



Handläggare
Kommunrevisionen

Datum
2015-01-12

Beteckning
MISSIVSKRIVELSE

Kommunstyrelsen
Social myndighetsnämnden
Kommunfullmäktige (f.k.)

Uppföljning av granskningar om Samverkan kring vuxna med psykiska funktionshinder

Kommunrevisionen har i sin granskning konstaterat att kommunstyrelsen och sociala myndighetsnämnden bör se över och implementerade de styrande dokumenten för att säkerställer att ett samarbete sker inom kommunen **och** med olika aktörer för att skapa bra stöd- och behandlingsinsatser för vuxna med psykiska funktionshinder. Vi gör bedömningen att:

- En helhetssyn återspeglas i länsövergripande överenskommelser, riktlinjer och handlingsplanen som upprättats mellan huvudmännen.
- Dokumenten visar ansvar, struktur för samverkan övergripande och i enskilda ärenden.
- Implementering av styrande dokument brister, återkoppling från samverkansdiskussioner på en övergripande nivå saknas, uppföljning av att och hur samverkan sker görs inte.
- Ovanstående ger effekter i form av bristande samsyn gällande ansvarfördelning och samverkan i det enskilda ärendet.
- Det finns otydligheter i var handläggningen ska ske gällande personer med psykiska funktionshinder vilket ger ineffektivitet och kan medföra bristande kompetens, vilket bör ses över.

Kommunrevisionen begär svar från Kommunstyrelsen och Sociala myndighetsnämnden beträffande ovanstående senast den 18 maj 2015.

Kommunrevisionen

Denny Lawrot
Ordförande Revisionen

Hakon Fältström
Avgående ordförande Revisionen

Bilagor: Revisionsrapport: *Samverkan kring vuxna med psykiska funktionshinder.*

Revisionsrapport

Samverkan kring vuxna med psykiska funktionshinder

*Lena Brönnert
Cert. kommunal revisor*

Gabriel Uhlin

Oktober 2014

Finspångs kommun

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattande bedömning	1
2.	Inledning	2
2.1.	Bakgrund	2
2.2.	Revisionsfråga;	2
2.3.	Revisionsmetod	3
2.4.	Organisation	3
3.	Resultat.....	4
3.1.	Tydlighet i ansvarsområden	4
3.2.	Tydlighet och struktur för samverkan.....	5
3.3.	Forum för samverkan i övergripande frågor.....	7
3.4.	Eventuella hinder för samverkan	9

1. *Sammanfattande bedömning*

PwC har granskat att kommunstyrelsen och sociala myndighetsnämnden säkerställer att ett samarbete sker inom kommunen och med olika aktörer för att skapa bra stöd- och behandlingsinsatser för vuxna med psykiska funktionshinder.

Att socialtjänsten och hälso- och sjukvården har uppdrag och ansvar att se till helheten när det gäller människors behov av vård, stöd och rehabilitering återspeglas i länsövergripande överenskommelser, riktlinjer och handlingsplaner som upprättats mellan huvudmännen. De reglerar hur samverkan ska ske, ansvar i specifika vård- och ansvarsformer och tydliggör ansvaret för övergripande samarbete gällande den enskildes behov av insatser.

Granskningen visar dock att det finns brister i hur ansvarfördelningen uppfattas, vilket ger konsekvenser vad gäller helhetssyn på vårdens och verksamhetens effektivitet. Det finns också brister gällande ansvar vid upprättande av gemensam vårdplanering. En ambition om att sprida kunskap och erfarenheter når inte den operativa nivån. Erfarenheter från samverkan kring brukaren inhämtas inte för att nå syften om erfarenhetsutbyte och för att nå samverkansförbättringar. Briserna bör ses över för att nå de ambitioner som beskrivs i de gemensamma överenskommelserna.

Även internt inom kommunen bör tydlighet ses över gällande var handläggningen ska ske gällande personer med psykiska funktionshinder. Detta för att säkerställa att handläggaren har tillräcklig kompetens och att verksamheten är effektiv.

