

Revisionsrapport

Granskning av strategisk samverkan för stöd till psykiskt funktionshindrade som behöver vård/insatser från både Västra Götalandsregionen och kommunen

Västra Götaland

Oktober 2008

Lotta Wall

Jean Odgaard

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	4
2	Bakgrund	5
3	Metod och arbetssätt	7
4	Granskningsresultat.....	8
4.1	Mål- och styrdokument, överenskommelser mellan beställare utförare, ersättningssystemet och samverkansarenor	8
4.2	Iakttagelser	9
4.2.1	Styrning – Avtal kring målgruppen och ansvarsfördelning mellan huvudmännen	9
4.2.2	Beställningar/överenskommelser mellan beställare och utförare	12
4.2.3	Ersättningssystem	13
4.2.4	Arenor för samverkan	13
4.3	Genomförande – samverkan - iakttagelser	16
4.3.1	Samverkan (internt inom regionen)	16
4.3.2	Samverkan (mellan region och kommun).....	17
4.3.3	Primärvård psykiatri	18
4.3.4	Informationsöverföring och samordnad vårdplanering	20
4.4	Uppföljning.....	21
4.5	Iakttagelser	22
4.5.1	Uppföljning av samverkan på verksamhetsnivå	22
4.5.2	Uppföljning av samverkan på individnivå - Brukarundersökning/- medverkan 23	
4.5.3	Upplever brukarna att samverkan mellan vårdgivarna fungerar?.....	23
4.6	Arbetsseminarium.....	25
4.7	Iakttagelser	25
5	Bedömning och utvecklingsförslag.....	27
5.1	Bedömning	27
5.2	Utvecklingsförslag.....	29

Förklaringar till vissa förkortningar och uttryck:

HSK = Hälsa- och sjukvårdskansli

HSN = Hälsa- och sjukvårdsnämnd

KSAU = Kommunstyrelsens arbetsutskott

ReKo = Samverkansorgan på förvaltningsnivå för vårdssamverkan mellan SÄS och kommunerna i Sjuhärad

PV = Primärvård

PÖV = Psykiatrisk öppenvård

SKAS = Skarborgs Sjukhus

SÄS = Södra Älvsborgs Sjukhus

VC = Vårdcentral

VG = Västra Götaland

VGR = Västra Götalandsregionen

Västbus = Riktlinjer för barn och ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik (VG-regionen 2005)

VUP = Vuxenpsykiatri

1 Sammanfattning

Västra Götalandsregionen har gett Komrev inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB i uppdrag att genomföra en granskning av strategisk samverkan för stöd till psykiskt funktionshindrade som behöver vård/insatser från både Västra Götalandsregionen och kommunen. Granskningen omfattar sjukhusen SÄS och SKAS och de geografiska områdena Bollebygd, Herrljunga, Skövde och Tidaholms upptagningsområden.

Fokus för granskningen har varit Hälso- och sjukvårdsnämndernas ansvar för att förverkliga de lokala psykiatriplanerna i nämndens styrning av verksamheten genom beställningarna.

Syftet med granskningen har varit att bedöma hur regionens psykiatriska verksamheter och kommunernas socialtjänst samverkar i uppgiften att ge stöd till personer med psykiskt funktionshinder och deras anhöriga. Granskningen har genomförts dels ur ett lednings- och samordningsperspektiv, dels ur ett brukarperspektiv och belyser även ersättningssystemet och uppföljning.

Vår nulägesanalys utifrån granskningens frågeställningar är

Finns förutsättningar för samsyn mellan huvudmännen kring brukarens vård/insatser?

Idag finns bra strukturer och strategier att **samverka och samarbeta** på både strategisk och operativ nivå i de granskade verksamheterna.

För att nå samsyn utifrån brukarens behov av insatser krävs ökad respekt och tillit för varandras kompetens, regelverk och olika uppdrag och det allra viktigaste – brukaren/patienten i fokus – inte den egna organisationen och verksamheten.

Vår bedömning är att de strukturer och strategier som byggts och byggs gynnar målgruppen, men att skarpare styrning i beställning/överenskommelser och uppföljning krävs, för att driva samarbetet enligt de befintliga avtalens intentioner.

