

Somatisk vård till personer inom beroendevården

Region Gävleborg

Januari 2024

Karin Magnusson, certifierad kommunal revisor

Solveig Schmidt

Marie Lindblad, certifierad kommunal revisor

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Gävleborg genomfört en granskning av somatisk vård för personer inom beroendevården. Granskningens syfte är att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att patienter inom beroendevården erhåller somatisk vård. Revisorerna i Region Gävleborg gör sin bedömning utifrån bedömningskala "ej uppfyllt", "i begränsad utsträckning", "till övervägande del" eller "helt uppfyllt".

Den sammanfattande bedömningen är att hälso- och sjukvårdsnämnden *till övervägande del* säkerställer att patienter inom beroendevården erhåller somatisk vård.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga.

1) Finns strukturer och forum för att utveckla samverkan med den somatiska vården för patienter som har beroendeproblematik?

Bedömning - Till övervägande del

Vår bedömning är att det finns strukturer för samverkan på övergripande och operativ nivå. Dessa forum omfattar i flera avseenden vuxenpsykiatri, beroendevården och kommunernas socialtjänst. Vår bedömning är att dessa forum inte har en medverkan från exempelvis primärvården, vilka vi uppfattar har en central roll i att skapa ett vårdformer som möter de särskilda behov som finns hos målgruppen. Vår bedömning är att forum för samverkan med delar av den specialiserade somatiska vården som är väsentlig för målgruppen finns och har utvecklats över åren. Det gäller då särskilt medicin och infektion. Dessa forum har berört samverkan på såväl övergripande nivå som i specifika patientärenden.

2) Finns en tydlig styrning (mål, rutiner och riktlinjer) för att uppmärksamma somatiska besvär hos individer som har kontakt med vården på grund av beroendeproblematik?

Bedömning - Till övervägande del.

Vår bedömning är att de övergripande styrdokumenterna såsom mål och överenskommelsen i begränsad omfattning ger styrning för att uppmärksamma och säkerställa att somatiska besvär hanteras för personer med beroendesjukdom. Vår bedömning är däremot att det trots det finns vårdprogram och riktlinjer ger en styrning som innebär att beroendemottagningarna och LARO (Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende), vilka möter en stor andel av målgruppen, uppmärksammar somatiska besvär. Vår bedömning är att sprututbytesmottagningen inte har samma tydlighet i rutiner och riktlinjer för att säkerställa att patienter vid mottagningen uppmärksammas avseende somatiska besvär.

*3) Finns en sammanhållen vårdplanering med tydliga mål och ansvar för vården?
(Omfattar planen även behoven av somatisk vård?)*

Bedömning - I begränsad omfattning.

Ett stort antal patienter klarar att planera och hålla ihop sin vård utan stöd från regionen. Vår bedömning är dock att de patienter som saknat den förmågan under 2023 har haft begränsat stöd från vården att samordna detta. Vår bedömning är att forum finns för att skapa samordnad planering mellan vuxenpsykiatri, beroendevården och kommunerna, men att dessa forum inte säkerställer samordningen med den somatiska vården. SIP initieras i begränsad omfattning och Patientkontrakt har inte alls använts för målgruppen.

Vår bedömning är att den somatiska vården på ett tydligare sätt bör inkluderas i vårdplaneringen och att hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att primärvård och andra centrala verksamheter med ansvar för somatisk vård tar ett ansvar för att skapa en personcentrerad och samordnad vård som säkerställer förutsättningar för att somatiska besvär hos målgruppen omhändertas. Vår bedömning är att beroendevården har uppmärksammat den brist detta innebär och vi ser positivt på utvecklingen som innebär att läkare med allmänspecialistkompetens kommer att finnas inom beroendevården. Vår bedömning är att det bör tydliggöras vilket ansvar som åligger psykiatri samt primärvården i att säkerställa en sådan utveckling. Vi kommer att återkomma till detta i revisionsfråga 6.

4) Tydliggör den samordnade planeringen när och hur uppföljning ska ske och säkerställs att sådan uppföljning sker? (Finns en sådan planering även för de individer som under en period befinner sig på behandlingshem?)

Till övervägande del

Vår bedömning är att rutiner och arbetssätt innebär att uppföljning sker av den samordnade vården i de avseenden SIP har upprättats. Flertalet patienter har också en fungerande vårdkontakt med primärvården och med läkare inom beroendevården där vården koordineras samt följs upp av dessa parter. Därav är vår bedömning att de som har en samordnad planering också har en fungerande uppföljning av denna.

Som nämnts i ovan revisionsfråga så är vår bedömning att den grupp som inte själva klarat att upprätta olika vårdkontakter inte heller har en samordnad vårdplan. Här ser vi också brister vad gäller uppföljning.

Vad gäller planering för individer som befinner sig på behandlingshem så sker en samordning och planering av den vården i samverkan med kommunerna. Det är kommunerna som står för beslut om behandlingshem och planeringen för den insatsen varför utförligare bedömning inte görs avseende detta.

5) Sker uppföljning på aggregerad nivå avseende den vård som ges till målgruppen för att systematiskt utveckla verksamheten?

I begränsad utsträckning.

Vår bedömning är att det inte sker någon uppföljning på aggregerad nivå där det går att se huruvida somatiska besvär hos målgruppen uppmärksammas och om somatiska vårdbehov tillgodosätts. Vår bedömning är dock att beroendevårdens verksamhet har en månatlig uppföljning av sitt arbete och att det där ingår parametrar som rör patientens samlade vård- och insatsbehov, exempelvis förekomst av samordnade individuella planer.

6) Har hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att åtgärder vidtas vid eventuella identifierade brister?

Till övervägande del.

Vår bedömning är att det vidtagits åtgärder i verksamheten för att utveckla vården i en riktning som innebär att somatiska besvär uppmärksammas och att förutsättningar ges för att omhänderta uppmärskade behov. Vi noterar dock att flertalet av dessa åtgärder nyligen initierats och det är av vikt att följa utvecklingen så att resultatet blir vad som avses. Exempelvis är vår bedömning att sprututbytesverksamheten i Gävle ännu inte utvecklats till en Lågröskelmottagning. Därmed utgör den verksamheten vid tiden för granskningen inte den förstärkning av vårdflödet som behövs för att säkerställa att de patienter som inte har egen förmåga att hantera kontakter med primärvården kan erhållas allmänläkare vid mottagningen.

Vi ser positivt på att den somatiska och psykiatriska vården i högre omfattning integreras i ett sammanhållet vårdförlopp där specialistkompetens inom allmänmedicin tillhandahålls inom beroendevården, men noterar att detta inte är reglerat eller ingår vuxenpsykiatriens grunduppdrag. Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden har informerats om utvecklingen, men vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden bör tydliggöra huruvida detta är i enlighet med uppdrag och budget för verksamheten. Detta för att minska risken för att gjorda satsningar inom kort nedprioriteras med argumentet att det inte ingår i uppdraget, och att budget inte finns för detta.

Rekommendationer

- Se över övergripande styrdokument så att dessa även utgör en styrning för att uppmärksamma och tillgodose somatiska behov hos målgruppen.
- Nämnden bör klargöra huruvida tillhandahållande av allmänmedicinsk läkarkompetens åligger vuxenpsykiatri och beroendevården. Detta för att minska risken för att gjorda satsningar inom kort nedprioriteras med argumentet att det inte ingår i uppdraget, och att budget inte finns för detta

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Inledning	5
Bakgrund	5
Syfte och revisionsfrågor	6
Revisionskriterier	6
Avgränsning	6
Metod	7
Granskningsresultat	9
Organisation	9
Strukturer och forum för samverkan	10
lakttagelser	10
Bedömning	13
Styrning genom mål, rutiner och riktlinjer	13
lakttagelser	13
Bedömning	15
Sammanhållen vårdplanering	15
lakttagelser	16
Bedömning	20
Uppföljning på aggregerad nivå	21
lakttagelser	21
Bedömning	22
Åtgärder	22
lakttagelser	22
Bedömning	23

Inledning

Bakgrund

Frågan om regionens kontra kommunens ansvar i missbruks- och beroendevården har under lång tid varit föremål för diskussion och utredningar. Just nu pågår Samsjuklighetsutredningen vilken föreslår att ett större ansvar för vården läggs hos regionerna och att kommunernas ansvar därmed reduceras. Fokus för samsjuklighetsutredningen är att skapa en sammanhållen vård där såväl missbruksproblematiken som den psykiska hälsan hanteras samordnat. I utredningen lyfts de ökade risker för somatisk sjukdom som gäller för målgruppen. Oavsett resultatet av Samsjuklighetsutredningen så kan vi konstatera att det är av stor vikt att målgruppen får ett sammanhållet omhändertagande där även de somatiska sjukdomarna uppmärksammas och integreras i vårdplaneringen.