Hinder som beskrivs sammanfattas som brist på implementering av styrande dokument, brister i återkoppling från samverkansdiskussioner på en övergripande nivå samt brist på uppföljning av att och hur samverkan sker. Detta ger effekter i form av bristande samsyn gällande ansvarfördelning och samverkan i det enskilda ärendet.

Vi rekommenderar även att de styrande dokumenten ses över gemensamt av huvudmännen och implementeras för att få en väl fungerande samverkan som stödjer vården i de fall insatser behövs från flera huvudmän.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som finns hos andra huvudmän.

Kommunen har ansvar för boende, boendestöd och arbete/sysselsättning för personer med psykiska funktionshinder medan landstingets ansvar omfattar diagnostik, behandling och psykisk rehabilitering. Kommunen är huvudansvarig för att planera, initiera och samordna sociala insatser.

Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens uppdrag och ansvar är alltid se till helheten när det gäller människors behov av vård, stöd och rehabilitering. Samverkan ses som en viktig framgångsfaktor för den vård och de stödinsatser som påverkar personens förmåga till återhämtning och en fungerande vardag.

Kommunen ska enligt Socialtjänstlagen planera sina insatser i samverkan med landstinget och andra samhällsorgan och organisationer¹. Kommunen ska även ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning². Om det är möjligt bör brukarorganisationer ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Patienter kan vårdas i öppen psykiatrisk tvångsvård sedan den 1 september 2008³. Syftet är att tillgodose vårdbehovet hos patienter som inte kan ta emot psykiatrisk vård på frivillig väg, men som inte behöver vårdas på en sjukvårdsinrättning. Vårdformen kräver nära samarbete mellan psykiatri och socialtjänst. I målgruppen finns många med ett aktivt missbruk. De insatser som främst kan bli aktuella från kommunen är struktur i vardagen, sysselsättning/verksamhet, boende, boendestöd, stöd i ekonomi m m.

En inventering har gjorts på uppdrag av Socialstyrelsen av livssituation och behov hos personer i kommunen med psykisk funktionsnedsättning. Den visar att det finns behov av anpassad sysselsättning, boendestöd och utvecklat boendestöd till målgruppen.

Kommunens revisorer har i sin risk- och väsentlighetsanalys funnit skäl att genomföra granskningen.

2.2. Revisionsfråga;

Hur säkerställs samarbetet inom kommunen och med olika aktörer för att skapa bra stöd- och behandlingsinsatser för vuxna med psykiska funktionshinder?

Följande områden kommer att beröras:

- Tydlighet i ansvarsområden
- Tydlighet och struktur för samverkan
- Forum för samverkan i övergripande frågor
- Eventuella hinder för samverkan

¹ SoL 5 kap 8 §

² SoL 5 kap 8 a §

³ Gäller den som tidigare vårdats i sluten psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård

Granskningen avgränsas till att omfatta vuxna med psykiska funktionshinder.

2.3. Revisionsmetod

- Granskning av relevant dokumentation.
- Intervjuer med berörda chefer, övrig personal och utförare.
 - Sektorschef omsorg
 - Utvecklingsstrateg
 - Enhetschef för myndighetskontoret social omsorg
 - 1:e socialsekreterare myndighetskontoret individ- och familjeomsorg
 - Enhetschef för Behandlingsteamet
- Intervjuer med viktiga samverkansparter och brukarföreträdare
 - Närsjukvårdschef öppenvårdsmottagningen City (allmänpsykiatrisk mottagning med bl a Finspång som upptagningsområde)
 - Verksamhetschef psykiatriska kliniken
 - Sjuksköterska inom psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Finspång vilket är en filial till Citymottagningen.
 - Företrädare för NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa) har kontaktats men visat sig inte ha erfarenhet av samverka gällande Finspång

2.4. Organisation

Kommunstyrelsen ansvarar för all verksamhet i kommunen. Sociala myndighetsnämnden fattar beslut om stöd och hjälp enligt främst Socialtjänstlagen och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Utredning och bedömning av enskilda behov av stöd och hjälp delas upp mellan Social omsorg och Individ- och familjeomsorg inom Myndighetskontoret.

