamhet inom sjukvården.

Från september år 2016 till mitten av april år 2017 hade, inom Göteborgs Stad, sex avvikelser rapporterats och kategoriserats som att de rörde extern samverkan. Vilken målgrupp som avvikelserna berörde har inte kunnat fastställas. Enligt uppgift beror det låga antalet rapporterade avvikelser snarare på underrapportering än att det är få egentliga avvikelser. Vi har fått det beskrivet som att ”avvikelser som berör samverkan sker så ofta att handläggaren inte hinner rapportera”. I intervjuer har flera förklaringar till denna underrapportering lämnats. Bland annat saknas en vana att skriva avvikelser generellt sett. Därutöver förklarades att vuxenheterna i stadsdelarna är inkonsekventa med dokumentation, av avvikelser som berör samverkan, i den enskildes journal.

En ytterligare förklaring är att avvikelserrapportering inte anses bidra till nytta. Som tidigare nämnts ska berörd part, inom 60 dagar, skicka ett svar till den som rapporterat avvikelserna. Enligt uppgift dröjer det ibland längre än så innan svar kommer och ibland uteblir svar helt och hållet. En av de intervjuade framhåller att: ”Det känns som vi skickar ut avvikelserna i rymden, för vi får ju inget svar”. Avvikelserrapportering görs vanligen

första gången en avvikelse identifieras, men avsaknaden av återkoppling har resulterat i att ytterligare avvikelserapporter inte skickas. Enligt den rutin som finns på Samverkanstorget.se ska svaret på en avvikelserapportering innehålla information om identifierad orsak och planerade eller genomförda åtgärder. Enligt de intervjuade är det inte ovanligt att svaret som anges är tids- eller resursbrist. Att förhindra att detta inte uppstår igen är, enligt de intervjuade, svårt att hantera inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

Avvikelser till Berosam

Som nämnts tidigare ska verksamheternas egna rutiner följas vid avvikelser men en oidentifierad kopia på avvikelsen ska skickas till Berosam.

Intervjuer inom Västra Götalandsregionen pekar på att det är ovanligt att avvikelser skickas till Berosam. Flera av de intervjuade anger att avvikelser främst hanteras på annat sätt, exempelvis genom att de tas upp på enheternas arbetsplatsträffar. Vanligtvis leder det till att en handlingsplan upprättas. En handlingsplan för år 2017 fokuserade bland annat på samverkan. Förklaringen till att få avvikelser skickas till Berosam är dels att det saknas kunskap om hur avvikelse som rör samverkan ska rapporteras, dels att nyttan inte ses då det finns en upplevelse av att inrapporterade avvikelser inte leder till vare sig åtgärd eller återkoppling.

Inte heller inom de granskade nämnderna skickas avvikelser till Berosam med hänvisning till samma orsak som beskrivs ovan för Västra Götalandsregionen. Inom social resursnämnds verksamheter rapporteras endast avvikelser som bedöms vara av allvarligare karaktär till Berosam. Under perioden januari 2016 – april 2017 hade enligt uppgift från Samverkan i Göteborgsområdet, en avvikelse inkommit till Berosam från social resursnämnd med koppling till en av nämnderna som ingår i granskningen.

Förbättringsarbete

För år 2016 registrerades totalt 546 avvikelser vid Verksamhet Beroende.³⁷ Hur många som rörde samverkan kan inte utläsas av statistiken.

På sjukhuset genomförs årliga patientsäkerhetsronder på verksamhetsnivå med områdeschef, utvecklingschef och chefläkare utifrån en sjukhusgemensam mall. Vid ronderna följs arbetet med avvikelser,

³⁷ Patientsäkerhetsberättelse år 2016 för område 2 vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

synpunkter och anmälningar upp med fokus på förbättringsåtgärder. Även tidigare diskuterade åtgärder, och resultatet av dessa, följs upp. Granskningen visar att sjukhusets lednings- och patientsäkerhetsgruppsmöten har en stående punkt utifrån avvikelser och händelseanalyser.³⁸ Syftet ska vara att lära av och återkoppla händelser. Vårdskador följs via systematiska genomgångar av bland annat avvikelshanteringssystemet och Lex Maria-anmälningar.