I många regioner är ansvarsfördelningen otydlig, vilket gör att patienter med dessa problem riskerar att hamna "mellan stolarna". De har ofta större svårigheter att söka och erhålla adekvat vård för somatiska besvär, samtidigt som de lider större risk att drabbas av somatiska sjukdomar. Många som har beroendeproblematik har även psykiska sjukdomar, varför det är relevant att granska båda dessa patientgruppers tillgång till somatisk vård.

Data från Socialstyrelsen visar att patientgruppen psykiskt sjuka har större överdödlighet, mer förekomst av somatisk översjuklighet och att de underbehandlas för somatisk sjukdom jämfört med andra. Det gäller psykiskt sjuka i allmänhet och psykossjuka i synnerhet. Medellivslängden för psykossjuka är 15-30 år kortare än för normalbefolkningen. Detta beror till största del inte på självmord, utan på somatiska sjukdomar. Depression och ångest påverkar medellivslängden negativt med 5-10 år och tungt narkotikamissbruk kortar medellivslängden med 25-30 år.

Vissa sjukdomar förekommer oftare i kombination med psykisk sjukdom. Fullt utvecklat metabolt syndrom förekom hos 45 procent av psykospatienterna i en svensk studie med patienter i psykiatrisk öppenvård. Samma studie visade att 10 procent hade diabetes, vilket var 2,7 gånger mer i jämförelse med kontrollgruppen som inte hade diagnostiserats med psykos.

Orsaken till den somatiska översjukligheten hos psykiskt sjuka beror, enligt en utredning från SBU 2014, på en kombination av ogynnsam livsstil och läkemedel som ökar risken för övervikt. Tillgången till vård och regelbundna hälsokontroller är lägre än hos övriga befolkningen, samtidigt som förekomst av fetma, rökning och fysisk inaktivitet är högre. Hos patienter med kognitiv nedsättning kan det finnas svårigheter att omsätta råd för en hälsosam livsstil i praktiken och de har svårare att bli tagna på allvar för kroppsliga

symptom av vårdgivare. Vårdens organisation, där psykisk och somatisk vård ofta är särskilda, gör tillgången till rätt vård mer komplicerad.

Utifrån genomförd riskanalys har Region Gävleborgs revisorer gett PwC i uppdrag att genomföra en granskning avseende somatisk vård till patienter inom beroendevården.

Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att patienter inom beroendevården erhåller somatisk vård.

Revisionsfrågor:

- Finns strukturer och forum för att utveckla samverkan med den somatiska vården för patienter inom beroendevården? (Finns kommunerna med i dessa samverkansforum?)
- Finns en tydlig styrning (mål, rutiner och riktlinjer) för att uppmärksamma somatiska besvär hos individer som har kontakt med beroendevården?
- Finns en sammanhållen vårdplanering med tydliga mål och ansvar för vården? (Omfattar planen även behoven av somatisk vård?)
- Tydliggör planeringen på individnivå när och hur uppföljning ska ske och säkerställs att sådan uppföljning sker? (Finns en sådan planering även för de individer som under en period befinner sig på behandlingshem?)
- Sker uppföljning på aggregerad nivå avseende den vård som ges till målgruppen för att systematiskt utveckla verksamheten?
- Har hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att åtgärder vidtas vid eventuella identifierade brister?

För att vara anpassat till avgränsning för granskningen och med anledning av att sjukvården använder begreppet beroendesjukdom och inte missbruk så har syfte och revisionsfrågor justerats i förhållande till projektplan.

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30) kap 3, kap 5.1, 3§§

Patientsäkerhetslag (2010:569) kap 6, 1§.

Patientlag (2014:821) 1 kap. 5, 6, 7§§, 10 kap. 1§.

Avgränsning

Ett tydliggörande av avgränsning har gjorts under projektets gång för att på bästa sätt svara på de frågor som revisionen identifierat.

Granskningen avgränsas till hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar för somatisk vård för vuxna individer (över 18 år) och som erhåller vård inom beroendevården. Granskningen avser huvudsakligen revisionsåret 2023 och revisionsobjektet är Hälso- och

sjukvårdsnämnden. I samband med granskningen har det framkommit behov av att även tydliggöra att granskningen inte omfattar den rättspsykiatriska vården varför detta förtydligande gjorts i förhållande till revisionens upprättande projektplan.

Granskningen tar sin utgångspunkt från patientgruppen med beroendeproblematik, men fokuserar på hur målgruppen erhåller behovet av somatisk vård från regionens olika verksamheter. Granskningen har därmed inte en avgränsning till att granska beroendevårdens verksamhet som sådan.

I socialtjänstlagen talar man om missbruk, men det är inte längre en medicinsk diagnos varför vi i granskningen avgränsar oss till att använda begreppet beroende eller beroendesjukdom om vi inte specifikt hänvisar till texter tagna ur regionens dokument. Vanligtvis används missbruk/missbruksvård för att inkludera den verksamhet som bedrivs inom kommunen varför detta används i exempelvis samverkansdokument. Beroendesjukdom kan kännetecknas av att man tappat kontrollen över sin konsumtion av ämnet man är beroende av, tål mer av det och att man får abstinensbesvär om man försöker avstå från det. I de fall Region Gävleborg har styrande dokument där begreppet missbruk används så gör även vi det.

Metod

- Styrande dokument såsom mål, verksamhetsplaner, överenskommelser, samverkansavtal, riktlinjer och rutiner för området har granskats.
- Intervjuer har genomförts med representanter från åtta olika verksamheter inom verksamheter där vård ges till patienter med beroendeproblematik. Intervjuerna genomfördes med representanter från nedanstående verksamheter:
 - Tre representanter från internmedicin på Gävle sjukhus
 - En representant från infektionskliniken
 - En representant från LARO Gästrikland
 - En representant från Beroendemottagning Gävleborg
 - En representant från LARO Hälsingland
 - En representant från Beroendemottagning Söderhamn
 - En representant från Beroendemottagning Bollnäs
 - En representant från Beroendemottagning Hudiksvall
 - Vårdenhetschef för beroendevården Hälsingland
 - Vårdenhetschef för beroendevården Gästrikland
 - Biträdande verksamhetschef med områdesansvar för den psykiatriska öppenvården och beroendevården

- På grund av arbetssituationen behövde en representant från sprututbytesmottagningen avstå från intervju och skriftligt återge svar och beskrivningar.
- Representant från Beroendemottagning i Ljusdal kunde ej närvara vid intervju. Men då intervju genomfördes med både vårdenhetschef samt kollegor som regelbundet arbetar med Beroendemottagningen i Ljusdal framkom en tydlig bild av arbetsätt samt rutiner.
- Granskning av underlag för gjorda uppföljningar samt underlag som påvisar hur vården idag fungerar. Underlagen har inhämtats från de verksamheter som omfattas av granskningen.
- De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten. Även representanter som inte haft förutsättningar att medverka vid intervju men som skriftligt lämnat underlag till rapporten har fått rapporten för faktaavstämning.
- Rapporten är kvalitetssäkrad av Marie Lindblad, certifierad kommunal revisor, i enlighet med PwC:s interna riktlinjer för kvalitetssäkring.