Socialtjänstens öppenvårdsmottagning, Behandlingsteamet, organiseras inom sektor Social omsorg. Personer som är 19 år eller äldre erbjuds samtalsstöd och rådgivning vid psykisk ohälsa samt stöd, rådgivning och behandling vid missbruk eller beroendeproblematik. I personalgruppen finns socialsekreterare, behandlingsassistent och en sjuksköterska som har sin anställning inom Landstingets närsjukvård. Stöd ges i första hand utan bedömning och biståndsbeslut.

Landstinget i Östergötland är huvudman för psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Finspång som är en filial till psykiatriska kliniken i Norrköping. Den är bemannad med sjuksköterskor och skötare samt läkare på deltid. Verksamhetens uppdrag är att träffa patienter för behandlande samtal och medicinering. Här görs också bedömningar och hembesök. Mellan 150 – 170 patienter är aktuella. De hänvisas hit via psykiatriska kliniken Citymottagning i Norrköping. Även behov som uppmärksammas inom primärvården aktualiseras inom öppenvårdsmottagningen via psykiatriska kliniken.

3. Resultat

3.1. Tydlighet i ansvarsområden

En överenskommelse finns om samverkan mellan Landstinget och länets kommuner avseende personer med psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom⁴. Den visar vilket ansvar som finns gemensamt hos båda huvudmännen, vad som är kommunens och vad som är landstingets ansvar.

Ett ramavtal finns mellan landstinget och kommunerna, Finspång, Norrköping, Söderköping och Valdemarsvik för att skapa en heltäckande vårdkedja i samverkan för personer med psykisk sjukdom och missbruk⁵. Den säger att respektive huvudman ansvarar för samtliga kostnader som uppstår utifrån ansvarsområden.

En lokal överenskommelsen finns för läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården⁶. Den reglerar läkarmedverkan för de patienter hos hemsjukvården som har vårdkontakt med psykiatriska kliniken.

En rutin finns för hälso- och sjukvård inom kommunens LSS-verksamhet för att tydliggöra kommunens hälso- och sjukvårdsansvar i bostad med särskild service enligt LSS, vilket gäller inom bland annat kommunpsykiatri.

I handlingsplan för den kommunala psykiatrin 2012 - 2016⁷ återges ansvarsfördelning mellan stat, landsting och kommun. I huvudsak säger den att landstinget ska erbjuda rehabilitering, habilitering och hjälpmedel, medan kommunen har huvudansvar för boende och sysselsättning. Här sägs också att kommunen ska vara en aktör för att stärka samverkan med den vård som landstinget erbjuder och med ideella organisationer och föreningar, sprida kunskap och förståelse för behov hos personer med psykisk ohälsa och ta ansvar för att det finns en tydlig samverkan utifrån den enskildes behov när flera verksamheter finns med. En processledare ska utses i dessa situationer för att samordna de olika insatserna.

Vid intervjuerna med kommunens företrädare framkommer att ansvarsgränserna upplevs som otydliga såväl mot landstinget som mellan de kommunala verksamheterna, myndighetskontorets individ- och familjeomsorg och sociala omsorg samt behandlingsenheten. Var ärendet handläggs styrs oftast av vilken insats som kan komma att erbjudas. Utifrån intervjuerna ges en bild av att man uppfattar det som att landstinget ibland ges, eller förutsätter tolkningsföreträde i individuella fall gällande behovet av vård alternativt omsorg och därigenom påverkar ansvarsfördelningen.