Vi uppfattar en skillnad mellan SÄS och SKAS geografiska områden (både internt inom VGR:s verksamheter och mellan huvudmännen) i tillit och respekt till professioners/verksamheters respektive uppdrag när vi genomfört intervjuerna. Generellt upplever vi att SÄS/Bollebygd och Herrljunga (i förhållande till SKAS/Skövde och Tidaholm) har en mer positiv inställning till att samarbete innebär en vinst för patienten/brukaren och respektive verksamhets möjlighet att genomföra uppdraget.

Samarbetsklimatet mellan tjänstemän på beställarsidan, utförarsidan och kommunalförbunden uppfattar vi som mycket gott, vilket gynnar byggandet av bärande samarbetsstrukturer och samsyn på övriga nivåer.

Finns förutsättningar för en sammanhållen vårdkedja?

Vi menar att det krävs ytterligare systematiskt arbete på strategisk regional nivå och lokalt på ledningsnivå för att utveckla bärande strukturer för den operativa nivån, som gynnar brukarens behov av samlade insatser/vård. Här behöver chefer ute i alla verksamheter vara förebilder rent konkret.

Att samverka utifrån brukar-/patientperspektivet och samordna respektive huvudmans resurser är ett mästerskap i sig att uppnå. Resultat och effekt för brukaren/patienten nås när respektive profession/verksamhet inser att deras insats tillsammans med de andra professionernas/verksamheternas insatser ger ett mervärde för brukaren/patienten.

Är ansvarsfördelningen tydlig?

Ja mellan huvudmännen är ansvarsfördelningen tydlig enligt vår bedömning.

Nej – inom VGR bedömer vi att det krävs tydliggörande av ansvarsfördelningen mellan slutenvård, PÖV och PV.

Upplever brukarna att samverkan fungerar?

Under intervjuerna framkom bl.a. följande förbättringsområden:

- Generellt – SE PATIENTEN/BRUKAREN – ATT BLI SEDD SOM DEN HELA PERSON JAG ÄR!
- Mindre prat om pengar; hur mycket brukaren/patienten kostar och vem som skall betala, inför personen med psykiskt funktionshinder av de professionella både inom VGR och med kommunen.
- Information; ”Vad finns att få för insatser från landstinget och kommunen?”
- Kortare väntetid för att få kontakt och tid för besök på öppenvårdskontakt i psykiatri.
- Möjligheten att få remiss från vårdcentralen till läkare i psykiatri och/eller att bli omhändertagen på vårdcentralen inom kort tid ”när man mår psykiskt dåligt” och ”det känns inte som man blir tagen på allvar där.”
- Vårdcentralens mottagande av personer med psykiskt funktionshinder som har somatiska besvär/sjukdom.

För rapportens ytterligare bedömningar och förslag, hänvisas till kapitel 5 *Bedömning och utvecklingsförslag*.

2 Bakgrund

Västra Götalandsregionen har gett Komrev inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB i uppdrag att genomföra en granskning av strategisk samverkan för stöd till psykiskt funktionshindrade som behöver vård/insatser från både Västra Götalandsregionen och kommunen. Granskningen omfattar sjukhusen SÄS och SKAS och de geografiska områdena Bollebygd, Herrljunga, Skövde och Tidaholms upptagningsområden.

Psykiatrireformen, som trädde i kraft 1995, hade som syfte att minska institutionsboendet, att förbättra de psykiskt funktionshindrades livssituation och att öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället. Reformen innebar att landstingen fick ansvar för diagnostik, behandling och psykiatrisk rehabilitering medan kommunerna fick ansvar för bl.a. anskaffning av bostad, boendestöd mm.

Ett mellan kommun och landsting delat ansvar för vården och stödet till de psykiskt funktionshindrade förutsätter samverkan mellan landstingets psykiatriska verksamheter, primärvården och kommunens socialtjänst. Under senare år har antalet vårdplatser för slutna psykiatrisk vård avsevärt minskat och allt fler människor med psykiska funktionshinder får vård, stöd och service i eget boende. Denna utveckling skärper kraven på samverkan och samordning mellan kommun och landsting i dess olika vård- och insatsformer.