Granskningsresultat

Organisation

Innan vi redovisar granskningsresultat kopplat till respektive revisionsfråga ger vi här en sammanfattande bild av regionens organisation för vård till personer med beroende.

Beroendemottagning

Beroendemottagningarna utgör en del av psykiatrins verksamheter och är specialistberoendesjukvård som riktar sig till patienter med substansbrukssyndrom, alkohol och andra beroendeframkallande substanser. Vid mottagningen kan patienten få hjälp med bedömning av symtom av alkohol eller andra droger samt erhålla medicinsk behandling och psykosociala insatser. Beroendemottagningar finns i Gävle, Söderhamn, Bollnäs, Hudiksvall och Ljusdal. På ett flertal orter är mottagningarna samlokaliserade med kommunens mottagning för målgruppen.

LARO-mottagning (Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende)

Läkemedelsassisterad behandling kan ges till de som är över 20 år och sedan minst ett år har ett opioidberoende. På mottagningarna finns specialistläkare, sjuksköterskor, skötare och kurator. Behandlingen syftar till att personen ska bli fri från beroende samt få en förbättrad hälsa och social situation. I samband med utredningen och upprättande av vårdplanen kan andra aktörer som exempelvis socialtjänst, kriminalvård och andra vårdgivare behöva kontaktas. Ansökan till LARO sker antingen genom remiss från läkare eller egenvårdsremiss från patienten. LARO-mottagningar finns i Söderhamn och Gävle.

Sprututbytesmottagning/Lågtröskelmottagning

Mottagningen vänder sig till personer som är över 18 år och som injicerar droger. För att få tillgång till mottagningen så måste patienten vara inskriven vilket föregås av krav på bland annat kontroll av hiv och hepatit. Vid mottagningen kan patienter byta sprutor och kanyler samt få tillgång till vissa tillbehör. Vid mottagningen arbetar en sjuksköterska, distriktssköterska, undersköterska och kurator. Det finns även specialistläkare i psykiatri 10 %, infektionsläkare 10% samt barnmorska.

Mottagningen har fram till idag bedrivits som en traditionell sprututbytesmottagning vilket kräver tillstånd från IVO och medför vissa minimikrav vad gäller exempelvis bemanning. En utveckling pågår av verksamheten i syfte att skapa förutsättningar för vård för den målgrupp som är mest utsatt och som är svårnådd genom sjukvårdens traditionella vårdutbud. Exempelvis ska mottagningen framöver ha tillgång till läkare med allmänmedicinsk kompetens. Mottagningen presenteras numer som en Lågtröskelmottagning och det är även vad som framgår på 1177. Eftersom verksamheten under 2023 enbart fungerat som sprututbytesmottagning är det den benämning som används i den här rapporten. Sprututbytesmottagningen är ett länsuppdrag och finns i Gävle och det är också den besöksadress som går att finna via

patientinformation på 1177. I granskningen har det framkommit att det även bedrivs en filial på Hudiksvall sjukhus där mottagning hålls öppen en dag per vecka.

Heldygnsvård

Region Gävleborg har inte någon heldygnsvård specifikt för abstinensbehandling utan olika lösningar används beroende på situation och behov. Patienter som kräver heldygnsvård för abstinensbehandling och som har en mer komplex psykiatrisk problematik exempelvis svårbehandlad bipolär sjukdom, schizoaffektivt syndrom och psykosjukdom tillhandahålls vård inom psykiatrins heldygnsvård. Region Gävleborg har psykiatrisk heldygnsvård i Hudiksvall och Gävle. Även andra kan i mån av plats och utifrån behov erhålla vård där.

För patienter som inte ingår i ovanstående målgrupp men kräver abstinensbehandling i heldygnsvård erhåller detta genom Lindalen eller i vissa fall på Sobera. Lindalen är beläget strax utanför Hudiksvall i Forsa, Hälsingland. På Lindalens avdelning för abstinensbehandling finns tillgång till specialistläkare, specialistsjuksköterskor och undersköterskor. Det finns även beroendeterapeuter och behandlingspedagoger som hjälper till att förbereda patienten inför nästa fas. Sobera är ett motivations- och avgiftningscenter i Nora.

För de patienter som inkommer till akuten under kvällar och helger erhålls abstinensvård vanligtvis via medicinsk akutvårdsavdelning (MAVA).

Strukturer och forum för samverkan

Revisionsfråga 1: Finns strukturer och forum för att utveckla samverkan med den somatiska vården för patienter som har beroendeproblematik? (Finns kommunerna med i dessa samverkansforum?)

lakttagelser

Beroendeproblematik är ofta av komplex karaktär och patienter är därav i behov av både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Till följd av komplexiteten är samverkan mellan de berörda aktörerna av yttersta vikt. De intervjuade uppger att det finns en struktur för samverkan från politisk nivå ned till operativ nivå och att olika samverkansfrågor hanteras på olika nivåer. Nedan ges en beskrivning av de forum som presenterats vid intervjuer och genom de dokument vi erhållit i samband med granskningen.

Nätverk Valfärd

Nätverk Valfärd är en politisk ledningsgrupp bestående av ordförande för social-, omsorgs- eller omvårdnadsnämnd eller motsvarande och för barn- och utbildningsnämnd eller motsvarande inom kommunerna samt ledamöter i hälso- och sjukvårdsnämnden Region Gävleborg. Denna politiska ledningsgrupp har det gemensamma ansvaret för att på en övergripande nivå identifiera behov av, initiera, leda och utvärdera samt utveckla de gemensamma samverkansfrågorna i Gävleborgs län. Vi har genom de underlag som erhållits vid granskningen inte funnit att Nätverk Valfärd

varit involverade i några frågor som rör vårdkedjan för patienter inom beroendevården som är i behov av insatser från somatiken. Däremot har Nätverk Valfärd varit involverade i andra frågor som rör beroendevård och då främst kopplat till samverkan mellan Regionen och länets kommuner.

Länsledning Valfärd

Länsledning Valfärd är den strategiska samverkansledningen som agerar på uppdrag av Nätverk Valfärd. Den består av förvaltningschefer inom socialtjänst, omsorg/omvårdnad och utbildning från både kommunerna och Region Gävleborg. På övergripande nivå har denna samverkansledning ansvar för att identifiera, initiera, leda, utvärdera och utveckla gemensamma samverkansfrågor i Gävleborgs län. Deras arbete är inriktat på att främja samarbete och koordinering mellan olika sektorer inom välfärdsområdet. Länsledning Valfärd är organiserat i olika utskott. Ett av utskotten är "Psykisk hälsa". Frågor som rör beroendevården hanteras inom utskott Psykisk hälsa.

BIRK-X

BIRK-X är ett regionalt nätverk som samlar chefer, verksamhetsutvecklare och representanter från olika sektorer, inklusive Region Gävleborgs vuxenpsykiatri och primärvård. Nätverket, som också inkluderar ANDTS-samordnare från Länsstyrelsen, träffas cirka fem gånger per år för att utbyta erfarenheter och stärka samarbetet kring beroendevård i länet. Deras mål är att, genom ökad samverkan och kunskapsutbyte, förbättra insatserna för vuxna med skadligt bruk och beroende. Representanter från BIRK-X deltar också i det nationella BIRK-nätverket organiserat av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Länsöverenskommelse för personer med beroendeproblematik

Det finns en "Länsöverenskommelse om samverkan inom missbruks- och beroendevården i Gävleborgs län". Överenskommelsen är en revidering av det tidigare dokumentet "Gemensamma utgångspunkter missbruk- och beroende". Länsledning Valfärd är ansvarig för överenskommelsen och överenskommelsen omfattar en redogörelse avseende ansvarsfördelning mellan de involverade aktörerna inom beroendevården. Bland annat framgår att regionen ansvarar för somatisk utredning och behandling samt psykiatrisk utredning och behandling. Det framgår också områden där kommunen och regionen har ett gemensamt ansvar och att det finns lokala beroendecentrum där innehåll och finansiering regleras i lokala samverkansavtal.