Tillgång finns till veckovisa möten där kommunens handläggare initierar medverkan från andra för att "hitta rätt". Otydligheten gällande ansvarsfördelning har diskuterats under en längre tid. Otydligheten riskerar att drabba brukaren i form av exempelvis en längre hand-

⁴ Läns-SLAKO Östergötland: (2013-08-05) *Överenskommelse mellan Landstinget i Östergötland och Boxholm, Finspång, Kinda, Linköping, Motala, Mjölby, Norrköping, Söderköping, Valdemarsvik, Vadstena, Ydre, Åtvidaberg och Ödeshögs kommun avseende barn, unga och vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom*. Gäller t o m 2015-12-31.

⁵ Landstinget i Östergötland, Norrköpings, Söderköpings, Valdemarsviks och Finspångs kommun: (2013-12-10) *Ramavtal avseende samordnat samhällsstöd för personer med psykiskt sjukdom och missbruk i östra Östergötland* Giltigt 2014-01-01 – 2015-12-31.

⁶ Norrköpings, Finspångs, Valdemarsviks, Söderköpings kommun, Närsjukvården i östra Östergötland: *Lokal överenskommelse för läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården*. Undertecknat 2014-01-20.

⁷ Antagen av kommunfullmäktige 2012-06-20, § 169.

läggningstid där ärenden ibland flyttas mellan handläggare, eller att kompetens inte finns hos aktuell handläggare för att bedöma vissa behov. Tjänstemännen beskriver situationer där de inte vet vem de ska vända sig till.

Granskningen visar också att det finns en brist på samsyn mellan kommunen och landstinget vad gäller den övergripande ansvarsgränsen.

Intervjuerna ger en bild av att samverkansdokumenten är betydelsefulla och att samverkan eftersträvas. Uppfattningen är att dokumenten ger en tydlig uppdelning av ansvar men att kommunen och landstinget tenderar till att ibland tolka dem olika. Implementeringen av dokumenten sägs vara bristande. Man säger att kommunen ”faller på det yttersta ansvaret”, vilket innebär att man påtar sig att bevilja insatser där man menar att landstinget är huvudman. Ett exempel är lindrigt utvecklingsstörda med psykisk problematik.

Intervjuerna inom landstinget visar en uppfattning om att man uppfattar ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun som tydlig. De visar också att det finns en otydlighet i ansvarsfördelning mellan primärvård och specialistvård gällande psykisk ohälsa. Från psykiatriska kliniken menar man att förväntningarna från primärvården är orealistiska. Denna otydlighet drabbar också samverkansparter och brukaren.

Bedömning

Det finns länsövergripande överenskommelser mellan kommunerna och landstinget som visar ansvarsfördelning. Dessutom finns ytterligare överenskommelser, riktlinjer och en handlingsplan som reglerar ansvar i specifika vård- och omsorgsformer.

Trots detta finns brister i hur ansvarsfördelningen uppfattas vilket ger konsekvenser vad gäller helhetssyn på vårdens och verksamhetens effektivitet.

Även internt inom kommunen saknas en tydlighet framförallt gällande var handläggningen ska ske. Detta bör ses över för att säkerställa att handläggaren har erforderlig kompetens och att verksamheten är effektiv.

Vi rekommenderar att rutinerna i form av överenskommelser, riktlinjer och handlingsplan ses över gemensamt mellan huvudmännen och bättre implementeras för att säkerställa att de är styrande och stödjande.

3.2. Tydlighet och struktur för samverkan

En samverkansorganisation finns sedan 2004 i den östra länsdelen. Denna regleras i dokumentet **Strategisk Samverkan Öster (SSÖ)**⁸ som också tydliggör vilka områden som ingår i samverkan och syftet. Målet för samverkan enligt detta är att:

- *Kommuninvånarna i alla åldrar erbjuds en verksamhet som utgår från en gemensam värdegrund och optimalt användande av de samlade resurserna.*

Ett prioriterat samverkansområde enligt denna är samverkan inom psykiatri- och socialpsykiatriområdet. Syftet är generellt att utveckla och förbättra samverkan där behov finns av insatser från båda huvudmännen. I denna samverkan ska övergripande strategiska drift- och utvecklingsfrågor hanteras, exempelvis att identifiera behov av förändringar i samver-