Landstingens psykiatriverksamhet har på senare år förändrats enligt en utvecklingsinriktning som bygger på att vårdansvaret i ökad utsträckning förskjuts mot öppna vårdformer. Psykiatrins inre organisation har också förändrats från en sektorsindeldad psykiatri mot en mer funktions- och specialitetsinriktad psykiatri. Inom psykiatrin har de öppna vårdformerna utvecklats med förändringar mellan de olika vårdnivåerna. Rollfördelningen mellan vårdnivåerna inom psykiatrin har därför förändrats liksom behandlingsmönster inom både den öppna och slutna vården. Betydelsen av samverkan med aktörerna utanför psykiatrins verksamhet har fått en avgörande betydelse för vårdkvaliteten. Primärvården har fått ökat ansvar för den basala psykiatrin och kommunens tjänster och omsorger utgör en tydligare del i det samlade vårdutbudet. För att förstärka slagkraften i den utvecklingsinriktning som beskrivs ovan har ett antal reglerande propositioner antagits av riksdagen. Dessa är:

- Prioriteringsutredningens slutbetänkande
- Nationella handlingsplanen för kommunal vård och omsorg
- Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården Prop.2000:149
- Samverkansutredningen SOU 2000:114

Samtliga hänger samman och fokuserar de psykiatriska vårdinsatserna vad gäller att;

- en förstärkning skall ske av primärvårdens vårdansvar för behovsgrupper med psykiskt funktionshinder,
- landstingens baspsykiatri inom primärvård och öppen psykiatri skall stärkas vad gäller tillgänglighet
- tillgängligheten till läkarinsats skall säkras för äldre och psykiskt sjuka som får sin vård genom kommunens särskilda boendens försorg
- den kommunala vård och omsorgen, inklusive boendestödet skall vidareutvecklas
- insatserna skall samordnas mer effektivt mellan huvudmän och vårdgivare
- system för informationsöverföring mellan vårdgivare skall utvecklas.

Prioriteringsutredningen och de nationella handlingsplanerna lyfter särskilt fram att utvecklingsinriktningen inom kommun och landsting skall säkras för behovsgrupper med psykiskt funktionshinder.

De lokala psykiatriplanerna/mål- och aktivitetsplan, som arbetats fram på uppdrag av Västra Götalands regionfullmäktige, har bl.a. pekat på vikten av att samverka mellan de olika aktörerna utvecklas samt att primärvården ska vara den första vårdnivån och i de flesta fall den enda. De klargör också kommunernas nyckelroll i arbetet samt vilka nödvändiga förändringar man bedömer för att kunna tillgodose idag ej tillgodosedda behov.

Fokus för granskningen ska vara Hälso- och sjukvårdsnämndernas ansvar för att förverkliga de lokala psykiatriplanerna i nämndens styrning av verksamheten genom beställningarna.

Syftet med granskningen är att bedöma hur regionens psykiatriska verksamheter och kommunernas socialtjänst samverkar i uppgiften att ge stöd till personer med psykiskt funktionshinder och deras anhöriga. Granskningen skall göras dels ur ett lednings- och samordningsperspektiv, dels ur ett brukarperspektiv. Granskningen kommer också att belysa ersättningsmodellen samt uppföljningar på verksamhets- och individnivå. Granskningen ska dessutom kunna ge ett underlag för en uppföljningsgranskning om ca 2 år samt kunna stå som modell för fortsatta granskningar inom regionen.

Frågeställningar i granskningen:

- Finns förutsättningar för samsyn mellan huvudmännen kring brukarens vård/insatser?
- Är ansvarsfördelningen tydlig?
- Finns förutsättningar för en sammanhållen vårdkedja?
- Upplever brukarna att samverkan mellan vårdgivarna fungerar?