Av överenskommelsen framgår att om samverkan inte fungerar exempelvis i tolkning av lagstiftning, överenskommelse, uppdrag och ansvar är rutinen att detta i första hand ska lyftas till närmaste chef. Om oenighet kvarstår lyfts frågan i Länsledning Valfärd, där utskott psykisk hälsa bereder ärendet.

Samverkansavtal- Länsöverenskommelse Beroendecentrum

I enlighet med vad som är beskrivet i ovanstående överenskommelse så finns samverkansavtal upprättat för respektive beroendemottagning i Hälsingland. Detta då dessa är samlokaliserade med kommunerna. Vi har tagit del av samverkansavtalen vilka tydliggör målgrupp, syfte, mål och tillvägagångssätt för verksamheterna. Av dessa

framgår också strukturen för samverkan från chefsnivå till samverkan kring individärenden. Gällande det senare så tydliggör samverkansavtalet att det en gång per månad ska hållas ett "samverkansmöte"/"psyksamverkan". Vid mötet deltar representanter för psykiatrisk öppenvårdsmottagning, socialsekreterare och biståndshandläggare samt Beroendecentrums samlokaliserade medarbetare utifrån givet samtycke av patienten. Vårdenhetscheferna för psykiatrisk öppenvård är sammankallande. Det framgår också närmare hur samverkan ska ske i individärenden, men detta återkommer vi till senare i rapporten. Beroendemottagningen i Gävle, är inte samlokaliserad i gemensam verksamhet med kommunen varför det inte förekommer något samverkansavtal. Enligt genomförda intervjuer sker dock motsvarande möte även för beroendevården i Gävle.

Övriga forum för samverkan

Respondenterna beskriver att det utöver ovan formaliserade forum och strukturer för samverkan som är mer permanenta sker samverkan på olika nivåer och i olika omfattning beroende på behov och situation. Uppfattningen är att det finns strukturer för samverkan med de delar av den somatiska vården som är väsentligast för patienter inom beroendevården. Exempelvis har det under 2023 varit ett nära samarbete mellan infektionskliniken och beroendevården. Detta är bland annat drivet av Världshälsoorganisationen (WHO) som har satt det globala målet att eliminera hepatit fram till 2030 och att en riskgrupp är personer med beroendeproblematik. Behovet av ett nära samarbete med infektionskliniken är också i linje med sprututbytesverksamhetens utveckling för att bli en lågtröskelmottagning där patienten ska få ett bredare omhändertagande även inom områden som tillhör den somatiska vården. Under 2023 har beroendevården och infektionsmottagningen haft gemensamma planeringsdagar. Detta skedde under våren med tillhörande uppföljning under hösten 2023. Vid planeringsdagarna skedde ett kunskaps- och erfarenhetsutbyte men även en samplanering av vårdens resurser så att dessa når målgruppen och samordnas i länet.

Det har även genomförts ett antal samverkansträffar mellan ansvariga för beroendevården och ansvariga vid MAVA i Gävle. Syftet har varit att skapa rutiner och arbetssätt för att hantera samarbete samt tydliggöra roller och ansvar vid vård av patienter på MAVA. Enligt genomförda intervjuer var processen med att diskutera roller, ansvar och arbetssätt det stora värdet och förändringar i arbetssätt följde av samverkan även om rutinerna ännu inte finns publicerade i ledningssystemet.

Beroendemottagningarna har även identifierat att det råder en efterfrågan av information, utbildning och/eller erfarenhetsutbyte hos aktörer de samarbetar med. Därav har de exempelvis vid flertalet tillfällen besökt primärvården och berättat om beroendemottagningens verksamhet och diskuterat roller och ansvar vid läkemedelsberoende. Enligt rutin för förskrivning av narkotikaklassade läkemedel ska nedtrappning av läkemedlet initieras av läkare vid misstanke om att beroende utvecklats. Patient ska remitteras till beroendecentrum om nedtrappningsförsök misslyckats eller om samtidigt upprepade intag av illegala substanser/läkemedel förekommer. Det finns inte någon särskild mottagning för målgruppen.

Bedömning

Revisionsfråga 1: Finns strukturer och forum för att utveckla samverkan med den somatiska vården för patienter som har beroendeproblematik? (Finns kommunerna med i dessa samverkansforum?)

Till övervägande del

Vår bedömning är att det finns strukturer för samverkan på övergripande och operativ nivå. Dessa forum omfattar i flera avseenden vuxenpsykiatri, beroendevården och kommunernas socialtjänst. Vår bedömning är att dessa forum inte har en medverkan från exempelvis primärvården, vilka vi uppfattar har en central roll i att skapa vårdformer som möter de särskilda behov som finns hos målgruppen. Vår bedömning är att forum för samverkan med delar av den specialiserade somatiska vården som är väsentlig för målgruppen finns och har utvecklats över åren. Det gäller då särskilt medicin och infektion. Dessa forum har berört samverkan på såväl övergripande nivå som i specifika patientärenden.

Styrning genom mål, rutiner och riktlinjer

Revisionsfråga 2: Finns en tydlig styrning (mål, rutiner och riktlinjer) för att uppmärksamma somatiska besvär hos individer som har kontakt med vården på grund av beroendeproblematik?

lakttagelser

Styrning från hälso- och sjukvårdsnämnden

Av hälso- och sjukvårdens årsplan framkommer att den slutna och öppna vården inom psykiatri ska vara prioriterad de kommande åren. I övrigt redogör nämnden i allmänna ordalag att patienterna i ökad grad ska ha kontakt med en och samma vårdpersonal samt att rätt resurs och kompetens ska användas och på ett samordnat sätt. Beskrivningarna är generella och pekar inte särskilt ut någon målgrupp.

Det finns i övrigt inte några politiska beslut eller ställningstaganden som utgör en styrning över beroendevården eller hur patienter med beroendeproblematik ska säkerställas en god och säker vård.

Styrande mål och uppdrag på tjänstemannanivå

Som nämnts i tidigare kapitel så finns en "Länsöverenskommelse om samverkan inom missbruks- och beroendevården i Gävleborgs län". Gällande roller och ansvar för den somatiska vården fokuserar överenskommelsen på exempelvis hälsocentralernas- och barnmorskemottagningarnas viktiga roll i att upptäcka riskbruk och missbruk. Länsöverenskommelsen tydliggör inte några roller och ansvar vad för att uppmärksamma och säkerställa somatisk vård för patienter med beroendesjukdom. Däremot är det övergripande målet med överenskommelsen att "Genom stärkt samverkan mellan länets kommuner och Region Gävleborg tillgodose personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel,

dopningsmedel eller spel om pengar och deras anhöriga behov av god vård, stöd och behandling.”