⁸ Lanstinget i Östergötland, Norrköping Vård- och omsorgskontoret, Söderköpings kommun, Valdemarsviks kommun, Finspångs kommun: *Strategisk Samverkan Öster, SSÖ Organisation och uppdragsbeskrivning för samverkan mellan kommunerna i östra Östergötland och landstinget i östra Östergötland*. Giltigt fr o m 2013-02-20.

kan eller utveckling av nya samverkansformer, ge direktiv och teckna avtal kring samverkan. Förutom SSÖ beskrivs också:

- Operativ samverkan öster (OSÖ) som har att svara för hur konkreta uppdrag från SSÖ ska genomföras, identifiera problem i samverkan och forma förslag till samverkan, samt
- Lokal samverkan öster (LSÖ) som kan bestå av olika konstellationer utifrån uppdrag av OSÖ. Här finns också en grupp som verkar för att övergångar mellan vårdgivare optimeras samt att utveckla formerna för individuell vårdplanering och minimera systemfel i samband med detta.

I överenskommelsen om samverkan mellan Landstinget och länets kommuner avseende personer med psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom⁹ sägs att huvudmännens vård och insatser ska vara samordnade och utgå från en helhetssyn på behov hos enskilda samt att båda huvudmännen har ansvar för att samverkan prioriteras och att det finns en struktur och förutsättningar för samverkan. Båda huvudmännens ledning har ansvar för att gemensamt följa upp att samverkan sker.

Överenskommelsen visar att samverkan och samråd ska ske med brukarorganisationer både länsövergripande och på lokal nivå. I granskningen har vi inte kunnat nå brukarföreträdare som haft ett Finspångsperspektiv. Den samverkan som beskrivs finns i Norrköping och den organisation som framförs är Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Kontakt med Samordningsförbundets förträdare bekräftar att det inte finns organiserade brukarföreträdare som specifikt har ett Finspångsperspektiv.

I överenskommelsen beskrivs även formerna för **samordnad individuell plan (SIP)**¹⁰. Initiativ till detta kan tas av alla inblandade inklusive närstående. Gällande personer med psykisk sjukdom med samtidigt missbruk bör en planering upprättas. Alla enheter ska utse en kontaktperson för samordning och implementering samt att skriftliga rutiner för detta finns, följs upp och revideras. Överenskommelsen beskriver när planen bör upprättas, hur detta görs och innehåll. En mall finns för upprättande av SIP samt ett informationsmaterial till personal.

Landstingpersonalen uppger att rutinen kring SIP fungerar väl. SIP har upprättats för samtliga inom hemsjukvården, enligt psykiatrijuksköterskan. Kommunen kommer vid kallelsen från landstingets personal men tar få initiativ själva. Från landstingets sida uppfattar man det inte som tydligt kring vem som ska kalla. I några fall tappas helhetsperspektivet på patientens behov då planeringen inte samordnas. En SIP upprättas inte alltid vid utskrivning från slutenvård. Denna görs framförallt om vårdens innehåll och insatser förändras. I några fall lämnas bara information mellan huvudmännen.

En gemensam vårdplanering av landsting och kommun är en förutsättning för öppen psykiatrisk tvångsvård. Från landstingets sida uppges detta fungera väl.

⁹ Läns-SLAKO Östergötland: (2013-08-05) *Överenskommelse mellan Landstinget i Östergötland och Boxholm, Finspång, Kinda, Linköping, Motala, Mjölby, Norrköping, Söderköping, Valdemarsvik, Vadstena, Ydre, Åtvidaberg och Ödeshögs kommun avseende barn, unga och vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom*. Gäller t o m 2015-12-31.

¹⁰ Enligt Socialstyrelsens ska alla med behov av insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, och som har behov av samordning, ska erbjudas en samordnad individuell plan (SIP). (SOSFS 2008:20).