3 Metod och arbetsätt

- I uppdraget har vi granskat och analyserat dokument av vikt som t.ex.;
- *Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland*
- *Regional utvecklingsplan för psykiatri*
- *Överenskommelser mellan de Hälso- och Sjukvårdsnämnder och sjukhus och den primärvård som ingår i granskningen*
- *Mål- och aktivitetsplan för psykiatri/psykisk ohälsa i Skaraborg*

- *Lokala psykiatriplaner för Sjuhärad och Mittenälvborg*
 - Granskat in- och utskrivningsrutiner mellan slutenvården och öppenvården och hur dessa fungerar
 - Genomfört enskilda intervjuer och gruppintervjuer med;
 - Utvecklingsledare på Hälso- och sjukvårdskanslierna för Hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN) 6 (Mitten Älvsborg), 8 (Sjuhärad) och 10 (Östra Skaraborg)
 - Representanter från slutenvårdspsykiatri på Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) och Skaraborgs Sjukhus (SKAS)
 - Representanter från öppenvårdspsykiatri centralt samt från Herrljunga, Bollebygd, Tidaholm och Skövde
 - Representanter från vårdcentraler i Herrljunga, Bollebygd, Tidaholm och Hentorp i Skövde
 - Representanter från socialtjänstens verksamheter i Herrljunga, Bollebygd, Tidaholm och Skövde kommuner
 - Representanter för Sjuhärads kommunalförbund, Skaraborgs kommunalförbund och VästKom (Västsvenska Kommunförbundets Samorganisation, en sammanslutning av kommunalförbunden i Västra Götaland med uppgift att på regional nivå företräda och samordna de 49 kommunernas intressen)
 - Företrädare för intresse- och anhörigorganisationer
 - Personliga ombud
 - Genomfört arbetsseminarium med berörda politiker, chefer och medarbetare, dels för att stämma av rapportens preliminära nulägesanalys och bedömning, dels för att fördjupa dessa i en gemensam dialog med de för granskningen aktuella vårdkedjorna.
 - Sammanfattat resultatet av arbetsseminariet i slutrapporten.

4 Granskningsresultat

4.1 Mål- och styrdokument, överenskommelser mellan beställare utförare, ersättningssystemet och samverkansarenor

I Västra Götaland har huvudmännen ett strategiskt övergripande *Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland*.

Västra Götalandsregionen antog år 2005 en *Regional utvecklingsplan för psykiatri* där kommunerna via kommunalförbunden ingick i en referensgrupp i framtagandet av planen.

Förutom ovan nämnda övergripande ansvars- och styrdokument finns *Överenskommelser mellan Hälso- och Sjukvårdsnämnder och sjukhus och primärvård* utifrån Västra Götalandsregionens beställar-/utförarorganisation.

Västra Götalandsregionen och de granskade kommunerna samarbetar strategiskt utifrån *Mål- och aktivitetsplan för psykiatri/psykisk ohälsa i Skaraborg* och *Lokal psykiatriplan för Sjuhärad*.

Arbetet koordineras på strategisk ledningsnivå av hälso- och sjukvårdkanslierna, kommunalförbunden och chefer från respektive verksamhet.

På operativ nivå arbetar man i SKAS/Skaraborg med trepartsgrupper och i SÄS/Sjuhärad med lokala psykiatriråd utifrån respektive kommuns geografiska områden, för att omsätta de lokala psykiatriplanernas mål konkret för patienten/brukaren.

Strategiskt och operativt samarbete har genomförts och genomförs även utifrån de projekt som startades via medel från nationell psykiatrisamordning under ledning av Anders Milton.

En ny ersättningsmodell för psykiatrin inom Västra Götalandsregionen har börjat gälla fr.o.m. 2008. Den innehåller förutom en fast ersättning även en prestationsersättning och en målrelaterad ersättning. Tanken med den nya ersättningsmodellen är att den ska ge vårdgivarna underlag för verksamhetsstyrning och förbättringsarbete.

4.2 Iakttagelser

Iakttagelserna nedan är hämtade från de intervjuer som genomförts i granskningen och beskrivs nedan utifrån respektive verksamhet.

4.2.1 Styrning – Avtal kring målgruppen och ansvarsfördelning mellan huvudmännen

VGR SÄS, öppenpsykiatri och primärvård

Företrädarna för verksamheterna menar att det finns målsättningar för samverkan i de olika avtalsskrivningarna som har tagits fram.

Det finns ett avtal som reglerar sjukvårdsansvaret. Avtalet kan tolkas på olika sätt. Det finns också en prioriteringsordning som är tydlig kring vem som gör vad.