Rutiner och riktlinjer för området

Exempel på andra riktlinjer som upprättats och som tydliggör roller och ansvar och därmed utgör en styrning av arbetet är:

- *Substansbrukssyndrom - Vårdprogram, Vuxenpsykiatri.* Beskriver roller och ansvar mellan psykiatrins olika verksamheter. Tydliggör hur patienten ska aktualiseras för "samverkansteamet" där personal från vuxenpsykiatri, Beroendecentrum samt kommunen samverkar kring enskilda patienter som givit medgivande för detta. Primärvårdens insatser beskrivs utifrån dess roll i att uppmärksamma och behandla substansbrukssyndrom, men inte med avseende på andra somatiska besvär. De granskade förtydligar att det beror på att det är primärvården som i grunduppdraget har ansvar för detta.
- *Substansbrukssyndrom alkohol - vårdprogram, Beroendemottagningen Vuxenpsykiatri.* Det framkommer att beroendemottagningen gör en grundlig kartläggning av patienten som ska ge en helhetsbild av patientens livssituation. Kartläggningen inkluderar bland annat urinprov, olika prover för att kontrollera leverfunktion och eventuella leverskador samt provtagning för Hepatit ABC och HIV. Kontroller ska även göras avseende tandhälsa samt kvinnohälsa såsom cellprovtagning.
- *Substansbrukssyndrom bensodiazepin - vårdprogram, Beroendemottagningen Vuxenpsykiatri.* På Beroendemottagningen görs en grundlig kartläggning som präglas av en helhetssyn på patientens livssituation och rekommenderas att innehålla bland annat blodsmitta, provtagning för Hepatit ABC och HIV, puls, längd och vikt, tandhälsa med mera.
- *Substansbrukssyndrom Cannabisberoende - Vårdprogram Beroendemottagning, Vuxenpsykiatri.* När en patient aktualiserats på Beroendemottagningen genomförs en grundlig utredning som ska präglas av en helhetssyn på patientens livssituation. Utredningen bör innehålla blodsmitta, prov för bland annat Hepatit ABC samt HIV, tandhygien och cellprov för kvinnor.
- *Substansbrukssyndrom Centralstimulantiberoende - Vårdprogram Beroendemottagning, Vuxenpsykiatri.* På Beroendemottagningen görs en grundlig kartläggning som präglas av en helhetssyn på patientens livssituation och rekommenderas att innehålla bland annat blodsmitta, provtagning för Hepatit ABC och HIV, puls, längd och vikt, tandhälsa med mera.
- *Substansbruksyndrom opioider - Vårdprogram, Beroendemottagning Vuxenpsykiatri.* På Beroendemottagningen görs en grundlig kartläggning som präglas av en helhetssyn på patientens livssituation och rekommenderas att innehålla bland annat blodsmitta, provtagning för Hepatit ABC och HIV, puls, längd och vikt, tandhälsa med mera.
- *Läkemedelsberoende - vårdprogram, Beroendemottagning, Vuxenpsykiatri.* Framkommer att man vid sjuksköterskebesök genomför provtagningar om Hepatit ABC samt HIV.

De intervjuade vid Beroendemottagningarna och LARO ger en samstämmig bild av att de prover och kontroller som görs avseende individer med beroendeproblem ger goda förutsättningar för att identifiera somatiska besvär. Det standardpaket av prover som tas vid LARO-verksamheten är mer omfattande då behandlingen är mer eller mindre livslång och det är väsentligt att notera förändringar i hälsotillstånd som är såväl psykiska som fysiska. Inom övrig beroendevård tas alltid vissa prover för att uppmärksamma de vanligaste somatiska besvären och utifrån behov ordinerar läkare utökad provtagning. Inom sprututbytesverksamheten uppfattas förutsättningarna för att uppmärksamma somatiska sjukdomar vara något sämre. De prover som tas vid påbörjad kontakt på mottagningen är hiv och hepatit, men inte några kontroller av exempelvis blodsocker, blodbrist eller puls.

En skillnad är också att patienter i samband med inskrivning på beroendemottagningen eller på LARO-mottagningen lämnar samtycke till att information hämtas från läkare inom exempelvis primärvården eller att patienten själv överlämnar den information som är viktig avseende såväl det somatiska som psykiatriska måendet. Något sådant gäller inte för patienterna vid sprututbytesmottagningen då dessa inte har någon fast vårdkontakt inom vården. Vi återkommer till detta i nästa revisionsfråga.

Bedömning

Finns en tydlig styrning (mål, rutiner och riktlinjer) för att uppmärksamma somatiska besvär hos individer som har kontakt med vården på grund av beroendeproblematik?

Till övervägande del.

Vår bedömning är att de övergripande styrdokumenterna såsom mål och överenskommelsen i begränsad omfattning ger styrning för att uppmärksamma och säkerställa att somatiska besvär hanteras för personer med beroendesjukdom. Vår bedömning är att det trots det finns vårdprogram och riktlinjer som ger styrning och som innebär att de verksamheter som möter flest patienter inom beroendevården, dvs. beroendemottagningarna samt LARO, uppmärksammar somatiska besvär. Vår bedömning är att sprututbytesmottagningen inte har samma tydlighet i rutiner och riktlinjer för att säkerställa att patienter vid mottagningen uppmärksammas avseende somatiska besvär.

Sammanhållen vårdplanering

Revisionsfråga 3: Finns en sammanhållen vårdplanering med tydliga mål och ansvar för vården? (Omfattar planen även behoven av somatisk vård?)

Revisionsfråga 4: Tydliggör planeringen på individnivå när och hur uppföljning ska ske och säkerställs att sådan uppföljning sker? (Finns en sådan planering även för de individer som under en period befinner sig på behandlingshem?)

För att lyckas med en sammanhållen vård för målgruppen krävs såväl en sammanhållen vårdplanering, men även att det utvecklas sammanhållna vårdflöden som minskar behovet av att patienten söker sig till olika verksamheter för att få sina behov

tillgodosedda. Inom ramen för revisionsfrågan avseende sammanhållen vårdplanering har vi därmed även granskat utvecklingen av sammanhållna vårdförlopp i syfte att minska risken för att individer "faller mellan stolarna".

lakttagelser

I föregående kapitel har vi beskrivit att det för beroendemottagningarna och LARO verksamheten finns rutiner som möjliggör att även somatiska besvär uppmärksammas. Representanter från LARO och beroendemottagningar ger också uttryck för att de är trygga med att de individer som kommer i kontakt med beroendevården får sina somatiska besvär uppmärksammade. Som noterats tidigare har det framkommit att provtagningen vid Lågtröskelmottagningen inte har samma omfattning. Även om rutiner och provtagning möjliggör för att identifiera tecken på somatiska besvär så framkommer det att det har varit, och på vissa håll fortfarande är, en utmaning att samordna vården så att provtagning blir av. När patienter som kommer till beroendevården hänvisas till labb för att lämna prover, är det ett flertal som aldrig kommer dit. De intervjuade uppger att det kan bero på svårigheter att söka upp nya verksamheter och ta kontakt med nya personer, att patienten är orolig att bli igenkänd, att de på grund av injektionsmissbruk skäms att visa upp sina armar eller är medvetna om att skador på armar gör att det är stora svårigheter att ta prover. Det finns en skam kopplat till sjukdomen vilket gör att målgruppen drar sig för att ta kontakt. För att komma till rätta med detta så införde Beroendemottagningen i Gävle en egen provtagning vilket innebär att provtagning hanteras i den miljö där patienten redan befinner sig. Det goda resultatet av det nya arbetssättet innebar att samma arbetssätt infördes i Bollnäs våren 2023, följt av Söderhamn sommaren 2023. Hudiksvall och Ljusdal har också för avsikt att möjliggöra provtagning på beroendemottagningen men det har ännu inte gått att genomföra på grund av lokalerna.

I de fall somatiska problem uppmärksammas remitteras eller hänvisas patienten enligt de intervjuade till den vård som det finns behov av. Exempelvis kan det handla om insatser inom primärvården, infektionsmottagningen eller gastromottagningen (gastro ansvarar för patienter med inflammatoriska tarmsjukdomar och leversjukdomar). De flesta patienterna klarar att hålla sina vårdkontakter och har sedan tidigare en etablerad kontakt inom exempelvis primärvården. Läkare inom de olika verksamheterna har ofta kontakt med varandra avseende patienter som behöver insatser från flera håll. De intervjuade inom beroendevården ger dock uttryck för att vården skulle kunna samordnas och samplaneras på ett bättre sätt även för dessa patienter. Särskilda utmaningar gäller för de patienter som besöker sprututbytesmottagningen. De är enligt de intervjuade sällan listade vid någon hälsocentral, saknar adress och ID-handlingar och saknar därmed en trygg och fast vårdkontakt. Att upprätta samordnade planer blir i dessa fall inte tillräckligt. Vi hanterar detta närmare i nästa avsnitt som rör samordnade vårdflöden.