År 2016 rapporterade Västra Götalandsregionen att ”en ökad medvetenhet om risker för vårdskador bidrar till ökad inrapportering”.³⁹ Trots detta anges att ytterligare insatser gällande återföring och kommunikation kring avvikelser är nödvändiga. Inom Verksamhet Beroende finns också ett mål om att öka rapporteringen av avvikelser för att tydliggöra problem som finns i verksamheten. Granskningen visar att inom Västra Götalandsregionen har analyser av avvikelser genomförts och planerade åtgärder fastställts.

Stadsledningskontoret Göteborgs Stads rapporterade år 2016 att avvikelshantering är ett förbättringsområde.⁴⁰ Också stadens nämnder ger en samstämmig bild av behovet av att utveckla en mer systematisk och strukturerad avvikelshantering. Stadsdelsnämnden Askim-Frölunda-Högsbo rapporterade att ”förvaltningen behöver rapportera brister i samverkan genom avvikelshantering för att möjliggöra att de synliggörs och åtgärdas”.⁴¹

Stadsdelsnämnden Majorna-Linné beskriver att ”ett systematiskt omhändertagande av inkomna avvikelser är ett viktigt förbättringsområde”. Inom Majorna-Linnés (specifikt sektorn individ- och familjeomsorg/funktionshinder) riskanalys lyfts en risk för att avvikelser generellt sett inte registreras. Förvaltningen konstaterar att kunskapen om avvikelshantering behöver förbättras och utbildningsinsatser planeras. Åtgärder som ska genomföras är bland annat att sektorns ledningsgrupp ska göra en regelbunden uppföljning av avvikelser samt att förbättringsarbetet för avvikelshantering ska vara en stående punkt på arbetsplatsträffar med enhetschefer.

Samverkan i Göteborgsområdet

I intervjuer med tjänstepersoner inom Västra Götalandsregionens koncernkontor framkom att avvikelser och avvikelshantering var en grundläggande fråga i samband med revideringen av överenskommelsen

³⁸ Patientsäkerhetsberättelse år 2016 för Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

³⁹ Patientsäkerhetsberättelse år 2016 för Västra Götalandsregionen.

⁴⁰ Kvalitetsrapport år 2016 för individ- och familjeomsorg.

⁴¹ Kvalitetsrapport år 2016 för individ- och familjeomsorg.

år 2015. Enligt uppgift pågick under år 2017 en översyn av processen för avvikelshantering kring samverkan inom Samverkan i Göteborgsområdet. Vid tillfället för vår granskning framkom dock att de rutiner kring samverkan som fanns att tillgå på Samverkanstorget.se inte fullt ut var uppdaterade med anledning av den nya överenskommelsen. Dessutom har det framkommit att det saknas regler för hur snart avvikelser ska beredas och återkopplas och att verksamheterna hanterar avvikelser på olika sätt.

I samband med att Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende gavs ut, enades Västra Götalandsregionen och kommunerna om att ta fram ett gemensamt avvikelshanteringssystem. Det lyckades man dock inte med bland annat med hänvisning till att det saknades samordning på länsnivå av de olika journalsystemen i verksamheterna. Därav används fortfarande en rutin som innebär att en avvikelseblankett faxas mellan parterna.

Sammanställningar och analyser i övrigt

Enligt Socialstyrelsens föreskrift ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras för att vårdgivaren eller de som bedriver socialtjänst ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet. Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dessa kan säkra att en avvikelse inte inträffar på nytt. Därigenom ska en systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av verksamhetens kvalitet uppnås. Avvikelsehantering är alltså en del av det systematiska kvalitetsarbetet.⁴²

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Västra Götalandsregionens koncernkontor ska följa upp att den nya överenskommelsen implementerats enligt plan. Hälso- och sjukvårdsdirektören har fått i uppdrag att årligen följa upp arbetet med genomförandet av insatser och åtgärder inom ett regionuppdrag för vård och stöd vid missbruk och beroende. I analysen som ligger till grund för regionuppdraget preciseras att antalet samordnade individuella planer särskilt bör följas.