Utifrån den enskilde patienten finns behov som inte är tillgodosedda. Således finns brister och då finns det heller inte alltid samsyn.

Företrädare för psykiatrin menar att man i dagsläget befinner sig någonstans mellan avtalsstyrning och en fullt utvecklad samverkan kring patienten. Man har kommit en bra bit på vägen då det gäller insikt och förståelse för varandra. Behovet av samverkan ökar dock då det saknas resurser och kompetens.

Företrädare för PV i Bollebygd menar att ansvarsfördelningen inte alltid är tydlig. I sådana ärenden krävs diskussion och då är det bra med de samverkansarenor som finns. PV upplever, att då psykiatrin inte har tillräckligt med resurser överförs patienterna till PV. Den psykiatrikonsult som nu är kopplad till VC uppges vara till stor hjälp.

Företrädare för PV i Herrljunga menar att det gäller att hitta vilka resurser som skall sättas in och fördelas i det enskilda ärendet. Det går inte att avtalsstyra fullt ut. ”Psykisk ohälsa låter sig inte paketeras på samma sätt som den somatiska vården”. Det handlar om att hitta en gemensam värdegrund mellan organisationerna.

VGR SKAS, öppenvårdspsykiatri och primärvård

Det finns en målsättning att det skall finnas en obruten vårdkedja för brukaren. Företrädare för PV (Hentorp) uppfattar dock att det är oklart *hur* samverkan ska ske. Även om styrdokument är tydliga så saknas det resurser hos samtliga aktörer menar de intervjuade och det finns ingen personal som kan utföra uppdraget fullt ut.

Alla PV-enheter uppges fortfarande inte känna till dokumenten. Det finns problem kring kommunikation och information; ”Det finns en psykiatriförvaltning, men 15 kommuner och 30 vårdcentraler.”

Ansvarsfördelningen uppges inte vara tydlig. Psykiatriföreträdare menar att styrdokumentet förutsätter att parterna ska kunna lösa frågorna, vilket de inte upplever att de kan.

Det råder olika uppfattningar mellan PV och psykiatri gällande kontinuiteten. Företrädare för psykiatrin menar att det är vårdnivån som är avgörande. Företrädare för PV uppger att man inte är överens om hur dokumentet kring vertikala prioriteringar ska tolkas.

PV anser att man har patienter som ”hör hemma” i psykiatrin. Är det längre sjukdomsperioder eller psykiatriska diagnoser uppfattar man att det är psykiatrins ansvar. Primärvårdsföreträdare menar att vissa överflyttningar av patienter från PÖV till PV, beror på personalbrist inom PÖV, och att det idag saknas förståelse för varandras område. En annan företrädare för PV uppfattar ansvarsfördelningen som växlande. Beroende på patientens funktionsnivå finns patienten inom PV eller vuxenpsykiatri och även här är uppfattningen att detta beror på vilken belastning vuxenpsykiatrin har. Primärvårdsföreträdare anser att man frångår kompetensprincipen beroende på resursbrist. Ansvarsfördelningen uppfattas vara tydligare och klarare gentemot kommunen, som hanterar frågor kring den sociala situationen.

Kommunerna; Bollebygd, Herrljunga, Skövde och Tidaholm

Samtliga kommuner menar att måldokumentet är tydliga utifrån att samverkan skall ske mellan huvudmännen med samordnade insatser/vård utifrån brukarens behov.

De påpekar vikten av regelbundna gemensamma utbildningsinsatser för att göra dokumenten kända, förankra dem och få möjlighet till principdiskussioner för att utveckla samverkansarbetet inom och mellan huvudmännen.

På strategisk och operativ nivå återstår mycket att göra för att omsätta ord i handling, även om man kommit flera steg på vägen.

En av kommunföreträdarna poängterar att samverkan aldrig enbart kan avtalas fram, en lika viktig förutsättning för samverkan är ledningens och medarbetarens attityd och förhållningssätt till samverkan; ser vi samverkan som ett mervärde för brukaren eller merarbete för organisationen?

Företrädare för samtliga kommuner uppfattar ansvarsfördelningen mellan huvudmännen som tydlig utifrån befintliga avtal generellt och psykiatrisamarbetet specifikt. Däremot upplever man att ansvar ibland åsidosätts p.g.a. bristande resurser i respektive kommun såväl inom som mellan VGR:s verksamheter.