Enligt de intervjuade är det sällan det tas initiativ till SIP. Historiskt var detta mer förekommande, men de senaste 2-4 åren har det varit ovanligt med samplanering kring patienter. Att det inte sker en samordnad vårdplanering betyder enligt de intervjuade inte att det inte finns en samverkan. Exempelvis finns det formaliserade tjänstemannamöten

mellan vuxenpsykiatri, beroendevården och socialtjänsten, men där inkluderas inte somatiken och patienten själv är inte en del av mötet.

Som en del i utvecklingen av en god och nära vård har SKR och Regeringen kommit överens om att införa Patientkontrakt i vården. I överenskommelsen avseende utveckling av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp anges att Patientkontrakt kommer att vara en central del i arbetet. För patienter med en långvarig sjukdom och som har många olika vårdkontakter, blir en sammanhållen vårdplan och Patientkontrakt extra viktigt. Ett arbete kring detta har pågått inom Region Gävleborg och vi har tagit del av en handlingsplan som rör perioden 2021-2022. Av handlingsplanen framgår att införandet av vårdkontrakt ska ske successivt och handlingsplanen specificerar även de tekniska lösningar som ska användas för detta. Av handlingsplanen framgår att Patientkontrakt kan upprättas av vilken vårdpersonal som helst, var som helst i vårdprocessen men att kroniker och patienter med komplexa behov är prioriterade inledningsvis. De intervjuade i verksamheten uppger att de inte har arbetat med Patientkontrakt. Ansvariga för beroendevårdens verksamheter understryker att Patientkontrakt är en utveckling inom god och nära vård där primärvården utgör navet och att Patientkontrakt därmed inte är något som än så länge berört beroendevården.

Den sammanhållna vårdplaneringen som sker, sker i form av Samordnad Individuell Plan (SIP). Vi har granskat den dokumentation som finns avseende detta och det framkommer dokumenterade rutiner på en övergripande nivå vilka ska gälla för all verksamhet. Rutinerna är upprättade i samarbete med länets kommuner. Enligt rutinen ska medarbetare inom kommun eller region som uppmärksammar behov av samordning ta initiativ till att upprätta en SIP. Vi har inhämtat data avseende upprättade SIP:ar inom beroendevården och noterar att 16 SIP:ar upprättades under januari till november 2022 och 17 SIP:ar har upprättats för samma period 2023. Totala antalet SIP för perioden januari-november för åren 2022 och 2023 fördelas mellan mottagningarna enligt följande.

- Beroendemottagning Bollnäs: 9 SIP
- Beroendemottagning Gävle: 9 SIP
- Beroendemottagning Hudiksvall: 3 SIP
- Beroendemottagning Söderhamn: 12 SIP

Vi noterar att antalet SIP:ar i Gästrikland är betydligt färre än i Hälsingland.

Anpassade vårdflöden för samplanering med somatisk vård

Som tidigare nämnts uppger de intervjuade att de flesta patienterna klarar de kontakter som behövs med övriga vården. Med anledning av att vissa patienter på grund av sitt sjukdomstillstånd och sociala situation inte klarar kontakter med exempelvis primärvården finns en plan om att utveckla sprututbytesverksamheten till att bli en lågtröskelmottagning där den patientgruppen kan erhålla insatser på primärvårdsnivå direkt vid mottagningen. Detta fungerar till vissa delar redan idag då det i Gävle finns en

sjuksköterska med allmänmedicinsk kompetens. Planen är att verksamheten framöver även kommer att tillhandahålla läkarkompetens i allmänmedicin på 20 procent för att på så sätt kunna möta upp patienternas behov på plats. Försök har gjorts för att hitta lösningar i samarbete med primärvården men det har inte varit en framkomlig väg varför psykiatrin nu själva rekryterar läkare med allmänmedicinsk kompetens. Ännu finns inte tänkt läkarresurs på plats, men det planeras att verkställas under 2024. Verksamheten som finns i Gävle har också en filial i Hudiksvall för att på så sätt fånga upp patienter i Hälsingland.

Det har alltid funnits krav på att sprutbytesverksamheten ska ha infektionsläkare med som en del i verksamheten. Det samarbetet har utvecklats under senaste året och intervjuade representanter ger en samstämmig bild av att samarbetet har förstärkts. En gång per månad finns avsatt tid för att hantera de patienter som finns inom sprutbytesverksamheten och som inte uppfattas ha förutsättningar att hantera vårdkontakten med infektionskliniken. Denna tid är avgränsad att diskutera frågor som rör HIV, hepatit, HCV-behandlingar och vaccination avseende hepatit A och B. För patienter i LARO i Söderhamn kan personalen avsätta tid för att åka tillsammans till infektionsmottagningen i Gävle. Vad det gäller patienter som får behandling för Hepatit C så kan sprutbytesmottagningen hantera behandling på ordination från infektionsläkare. Vid intervjuer framkommer att utvecklingen det senaste året har varit drivet av ambitionen att eliminera förekomsten av hepatit C.

Vid intervjuer framkommer också att det sker ett samarbete avseende patienter med beroendeproblematik och som vårdas på infektionskliniken. Exempelvis deltar beroendevårdens läkare vid ronder.

En annan kompetens som finns knuten till sprutbytesmottagningen är barnmorska vilken finns på plats tre dagar i veckan med en timme per tillfälle. Av de patienter som besöker sprutbytesverksamheten är ca 30 procent kvinnor och medelåldern för dessa är 33 år. Att på plats ha möjlighet att erbjuda preventivmedelsråd, provtagning, graviditetstest samt knyta kontakt med patientgruppen är därför viktigt.

Utöver ovanstående formaliserade vårdflöden med syfte att skapa en sammanhållen vård för patientgruppen uppger de intervjuade att det sker ett nära samarbete med exempelvis kvinnosjukvården, mammografin och tandvården. Det framkommer också att psykosvården som möter patienter med drogutlösta psykoser arbetar aktivt för att uppmärksamma behov och att skapa samverkan med den somatiska vården när så behövs.

Heldygnsvård

Som beskrivits i inledningen av rapporten erhåller patienter med komplex psykiatrisk problematik exempelvis svårbehandlad bipolär sjukdom, schizoaffektivt syndrom eller psykosjukdom, slutenvård för avgiftning vid psykiatrins heldygnsvård. Övriga patienter i behov av heldygnsvård för abstinens erhåller vård vid de verksamheter som Region Gävleborg har avtal med. I huvudsak är det Lindalen som används.

Kommer patienterna till akutmottagningen under kontorstid är det beroendevården som tar ansvar för planeringen av den vård som behövs. Om patienten kommer in under kvällar eller helger, vilket uppfattas vara ganska vanligt, bereds de vård på MAVA (Medicinsk akutvårdsavdelning), om de inte har så komplext psykiatriskt behov som gör att psykiatrins slutenvård tar emot patienten. Vid intervjuer framkommer uppfattningar om att det är en nackdel att det inte finns en avdelning med ett huvudansvar för den heldygnsvård som ges till patienter med behov av abstinensvård. Uppfattningen är att det skulle ge bättre förutsättningar för ett fungerande vårdflöde för de som skrivs ut samt ett bättre omhändertagande under den period patienten är inneliggande.