Sjukhuset följer upp sin verksamhetskvalitet i delårsrapporter och årsredovisningen. I sjukhusets delårsredovisning per augusti år 2017 följs verksamhetsmål för bland annat psykiatri och beroende upp på ett övergripande plan. Ett pågående arbete är uppföljning och

⁴² Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 5 kap. 6§.

vidareutveckling av vård- och stödsamordning, i samverkan med Göteborgs Stad.

Ledningsgruppen inom Område 2 ska varje kvartal få rapporter från enheterna om hur processen för vård- och omsorgsplanering fungerar tillsammans med uppföljningar av de tio senaste vårdplaneringarna. Detta ska leda till att förbättringsområden identifieras och att handlingsplaner kan justeras.

Rött, gult och grönt

Resultaten för kvalitetsindikatorer redovisas i verktyget Kvalitetsbarometern⁴³ med hjälp av färgade indikatorer enligt följande:

- systematiskt arbete pågår (grönt)
- arbete sker delvis (gult)
- arbete saknas (rött).

För första delåret 2017 visar majoriteten av kvalitetsmåten inom Verksamhet Beroende rött, det vill säga att arbete saknas.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset använder sig av standardiserade metoder för identifiering av problematiska alkoholvanor och för att identifiera personer med drogrelaterade problem.⁴⁴

I patientsäkerhetsberättelsen för år 2016 beskrivs sjukhusets patientsäkerhets- och kvalitetsarbete. Eventuella brister och problem vad gäller samverkan med socialtjänsten beskrivs emellertid inte. I patientsäkerhetsberättelsen anges dock att det kan vara ett problem att olika vårdgivare har olika dokumentationssystem. Statistiken som rör avvikelser är inte uppdelad på ett sådant sätt att det direkt går att utläsa hur många avvikelser som rör samverkan mellan vårdgivare. Olika typer av avvikelser kan dock inkludera samverkansproblem alternativt innebära att problem uppstår i samverkan. I patientsäkerhetsberättelsen anges till exempel brister kopplat till följsamhet av gällande rutiner, kommunikations- och informationsbrister, överbeläggningar och brist på vårdplatser.

⁴³ I Kvalitetsbarometern beskrivs mål för patientsäkerhet och kvalitet. Hur väl man når upp till varje mål mäts genom egenbedömning markerad med rött, gult och grönt.

⁴⁴ AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Frågeformuläret är särskilt avsett för tidig identifiering av riskabel alkoholkonsumtion. DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test). Frågeformuläret syftar till att ta reda på konsumtionsmönster och drogrelaterade problem av olika slag.

Göteborgs Stad

Enligt uppgifter från stadsledningskontoret inom Göteborgs Stad ska uppföljningen av samverkan utvecklas i och med den nya överenskommelsen. Uppföljningen inom missbruksområdet vid tiden då den tidigare överenskommelsen var gällande var bristande. Med anledning av det togs, under år 2016, initiativ till att börja med kvalitetsrapporter till nämnderna och kommunstyrelsen, där missbruk var inkluderat. Kvaliteten i dessa rapporter uppges ha varierat.

Som en del i uppföljningen av målgruppen samsjukliga används en standardiserad bedömningsmetod, som möjliggör uppföljning på gruppnivå, där eventuella effekter av samverkan skulle kunna utläsas.⁴⁵

Inom stadsdelsnämnden Askim-Frölunda-Högsbo framkommer att systematisk uppföljning är ett generellt utvecklingsområde. Inom missbruksområdet finns, enligt uppgift, goda förutsättningar eftersom två standardiserade metoder finns på plats.⁴⁶ Vid tillfället för granskningen visade det sig dock att den ena metoden inte fullt ut var implementerad och att den andra inte användes. Vuxenenheten inom stadsdelsnämnden Majorna-Linné använde en av dessa metoder i sitt utrednings- och uppföljningsarbete på individnivå.