Västkom och kommunalförbunden i Sjuhärad och Skaraborg

VästKom

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland reglerar hälso- och sjukvårdssamarbetet mellan huvudmännen inklusive psykiatrisamarbetet.

Ett fungerande psykiatrisamarbete kommer att bli än viktigare inför den nya vårdform inom den psykiatriska tvångsvården som träder i kraft hösten 2008. På strategisk nivå startar huvudmännen genom samverkansorganet mellan VGR och kommunerna upp diskussioner för hur det samarbetet skall ske under hösten 2008.

Sjuhärads kommunalförbund

Sjuhärads kommunalförbund menar att styrkorna i det strategiska psykiatrisamarbetet är att man nu har både ett stabilt övergripande samarbete och ett operativt metodarbete under uppbyggnad genom att Case Manager kommer att finnas i alla kommuner. Enligt företrädare är det också en styrka som gynnar samarbetet, att man inom SÄS har ett nära samarbete mellan VUP och BUP. En annan styrka är att HSK och kommunalförbundet har ett mycket bra samarbetsklimat.

En svaghet är de ”Svarte Petter ärenden” som finns och inte idag hanteras någonstans om det inte kan lösas i chefsamverkan. Ett problemområde är ärenden med boende på behandlingshem där VGR enligt hälso- och sjukvårdsansvaret ansvarar för att betala behandling och kommunen ansvarar för att betala omvårdnad, som inte hanteras i samverkan.

Skaraborgs kommunalförbund

En svaghet som företrädare för kommunalförbundet ser i psykiatrisamarbetet är att när patienter flyttar ut från psykiatrisk slutenvård till annan boendeform, tar inte alltid VGR ansvar för fortsatt behandling, vilket inte är i överensstämmelse med Hälso- och

Sjukvårdsavtalet m.fl. avtal. Otydlighet i ansvaret för fortsatt vård och behandling fick bl.a. till följd att en del av medlen från nationella psykiatrisamordningen bekostade vårdtider på behandlingshem, istället för att bygga samverkanskedjor genom gemensamt planerade insatser. Problemet är av sådan art att psykiatrisamverkansgruppen lyfter frågan till sin styrgrupp i september 2008 med förslag att väcka frågan i det gemensamma samrådsorganet mellan kommunerna och VGR i syfte att få till stånd en VG gemensam diskussion.

4.2.2 Beställningar/överenskommelser mellan beställare och utförare

HSN 6 och 8

Det är fortfarande inte helt lätt att känna igen sig i de lokala överenskommelserna som görs med utförare, kontra den regionala och lokala psykiatriplanen menar företrädare för HSK. Men det är ett långsiktigt utvecklingsarbete som systematiskt påbörjats.

Sjuhärads kommunalförbund

Företrädare menar att överenskommelserna nu börjar spegla ambitionerna som kommit fram i det pågående psykiatriarbetet som pågår i SÄS/ Sjuhärad, bl.a. genom HSN 6 och 8 satsning på primärvårdspsykiatri.

VGR SÄS, öppenspsykiatri och primärvård

Företrädarna generellt uppfattar att det saknas en gemensam beställning över vad som ska åstadkommas hos respektive huvudman.

Den lokala psykiatriplanen har tagits fram av regionen och kommunerna har inte varit med i det arbetet. Tanken var att kommunerna skulle bjudas in för att komplettera dokumentet. Så har ännu inte skett.

Öppenvårdspsykiatri SÄS får i dagsläget beställning från två olika HSN. En förutsättning för ett bra genomförande uppges vara att man får en gemensam beställning.

Företrädare för PV menar att beställningen är oprecis och att det inte finns någon annan styrning än att ”vi ska samverka”.

HSN 10

Företrädare för HSK bedömer att man kommit en bra bit på väg och att de lokala mål- och aktivitetsplanerna speglar överenskommelserna även om överenskommelserna kan utvecklas ytterligare för att beställarna tydligare ska kunna styra och följa upp.