I **riktlinje för samordnad vård- och omsorgsplanering**¹¹ fastslås att en samordnad planering är en förutsättning för en stark vårdkedja och för hög patientsäkerhet. Den fastställer att samordningen är grund för *fördelning och överföring av ansvar mellan och inom vårdnivåer*. Den säger vidare att huvudmännen och dess utförare har ett gemensamt ansvar för att vård och omsorg utformas så att det dubbla huvudmannskapet inte märks för de enskilda. Den visar när en gemensam planering ska tillämpas, vem som kan initiera detta samt hur och när kommunikation ska ske, exempelvis vid ut- och inskrivning inom vårdenhet. Den visar vad den gemensamma planen ska innehålla samt dokumentation vid den gemensamma vårdplaneringen.

Ett underlag finns för **”Överrapportering för fortsatt behandling/vård”**. Den används för medgivande till sammanhållen journalföring, vilket innebär att information kan lämnas från en vårdgivare till en annan i samband med att patienten flyttas.

Sjuksköterskan inom den psykiatriska öppenvården i kommunen beskriver en väl fungerande samverkan med sjuksköterska inom hemsjukvården.

Det har inte framkommit att en uppföljning görs av att samverkan sker.

Bedömning

I gemensamt upprättade handlingar tydliggörs syftet med en övergripande samverkan samt hur och mellan vilka denna samverkan ska ske, vilket är tillfredsställande. Det har inte framkommit att direktivet att följa upp hur samverkan sker har följts, vilket bör ses över.

En operativ rutin ger verktyg för hur samverkan ska ske kring enskilda brukare. Intervjuerna påvisar dock att det finns otydligheter kring vem inom kommunen som har att initiera och delta vid upprättande av en gemensam vårdplanering.

Vi rekommenderar att de styrande dokumenten ses över/implementeras för att få en väl fungerande samverkan för gruppen med psykiska funktionshinder i stort.

3.3. Forum för samverkan i övergripande frågor

I enlighet med SSÖ finns en **strategisk samverkansgrupp**. Inom respektive kommun ingår förvaltningschef för socialtjänstens och utbildningsområdet, inom landstinget ingår närsjukvårdsdirektören och centrumchefer. Ytterligare deltagare kan utses. Gruppen sammanträder 3 – 4 gånger per år. Intervjuerna påvisar att grupperna uppdrag är brett och därför uppfattas ibland svårigheter att hitta engagemang för olika typer av frågor som uppkommer. En fördel skulle vara att dela den mellan olika mål-, behovsgrupper. Från Finspång ingår chefer för sektorerna Social omsorg och sektor Barn och ungdom.

Operativ samverkan öster (OSÖ) ska finnas i två grupperingar, en för verksamheter som riktar sig till barn och unga 0 – 18/21 år och en för verksamheter som riktar sig till vuxna. Grupperna sammanträder 6 – 8 gånger per år. Här ingår chefer inom aktuella områden som har ansvar för kvalitets- och utvecklingsfrågor. Inom landstinget utses chefer för aktuella områden med detta ansvar.

Lokala samverkan öster (LSÖ) som sker utifrån de uppdrag som ges av respektive OSÖ, innebär att grupperingar kan variera i antal och uppdrag över tid. Hur uppdrag ges och vad direktivet ska innehålla regleras i samverkansöverenskommelsen. Inom den lokala samverkan finns en stående grupp med uppdrag att verka för en fungerande kommunikation och

¹¹ När den ena handen vet vad den andra gör – Samordnad vård- och omsorgsplanering i Östergötland – Riktlinje. Januari 2014.

informationsöverföring, att medarbetarna har goda kunskaper om vårdkedjan och att det finns fungerande rutiner. Gruppen träffas sex gånger per år. I gruppen ingår medicinsk ansvarig sjuksköterska och områdeschef/enhetschef från kommunerna samt vårdenhetschef och vårdplatskoordinator från landstinget.