Granskningen visar att inom ramen för den verksamhet som bedrivs av Järntorgsteamet (se sid 15) sker viss uppföljning av hur samverkan fungerar mellan huvudmännen. Uppföljningen sker i den styrgrupp som finns för verksamheten. Av intervjuerna inom såväl social resursnämnd som de båda stadsdelsnämnderna framgår dock att det inte genomförs någon systematisk uppföljning i övrigt kring hur samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården fungerar när det gäller målgruppen.

⁴⁵ BoendeDOK är en standardiserad intervju som Social resursförvaltning använder som komplement till stadsdelens uppdrag för att utreda vilket stöd de boende behöver. BoendeDOK består av cirka 100 frågor och är en bred genomgång av den boendes sociala och ekonomiska situation, utbildning, familj, missbruk med mera.

⁴⁶ ASI (Addiction Severity Index) är en standardiserad och strukturerad intervju som främst är avsedd för användning i missbruks- och beroendevården. Intervjun kan användas såväl i utredningsskedet som vid planering och utveckling av vård- och behandlingsinsatser. Med uppföljningsintervjun är det också möjligt att göra jämförelser före och efter insats. En utvecklad datorversion gör det möjligt att aggregera data på gruppnivå för att få information om klientgrupper. UIV-BF (Utvärdering av Insatser för Vuxna med missbruksproblematik - Bostad Först) metod för systematisk kvalitetsuppföljning.

Samverkan i Göteborgsområdet

Under år 2017 började vård- och stödsamordning följas upp av Samverkan i Göteborgsområdet. Uppföljningsuppdraget tydliggjordes i den nya handlingsplanen för implementering av vård- och stödsamordning. Tidigare fanns inte kunskap om modellen hade haft önskad effekt.

I de intervjuer som vi har genomfört pekade systematisk uppföljning och analys av samverkansarbetet ut som ett utvecklingsområde. Varken på verksamhetsnivå eller i Samverkan i Göteborgsområdet finns det en tydlig bild av om överenskommelsen bidrar till en god vård och omsorg för personer med samsjuklighet och behov av samordnade insatser. Våra intervjuer visar att verksamheterna inte har uppfattat att Samverkan i Göteborgsområdet har ställt några krav på uppföljning.

Bedömning

Den övergripande bedömningen är att kontroll och uppföljning, som säkerställer att samverkan sker, inte genomförs i tillräcklig omfattning vare sig inom den granskade styrelsens eller de granskade nämndernas berörda verksamhetsområden.

Bristande systematik av egenkontroll

Vår bedömning är att det inom den granskade styrelsen och de granskade nämnderna inte sker en systematisk egenkontroll i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift⁴⁷.

Trots att processer och rutiner för egenkontroll finns anser vi att det saknas ett i alla delar systematiskt arbetssätt. Ett mer systematiskt och genomgripande arbete med egenkontroll bör enligt vår bedömning öka förutsättningarna för att brister, liknande de som noterats i vår granskning, upptäcks.

Vi bedömer vidare att det är högst väsentligt att dokumentation av genomförda egenkontroller görs. Genom systematiska, strukturerade och dokumenterade egenkontroller bör brister i exempelvis upprättande av samordnade individuella planer kunna identifieras. En tydlig vägledning kan bidra till en ökad systematisk egenkontroll och en mer ändamålsenlig dokumentation.

⁴⁷ Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2 kap. 1 §.

Avvikelsehanteringen avseende samverkan är bristfällig

Vi bedömer också att den granskade styrelsen och de granskade nämnderna inte är följsamma mot lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrift när det gäller avvikelsehantering i samverkan.

Samma brister som lyfts för egenkontroll bedömer vi gälla för avvikelserapportering och hantering av avvikelser. En avvikelserapportering sker förvisso, både inom den granskade styrelsen och de granskade nämnderna, men vi menar att avvikelser som rör samverkan varken hanteras eller rapporteras på ett ändamålsenligt sätt. Ansvariga nämnder och styrelse bör se till att rutiner för avvikelsehantering i vårdkedjan blir känd fullt ut i berörda verksamheter.