Samtidigt som de intervjuade i verksamheten efterfrågar ett samordnat ansvar för beroendepatienter som kräver heldygnsvård, och därmed även en avdelning med heldygnsvård som i huvudsak arbetar med abstinensvård, så sker en utveckling i linje med god och nära vård där syftet är att förflytta mer vård och behandling till öppenvården. Detta är något som sker generellt i hela sjukvården och även inom psykiatrin. Det innebär att verksamhetsledningen i huvudsak lägger fokus på att utveckla en abstinensvård som kan erhållas utan heldygnsvård. Ett steg i den utvecklingen är utvecklingen av mobila team och en akutsjukvård som kan möta upp behov utan att patienten behöver beredas heldygnsvård. Enligt verksamhetsledningen ligger fokus på att utveckla vården så att patienten erhåller den specialistkompetens som vårdbehovet kräver oavsett var patienten finns och att detta primärt ska vara utanför heldygnsvården. Att skapa nya avdelningar för exempelvis abstinensvård vore enligt verksamhetsledningen inte i linje med arbetet mot en god och nära vård.

De intervjuade uppfattar att det finns goda förutsättningar att tillgodose de somatiska behov som finns hos patienten, utmaningen rör i högre grad förmågan att skapa en sammanhållen vårdkedja inom beroendevården där glappet mellan slutenvård och öppenvård minimeras. De intervjuade uppger att ett stort ansvar läggs på den enskildes patientens motivation och att den är tillräcklig för att exempelvis klara en helg och vänta till nästa vecka när det finns tillgång till stöd via socialtjänsten eller beroendecentrum. Detta uppges skapa mycket oro och stress både hos patienten och närstående.

De intervjuade inom heldygnsvården inom Region Gävleborg ger uttryck för att Lindalen hör av sig till sjukhuset i de avseenden patienter som vårdas där är i behov av annan vård. Lindalen ombesörjer i dessa avseenden transporten till sjukhuset samt återtar behandling av abstinens när patienten är stabiliserad. Vad gäller planering inför behandlingshem så är det en insats som beviljas och planeras av kommunerna men det finns ett nära samarbete och samplanering avseende dessa individer.

Uppföljning av samordnad vårdplan

I de patientkontakter där det har upprättats en samordnad individuell plan enligt rutinen för SIP sker, enligt de intervjuade, också en samordnad uppföljning av den vårdplanen. Vid stående möten bokas tid för uppföljning. Efter varje SIP skickas en sammanfattning till berörda parter om vad man kom fram till under mötet samt hur man planerar framåt, datum till nästa möte och vem som ska delta vid kommande möte. Vid pågående SIP

uppfattas ansvarsfördelningen och vem har ansvar att slutföra SIP som tydligt. Tillgängligt för personal finns mallar som klargör vad en SIP ska innehålla.

Bedömning

3) Finns en sammanhållen vårdplanering med tydliga mål och ansvar för vården? (Omfattar planen även behoven av somatisk vård?)

I begränsad omfattning.

Ett stort antal patienter klarar att planera och hålla ihop sin vård utan stöd från regionen. Vår bedömning är dock att de patienter som saknat den förmågan under 2023 har haft begränsat stöd från vården att samordna detta. Vår bedömning är att forum finns för att skapa samordnad planering mellan vuxenpsykiatri, beroendevården och kommunerna, men att dessa forum inte säkerställer samordningen med den somatiska vården. SIP initieras i begränsad omfattning och Patientkontrakt har inte alls använts för målgruppen.

Vår bedömning är att den somatiska vården på ett tydligare sätt bör inkluderas i vårdplaneringen och att hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att primärvård och andra centrala verksamheter med ansvar för somatisk vård tar ett ansvar för att skapa en personcentrerad och samordnad vård som säkerställer förutsättningar för att somatiska besvär hos målgruppen omhändertas. Vår bedömning är att beroendevården har uppmärksammat den brist detta innebär och vi ser positivt på utvecklingen som innebär att läkare med allmänspecialistkompetens kommer att finnas inom beroendevården. Vår bedömning är att det bör tydliggöras vilket ansvar som åligger psykiatri samt primärvården i att säkerställa en sådan utveckling. Vi kommer att återkomma till detta i revisionsfråga 6.

4) Tydliggör den samordnade planeringen när och hur uppföljning ska ske och säkerställs att sådan uppföljning sker? (Finns en sådan planering även för de individer som under en period befinner sig på behandlingshem?)

Till övervägande del

Vår bedömning är att rutiner och arbetssätt innebär att uppföljning sker av den samordnade vården i de avseenden SIP har upprättats. Flertalet patienter har också en fungerande vårdkontakt med primärvården och med läkare inom beroendevården där vården koordineras samt följs upp av dessa parter. Därav är vår bedömning att de som har en samordnad planering också har en fungerande uppföljning av denna.

Som nämnts i revisionsfråga 3 så är vår bedömning att den grupp som inte själva klarat att upprätta olika vårdkontakter inte alltid har en samordnad vårdplan för vård och insatser och därmed sker inte heller en samordnad uppföljning där den somatiska vården ingår.

Vad gäller planering för individer som befinner sig på behandlingshem så sker en samordning och planering av den vården i samverkan med kommunerna. Det är

kommunerna som står för beslut om behandlingshem och planeringen för den insatsen varför utförligare bedömning inte görs avseende detta.

Uppföljning på aggregerad nivå

Revisionsfråga 5: Sker uppföljning på aggregerad nivå avseende den vård som ges till målgruppen för att systematiskt utveckla verksamheten?

lakttagelser

Uppföljning av "Länsöverenskommelse för personer med beroendeproblematik"

I länsövergripande överenskommelsen för personer med beroendeproblematik framgår att det för att säkerställa att vård, stöd och behandling kommer den enskilda individen till nytta och är kostnadseffektiv krävs ändamålsenliga systematiska uppföljningar. Av överenskommelsen framgår att systematiskt följa upp innebär att regelbundet och metodiskt dokumentera behov, insatser och resultat för enskilda personer och sedan sammanställa det på gruppnivå i syfte att förbättra verksamheten. Det refereras i det avseende till Socialstyrelsen 2014 samt till kraven i Socialstyrelsens gemensamma föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9 (senast reviderad 2019).

Till hjälp för en systematisk uppföljning finns verksamhets- och journalsystem, Socialstyrelsens öppna jämförelser, lägesrapporter, statistikrapporter samt NPO-nationellt vård- och insatsprogram Missbruk och beroende.

För att kontrollera om överenskommelsen bidrar till sitt syfte om förbättrad samverkan ska den följas upp årligen, det är utskott psykisk hälsa som har ansvaret för att följa upp länsöverenskommelsen. För detta arbete används nätverket BIRK-X och uppföljningen ska rapporteras till Länsledning. Den senaste uppföljningen är gjord 2022 med avseende till arbetet 2021. Ingen uppföljning har skett sedan dess. Anledning är att det inte ansetts funnits tid för uppföljning av 2022 samt att man fokuserat på samsjuklighetsutredningen. Uppföljning för 2023 är planerad att genomföras 1 mars 2024.

Verksamhetsuppföljning

Vuxenpsykiatrien upprättar årligen en verksamhetsplan och en verksamhetsberättelse som rör hela deras verksamhet. Utifrån verksamhetsplanen upprättas styrkort. Styrkortet följs upp varje månad och det sker även vid den strategiska ledningsgruppen. Exempel på parametrar som följs upp är förekomst av läkemedelsgenomgångar, suicidriskbedömningar, SIP, antal vårdkontakter och antalet hepatitbehandlingar. På APT:s och planeringsdagar diskuteras utfallet kontinuerligt. Utöver månadsuppföljningar upprättas skriftliga kvartalsrapporter för beroendemottagningarna.

En särskild verksamhetsberättelse görs avseende sprututbytesverksamheten då detta är en verksamhet som kräver tillstånd från IVO och därmed krävs en rapportering. Granskningen av verksamheten görs vartannat år och verksamhetschefer presenterar resultatet samt gör en tillhörande verksamhetsberättelse för mottagningen. Vi har tagit del av verksamhetsberättelsen för 2022. I rapporteringen lämnas bland annat

information om bemanning, fördelning i ålder hos patienterna samt antal provtagningar och vaccinationer man gjort.

De uppföljningar som görs inom verksamheten är inte något som rapporteras till nämnden.