Enligt **överenskommelsen om samverkan mellan Landstinget och länets kommuner avseende personer med psyksikt funktionsnedsättning eller sjukdom**¹², ska samråd och överläggningar ske inom Läns-SLAKO som är det gemensamma politiska organet för ledning och styrning. På tjänstemannanivå finns en strategisk ledningsgrupp av närsjukvårdsdirektörer och socialchefer (eller motsvarande). På lokal nivå ska finnas samverkan inom respektive länsdel vilkas strukturer ska vara kända. Grupper för samverkan tillsätts vid behov.

Den **lokala överenskommelsen för läkarmedverkan** i den kommunala hälso- och sjukvården¹³ visar att verksamhetschef vid vårdcentral/specialistpsykiatri och företrädare för vård- och omsorgsverksamheten i kommunen träffas minst två gånger per termin för planering och informationsutbyte.

Ramavtal för samordnat för samhällsstöd för personer med psykisk sjukdom och missbruk¹⁴ säger att varje kommun ska utforma sin samverkan med landstinget kring målgruppen och i detta utforma rutiner och gemensamma arbetsmetoder. Det beskriver att ett nätverk ska bildas för erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling, vilket sammankallas en gång om året. Ansvar ska rotera mellan kommunerna.

Intervjuer med myndighetskonteret representanter visar att man har kunskap om forum på chefnivå för att diskutera oklarheter. Återkoppling från dessa beskrivs som dålig. Bilden som ges av intervjuerna är att den operativa nivån sällan deltar i forum för samverkan i övergripande frågor.

De intervjuade enhetscheferna inom kommunen deltar inte vid något återkommande forum som rör samverkan.

Psykiatrisköterskan i öppenvården deltar inte i övergripande samverkansträffar. Hon får inte heller information från övergripande träffar. Hon vet att tidigare chefer medverkat ibland.

En god samverkan beskrivs av kommunens företrädare med landstinget i kommunen. Kontakten beskrivs dock som personbunden och inte så formaliserad. Också landstingets företrädare beskriver en välfungerande samverkan på operativ nivå som inte formaliserats. I samband med övertagandet av hemsjukvård¹⁵ överfördes personal från landsting till kommunen vilket också lett till att samverkan underlättats. I och med denna reform görs också läns-gemensamma uppföljningsmöten, vilket beskrivs ge en god dialog.

¹² Läns-SLAKO Östergötland: (2013-08-05) *Överenskommelse mellan Landstinget i Östergötland och Boxholm, Finspång, Kinda, Linköping, Motala, Mjölby, Norrköping, Söderköping, Valdemarsvik, Vadstena, Ydre, Åtvidaberg och Ödeshögs kommun avseende barn, unga och vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning/sjukdom.*

¹³ Norrköpings, Finspångs, Valdemarsviks, Söderköpings kommun, Närsjukvården i östra Östergötland: *Lokal överenskommelse för läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Under-tecknat 2014-01-20.*

¹⁴ Landstinget i Östergötland, Norrköpings, Söderköpings, Valdemarsviks och Finspångs kommun: (2013-12-10) *Ramavtal avseende samordnat samhällsstöd för personer med psykiskt sjukdom och missbruk i östra Östergötland* Giltigt 2014-01-01 – 2015-12-31.

¹⁵ Övertagandet berör omsorgsverksamheterna i kommunen, vårdcentral och specialistpsykiatri

I intervjuer med landstinget företrädare på ledningsnivå nämns samverkan genom SSÖ, OSÖ och LSÖ. De känner väl igen företrädarna från kommunen. OSÖ uppfattas omfatta ett för brett område varför forumen mera ska inriktas på specifik form av vård. Från kommunen medverkar utvecklingsstrategerna. Inom den operativa verksamheten nämns ett nära och bra samarbete som känns naturligt gentemot personal på behandlingsenheten, hemsjukvården och sjuksköterska i gruppboenden.

Inom Behandlingsteamet träffas enhetschef, sjuksköterska och enhetschef inom landstinget en gång per termin för att diskutera övergripande gemensamma frågor.