Då rapporteringen av avvikelser inte sker i verksamheternas egna system försämras verksamheternas möjlighet att på ett effektivt sätt sammanställa och analysera avvikelser som rör samverkan. Vi menar att möjligheterna till ett systematiskt kvalitetsarbete kring samverkan underlättas om vård- och omsorgsgivarna har samma stödsystem eller åtminstone stödsystem som kan utbyta information med varandra.

För en meningsfull avvikelsehantering måste avvikelser hanteras och återkopplas enligt gällande regelverk till de som rapporterat avvikelserna. Det bör också framgå om avvikelserna beror på brister i samverkan. För de nämnder och den styrelse som vi granskat bör Berossams uppdrag vad gäller avvikelsehantering förtydligas.

Systematiken i uppföljning och analyser av hur samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten fungerar är, enligt vår bedömning, bristande. Den verksamhetsuppföljning som genomförs bör struktureras så att avvikelser som rör samverkan kan följas upp och analyseras. Ansvariga nämnder och styrelse bör därefter se till att en systematisk uppföljning och analys av samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården genomförs. Vidare bör det följas upp huruvida gällande avtal har implementerats så som det var tänkt.

Sammanställningar och analyser kan utvecklas

Avslutningsvis menar vi att den granskade styrelsen och de granskade nämnderna kan bli mer följsamma mot Socialstyrelsens föreskrift⁴⁸ vad gäller att sammanställa och genomföra analyser för att se mönster eller trender som indikerar brister i verksamheternas kvalitet. Vår bedömning är att det finns förutsättningar, bland annat utgör hälso- och sjukvårdsavtalet med underliggande överenskommelse ett incitament och

⁴⁸ Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 5 kap. 6§.

till viss del finns metoder på plats. Därutöver bedömer vi att det finns en medvetenhet hos de granskade om att detta är ett utvecklingsområde.

Identifieras risker för målgruppen och vidtas åtgärder för att hantera dessa risker?

Utgångspunkten i denna del av granskningen är Socialstyrelsens krav på riskhantering. Enligt föreskriften ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Analysen ska göras för att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och andra beslut. Sannolikheten för att en sådan händelse ska inträffa ska uppskattas och en bedömning ska göras av vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden. Riskanalyser ska genomföras fortlöpande. Föreskrifterna ställer också krav på att alla delar av det systematiska kvalitetsarbetet ska dokumenteras.⁴⁹ Det innebär att arbetet med att planera och genomföra riskanalyser ska vara dokumenterade.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sjukhuset anger i sin patientsäkerhetsberättelse för år 2016 att riskanalyser utförs enligt Socialstyrelsens Handbok för riskanalys & händelseanalys, samt enligt Route Course Analysis utgiven av Sveriges kommuner och landsting (SKL). Man anger vidare att riskanalyser ska utföras ur ett patientsäkerhetsperspektiv inför alla större omorganisationer. Riskanalyser utförs också vid upprepade upptäckter av risker/avvikelser eller då chefer eller medarbetare upplever att ett visst moment är riskfyllt, till exempel vid införande av ny teknik, medicinteknisk utrustning eller nya metoder.

För genomförande av riskanalyser finns sjukhusgemensamma mallar, bland annat en mall för mindre riskanalys, större riskanalys, analyschema och processbeskrivning. En handlingsplan ska upprättas utifrån genomförd analys. Respektive chef ska ansvara för att arbetet följs upp. I vissa fall följs åtgärdsplanen upp av chefsläkare och redovisas för ledningsgruppen.

Verksamhet Beroende lyfter under år 2016 fram ett flertal riskområden med beröring på samverkan kring samsjukliga. Bland annat beskrivs bemanningsproblem och den stora andelen remisser som avvisas på

⁴⁹ Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 5 kap. 1§ och 7 kap 1§.

grund av att de bedöms vara ofullständiga eller att remissen inte ska till sjukhuset.⁵⁰ För år 2017 hade Verksamhet Beroende inte gjort några riskanalyser som avspeglas på en övergripande nivå.⁵¹ Flera av de intervjuade menar att riskanalyser inte genomförs i tillräcklig omfattning med hänvisning till tidsbrist. Det gör också att det är svårt att hantera eventuella risker och vidta åtgärder. Riskanalyser ses som ett utvecklingsområde.