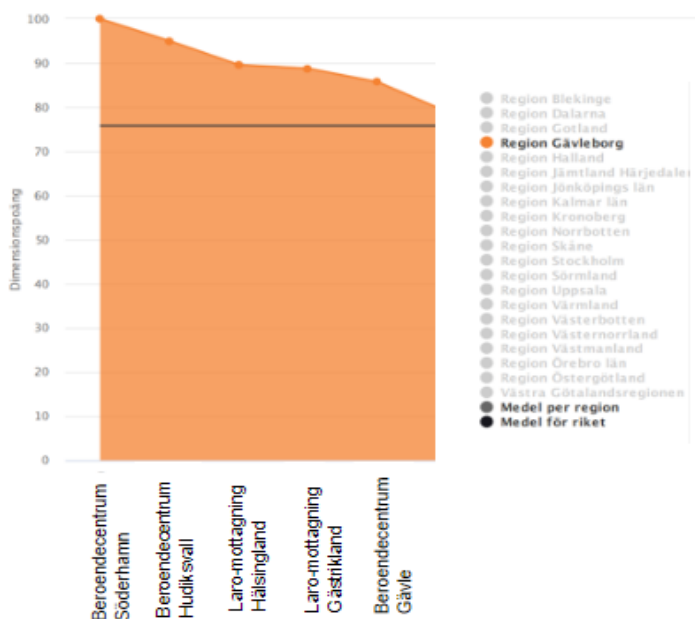
Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse

Vuxenpsykiatrien gör en kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för hela verksamhetsområdet varje år. Patientsäkerhetsberättelsen är upprättad i ett presentationsformat med punkter avseende årets patientsäkerhetsarbete. Det går dock att utläsa att vissa aktiviteter och punkter specifikt rör beroendevård exempelvis införandet av Lågtröskelmottagning samt "översynen av samverkansforum för heldygnsvård-öppenvård-beroendevård". Vid granskningen har vi erhållit information om att ett tidigare forum som arbetat i syfte att minska återinskrivningar har setts över då arbetsformen inte givit önskad effekt.

Den patientsäkerhetsberättelse som lämnas till hälso- och sjukvårdsnämnden är på en aggregerad nivå för regionen och omfattar inte specifik information avseende det område som granskningen avser.

Nationell patientenkät

Den nationella patientenkäten mäter patientens nöjdhet vad gäller specialistberoendevården i Region Gävleborg. Det är också den verksamhet som den här granskningen har som utgångspunkt. I den utvärdering som finns för 2022 kan vi se att målgruppen är mycket nöjd med den vård som erhålls inom Region Gävleborg. I jämförelse med snittet för riket så ligger beroendevårdens samtliga verksamheter på ett högre värde än vad som gäller för snittet i riket. Nedan visas ett diagram taget ur presentation av Nationell patientenkät avseende "helhetsintryck" vilket illustrerar hur samtliga mottagningar har ett högre värde än snittet för riket.



Bedömning

Sker uppföljning på aggregerad nivå avseende den vård som ges till målgruppen för att systematiskt utveckla verksamheten?

I begränsad utsträckning.

Vår bedömning är att det inte sker någon uppföljning på aggregerad nivå där det går att se huruvida somatiska besvär hos målgruppen uppmärksammas och om somatiska vårdbehov tillgodosätts. Vår bedömning är dock att beroendevårdens verksamhet har en månatlig uppföljning av sitt arbete och att det där ingår parametrar som rör patientens samlade vård- och insatsbehov, exempelvis förekomst av samordnade individuella planer.

Åtgärder

Revisionsfråga 6: Har hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att åtgärder vidtas vid eventuella identifierade brister?

lakttagelser

Vi har granskat nämndens protokoll för perioden november 2022 till november 2023 och finner inte att det varit någon information eller ärende till nämnden som medfört några beslut rörande det område vi granskar. Det uppdrag fullmäktige ålagt nämnden, och som omfattar beroendevården, rör situationen inom vuxenpsykiatri som helhet med granskning av värdegrund, tystnadskultur och patientsäkerhetsfrågor. De intervjuade ger uttryck för att de är en del av detta men att de inte uppfattar att beroendevården är en verksamhet som varit i fokus för detta och att dessa granskningar inte särskilt berör dem. Dessa uppdrag berör inte heller det område som här granskas, varför vi inte närmare kommer att rapportera om uppföljningen.

Utöver detta framkommer det vid intervjuer att biträdande verksamhetschef för psykiatriens öppenvård och beroendevård samt ansvarig chef för beroendemottagningen i Gästrikland har varit till nämnden och presenterat arbetet med utvecklingen av sprututbytesmottagningen. Detta var ett informationsärende och vi kan via protokoll verifiera att hälso- och sjukvårdsnämnden erhållit informationen (Hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-03-15, §35). I informationen framkommer att sprututbytesmottagningen under mars öppnade ny filial i Hudiksvall, bakgrund till detta och målgrupp. Det framgår också att sprututbytesmottagningen erbjuder rådgivning och stödjande samtal till drogfrihet, provtagning, vaccination för hepatit A B och behandling mot kronisk hepatit C, möjlighet att träffa barnmorska, preventivmedel, cellprovtagning och samverkan med andra aktörer både internt och externt.

Vid intervjuer har det även framkommit att politiker varit och besökt sprututbytesmottagningen.

Som nämnts tidigare i rapporten har det som ett led i utvecklingen av sprututbytesmottagningen vidtagits en rad åtgärder vilket direkt har koppling till att skapa en samordnad vårdkedja för målgruppen med syfte att även säkerställa att somatisk

vård tillgodoses. Dessa förslag har genomförts av verksamheten och har inte krävt några beslut från nämnden. Exempel på åtgärder är:

- Beslut om att mottagningen ska ha tillgång till allmänmedicinsk läkarkompetens
- Närmare samarbete med infektion och tillgång till infektionsläkare

Det har dessutom vidtagits åtgärder för att vid samtliga beroendemottagningar integrera provtagning i mottagningens verksamhet. Detta för att öka förutsättningarna att erhålla de provsvar som behövs för att få en samlad bild av patientens behov. Vid intervjuer framkommer att utvecklingen innebär att vuxenpsykiatri och beroendevården utför uppdrag som inte ligger i deras grunduppdrag eller som på annat sätt är reglerade. Exempelvis finns det inte något krav på att ha allmänmedicinsk kompetens vid sprututbytesverksamheten.

Bedömning

Har hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att åtgärder vidtas vid eventuella identifierade brister?

Till övervägande del.

Vår bedömning är att det vidtagits åtgärder i verksamheten för att utveckla vården i en riktning som innebär att somatiska besvär uppmärksammas och att förutsättningar ges för att omhänderta uppmärskade behov. Vi noterar dock att flertalet av dessa åtgärder nyligen initierats och det är av vikt att följa utvecklingen så att resultatet blir vad som avses. Exempelvis är vår bedömning att sprututbytesverksamheten i Gävle ännu inte utvecklats till en Lågtröskelmottagning. Därmed utgör den verksamheten vid tiden för granskningen inte den förstärkning av vårdflödet som behövs för att säkerställa att de patienter som inte har egen förmåga att hantera kontakter med primärvården kan erhållas allmänläkare vid mottagningen.

Vi ser positivt på att den somatiska och psykiatriska vården i högre omfattning integreras i ett sammanhållet vårdförlopp där specialistkompetens inom allmänmedicin tillhandahålls inom beroendevården, men noterar att detta inte är reglerat eller ingår vuxenpsykiatriens grunduppdrag. Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden har informerats om utvecklingen, men vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden bör tydliggöra huruvida detta är i enlighet med uppdrag och budget för verksamheten. Detta för att minska risken för att gjorda satsningar inom kort nedprioriteras med argumentet att det inte ingår i uppdraget, och att budget inte finns för detta.

2024-01-23

Karin Magnusson

Uppdragsledare och projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Gävleborg enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2023-06-13. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.