Bedömning

I samverkansdokumenten beskrivs forum för samverkan där uppdrag, deltagare och mötesintervaller tydliggjorts. Intervjuerna visar att kunskap och erfarenheter från dessa inte når den operativa nivån. Erfarenheter från samverkan kring brukaren inhämtas inte för att nå syften om erfarenhetsutbyte och för att nå samverkansförbättringar inom vård och omsorg gällande vuxna med psykiska funktionshinder. Detta bör ses över för att nå de ambitioner som beskrivs i de gemensamma överenskommelserna.

3.4. Eventuella hinder för samverkan

En bristande samsyn mellan huvudmännen gällande hur vårdbehov ska bedömas och behandlas, beskrivs vid intervjuerna. Ett exempel är kommunens förväntan att landstinget ska göra utredningar av psykiatriska tillstånd.¹⁶ Från flera av intervjuerna inom kommunen framkommer en reflexion om att landstingets syn på ansvarsfördelningen ofta blir rådande i den operativa verksamheten.

Ett hinder för samverkan beskrivs gällande gruppen med dubbeldiagnos, dvs psykisk ohälsa och missbruk. Myndighetskontoret möter en attityd om att drogfrihet krävs innan behandling kan erbjudas för psykisk ohälsa. Detta trots tydliga direktiv som stödjer att diagnoserna ska behandlas sida vid sida för att nå effekt.¹⁷ Kommunens företrädare menar att de rättar sig efter landstingets ställningstagande. Vid intervjuerna med landstinget företrädare verifieras att man inte självklart tagit till sig den styrning som säger att båda diagnoserna ska behandlas samtidigt.¹⁸

Samverkanforum på länsnivå uppfattas ibland som ”för stor”, dvs omfattar för stora verksamhetsområden och blir därför ineffektiv.

Inom myndighetskontorets ifo-del är personalen inte medveten om de styrande överenskommelserna. Inte heller SIP rutinen har tydliggjorts i verksamheten. Verksamheten finns inte representerad i de forum som finns kring samverkan. Inom missbruksvården har SIP inte upprättats i något fall vilket också innebär att det inte i något ärende nåtts en överenskommelse om delat kostnadsansvar. Situationen ser bättre ut för personer som inte har en beroende- eller missbrukssituation.

¹⁶ Den vanligaste efterfrågan är utredningar gällande eventuella neuropsykiatriska funktionshinder, exempelvis ADHD eller Autism.

¹⁷ Personer med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk eller somatisk sjukdom är en grupp där samordnade insatser är av stor vikt (prop. 2012/13:17). Socialstyrelsen rekommenderar integrerad behandling som fokuserar på både det psykiska tillståndet och missbruket. Omkring 20–30 procent av de personer som är aktuella i vården på grund av psykisk ohälsa har samtidigt ett missbruk eller beroende. Det är viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att hjälp ges för båda tillstånden samtidigt och därför berörs flera myndigheter och behandlingsverksamheter. Behandling och insatser från flera olika huvudmän samtidigt förutsätter samordning.

¹⁸ Samverkan kring denna grupp ska från kommunens sida ske med Beroendekliniken

Från landstingets sida förs långa handläggningstider inom kommunen fram som hinder för samverkan. Detta gäller framförallt beslut om boendestöd. Landstinget personal uppger också att man inte känner till vem på myndighetskontoret som ska kontaktas, vilket blir ett hinder för samverkan. Som en orsak till svårigheterna ses en stor personalomsättning som innebär att en gång upparbetade kanalerna försvunnit.

Intervjun med psykiatriska öppenvårdmottagningen på lokal nivå visar att man inte känner till de övergripande dokument som styr samverkan. Man känner väl till rutiner och mall för upprättande av SIP.

Bedömning

Hinder som beskrivs sammanfattas som brist på implementering av styrande dokument, brister i återkoppling från samverkansdiskussioner på en övergripande nivå samt brist på uppföljning av att och hur samverkan sker. Detta ger effekter i form av bristande samsyn gällande ansvarfördelning och samverkan i det enskilda ärendet.

2015-01-15

Lena Brännert

Uppdragsledare och projektledare