Göteborgs Stad

I de riskanalyser vi har granskat har vi inte kunnat verifiera någon risk kopplad till vårdssamverkan i någon av de granskade nämnderna.⁵² Inom stadsdelsnämnden Majorna-Linné (sektor individ- och familjeomsorg/funktionshinder) noteras dock en risk för att avvikelser (generella, inte specifikt för samverkan) inte registreras. Inom samma stadsdelsnämnd saknas det arbetssätt för att löpande och systematiskt genomföra samt dokumentera riskanalyser vad gäller vårdssamverkan.

Inom ett av social resursnämnds verksamhetsområden lyfts risken ”Bristande samverkan mellan kommun och sjukvård”. Det konstateras att ”samverkan mellan kommun och sjukvård inte fungerar tillfredsställande”. Åtgärder som föreslås vidtas för att förbättra samverkan är aktivt arbete med vård- och stödsamordning och samordnade individuella planer. Granskningen visar att brister i samverkan lyfts i nämndernas verksamhetsplaner och underliggande SWOT-analyser. Dock återspeglas dessa brister inte i någon nämnvärd omfattning i verksamheternas riskanalyser.

Under år 2016 rapporterade Göteborgs Stad att samverkan är ett förbättringsområde. Det konstaterades att fungerande, kända strukturer och rutiner för intern samverkan saknades och att den externa samverkan med hälso- och sjukvård var särskilt bekymmersam.⁵³

Bedömning

Den övergripande bedömningen är att det inte i tillräcklig omfattning identifieras risker och inte heller vidtas åtgärder för risker som har identifierats för den aktuella målgruppen.

⁵⁰ Årsrapport år 2016, område 2 vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

⁵¹ Patientsäkerhetsberättelse år 2016, område 2 vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

⁵² Inom välfärdens processer finns mallar för riskbedömning, i granskningen har vi inte kunnat se att dessa används.

⁵³ Göteborgs Stads kvalitetsrapport för individ- och familjeomsorg år 2016.

Mer systematik och samordning krävs

För nämndernas del menar vi att de brister som berör samverkan och som lyfts i olika planer, analyser och rapporter bör ge tydligare avtryck i verksamheternas riskanalyser.

Vidare bedömer vi att både nämnderna och styrelsen bör se till att genomförda riskanalyser, bedömningar och åtgärder är så pass utförliga och innehållsrika att de kan visa en helhetsbild av samtliga risker för den gemensamma målgruppen som det ska samverkas kring. Det bör dessutom säkerställas att analyser genomförs med syfte att identifiera händelser som skulle kunna inträffa och som gör att verksamheten inte kan leva upp till de krav och mål som ställs i lagar, föreskrifter och andra beslut. Sannolikheten för att en sådan händelse inträffar ska uppskattas, därefter ska en bedömning av eventuella negativa konsekvenser göras. Detta hänger tätt samman med hur väl arbetet med egenkontroller genomförs eftersom brister som upptäcks där bör återkomma som risker med tillhörande åtgärder i riskanalyser. Av det följer vikten av att arbetet med planering och genomförande av riskanalyser dokumenteras.

Avslutningsvis menar vi att såväl styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset som stadsdelsnämnderna Majorna-Linné och Askim-Frölunda-Högsbo samt social resursnämnd, bör arbeta mer samordnat och systematiskt för att leva upp till Socialstyrelsens krav om att fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Sammanfattande bedömning

Syftet med granskningen har varit att bedöma om samverkan mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen, för vuxna personer med samsjuklighet och behov av samordnade insatser, bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. För att besvara syftet har fem revisionsfrågor formulerats som var och en har granskats och bedömts utifrån relevanta revisionskriterier. Nedan redovisar vi kortfattat de viktigaste bedömningarna för respektive revisionsfråga i punktform.

Finns det förutsättningar för verksamheterna att bedriva en ändamålsenlig samverkan?

- Lokala anpassningar av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete genomförs inte i tillräcklig omfattning.
- Konkreta vägledningar och tydlighet kring ansvar för implementering av beslut som fattas i samverkansorganisationen saknas.
- Övergripande mål konkretiseras inte i tillräcklig omfattning på verksamhetsnivå.

Är ansvarsfördelningen för samverkan tydlig?

- Bristande samsyn kring gränssnitten för kostnad, ansvar och uppdrag råder.
- Det saknas en samstämmighet om begreppet samsjuklighet.

Finns det processer och rutiner som säkerställer att samverkan sker?

- Sahlgrenska Universitetssjukhuset har processer och rutiner men brister i tillämpningen.
- Nämnderna inom Göteborgs Stad saknar kompletterande rutin- och processbeskrivningar på nämndnivå som vägledning för hur samverkan ska genomföras.
- Samordnade individuella planer upprättas inte i tillräcklig omfattning och ansvaret för detta är otydligt.

Genomförs kontroller och uppföljning som säkerställer att samverkan sker?

- Arbetet med egenkontroller och avvikelser är inte i alla delar systematiskt.
- Hanteringen och rapporteringen av avvikelser sker inte på ett ändamålsenligt sätt.
- Uppföljning och analys av samverkan sker inte systematiskt.

Identifieras risker för målgruppen och vidtas åtgärder för att hantera dessa risker?

- Riskanalyser, bedömningar och åtgärder ger inte en helhetsbild. Till exempel återspeglas inte identifierade brister i nämndernas riskanalyser.
- Nämnderna och styrelsen arbetar inte tillräckligt samordnat och systematiskt för att löpande kunna bedöma risker i samverkan.

Sammanfattningsvis gör vi bedömningen att samverkan mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen, för vuxna personer med samsjuklighet och behov av samordnade insatser, inte bedrivs på ett tillräckligt ändamålsenligt sätt.

Förutsättningar för samverkan finns på ett övergripande plan genom samverkansorganisationen, avtal och överenskommelse, mål och ledningssystem. Vår bedömning är dock att såväl nämnderna som styrelsen kan öka förutsättningarna ytterligare.

Bland annat bör dokumentation, riskanalyser, uppföljning och analyser av samverkan ske mer systematiskt vad gäller samverkan avseende samsjukliga. Vidare bör insatser genomföras för att säkerställa kunskapen

om, och följsamheten till, regelverk och rutiner. Därutöver menar vi att kommunikationen mellan samverkansorganisationen och verksamheterna kan förtydligas, exempelvis gällande avvikelserapportering.

Den bristande samsynen kring gränssnitten för kostnad, ansvar och uppdrag innebär, enligt vår bedömning, en risk för att den enskilde inte får den vård och omsorg den har behov av. Nämnderna och styrelsen bör säkerställa att olika uppfattningar om kostnads- eller verksamhetsansvar aldrig medför att den enskildes intresse åsidosätts.

Hälso- och sjukvårdsavtalet med underliggande överenskommelse pekar ut riktningen men vi menar att det saknas konkret styrning för att realisera såväl avtal och överenskommelse som kvalitetsledningssystem. Styrningen mot övergripande mål bör säkerställas i underliggande verksamhetsplaner.

Sedan granskningen påbörjades har arbete kopplat till målgruppen genomförts. Bland annat har Västra Götalandsregionen och kommunerna tagit fram en handlingsplan som kan ge förutsättningar att bidra till en bra vård och omsorg för samsjukliga.

Vi uppmanar granskad styrelse och granskade nämnder att beakta de synpunkter som lämnas i denna granskningsrapport och ta med dessa i det pågående utvecklingsarbete som sker inom verksamhetsområdet. De brister som noterats i granskningen bör föranleda att styrelse och nämnder vidtar åtgärder för att komma till rätta med bristerna och för att tillse att samverkan sker mellan vårdgivarna så att personer med samsjuklighet får en vård och omsorg i enlighet med vad lagstiftning och föreskrifter säger.

Sahlgrenska Universitetssjukhusets styrelse, social resursnämnd och de granskade stadsdelsnämnderna bör verka för att Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad ger uppdrag till samverkansorganisationen att löpande följa upp arbetet och stödja genomförandet av handlingsplanen.