VGR SKAS, öppenvårdspsykiatri och primärvård

Företrädarna beskriver att det finns en *Mål- och aktivitetsplan för psykisk ohälsa*. Vidare finns dokumentet vertikala prioriteringar mellan psykiatri och primärvård, som är ett instrument som används av parterna.

PV menar att då det är resursbrist hos både psykiatrin och PV bollar parterna patienterna mellan varandra. Vertikala prioriteringar ges ett alltför stort tolkningsutrymme och borde vara tydligare. Företrädare för en VC uppger sig inte känna till andra dokument än dokumentet kring vertikala prioriteringar.

4.2.3 Ersättningsystem

Regionstyrelsen beslöt 2007-02-07 att ett nytt ersättningsystem ska införas från 2008 inom psykiatrin. Denna ersättning sker genom fast ersättning, prestationsersättning och ersättning för riktade uppdrag. Det finns även en mindre del (3 %) som avser målrelaterad ersättning. Det kan då röra sig om insatser som exempelvis samarbete mellan olika vårdnivåer för utveckling av närsjukvården samt önskvärda förändrings- och förbättringsprocesser på lokal nivå som anknyter till den regionala psykiatriplanen t ex utveckling mot öppnare vårdformer.

En företrädare menar att ersättningsmodellen har en fördel i att andelen prestationsbaserad ersättning har ökat i förhållande till fast ersättning. Men generellt menar man att ytterligare förtydliganden krävs för att ersättningsmodellen skall styra psykiatriarbetet och samarbetet mellan verksamheter.

Företrädare för psykiatrin anser att det inte finns specifika incitament eller styrning mot samverkan och att den målrelaterade ersättningen borde vara större för att ge avsedd effekt.

Sammantaget indikerar intervjuerna att ersättningsystemet troligtvis hittills inte har haft någon effekt på samverkan, men uppföljning av ersättningsystemets mål sker först i slutet av år 2008.

4.2.4 Arenor för samverkan

HSN 6 och 8

Det finns arenor för strategisk samverkan inom VGR SÄS mellan beställare och utförare i Förhandlingsdelegationen och i VGR:s Beställarnärverk.

På politisk nivå finns arena för samverkan genom träffar mellan HSN och respektive kommuns KSAU och Socialnämnd.

Mellan huvudmännen på tjänstemannanivå VGR/kommunalförbund finns arenor genom arbetet med nationella psykiatrisamordningen (Miltonarbetet). Lokalt finns samverkan genom psykiatriråd.

Sjuhärads kommunalförbund

Företrädare menar att man på strategisk och operativ nivå nu har fungerande arenor för samverkan och början till ett stabilt samarbete.

Kommunalförbundet Sjuhärads sociala beredningsgrupp och HSN 6 och 8 har beslutat om att ta fram ett förslag till politisk överbyggnad enligt närvårdskonceptet. Barn och unga, multisjuka och psykiatripatienter som "bollas" mellan verksamheter och/eller huvudmän; "Svarte Petter hantering", är prioriterade grupper i det arbetet. Enligt planering skall förslaget, som arbetas fram av företrädare från kommunalförbundet och HSK gemensamt, tas politisk ställning till under hösten 2008.

Miltonprojektens styrgrupp har sitt sista möte i september 2008, då den permanenta organisationen med samverkansråd tar över gruppens arbete. I Miltonsamarbetet arbetade VGR SÄS och 10 kommuner i ett gemensamt Case Management projekt, utbildningen av Case Mnager pågår och samarbetet har permanentats.

SAMKOM (SAMsyn och KOMpetens) är nu en varaktig struktur för samarbetet; lokala psykiatriråd har startats i alla kommuner, på ledningsnivå finns samverkansråd som är kopplat till REKO och hanterar gemensamma strategiska frågor, gemensamma medel, gemensamma utbildningar (föräldrautbildning, dubbeldiagnoser m.fl.). Nu hanterar SAMKOM den nya vårdformen inom psykiatriska tvångsvården som träder i kraft hösten 2008, där vissa delar måste vara gemensamma och kräver gemensamma rutiner.

VGR SÄS, öppenspsykiatri och primärvård

Det finns olika arenor för samverkan.

Det finns tjänstemannakontakter för psykiatrin med beställarsidan och där menar man att verksamheterna har påverkansmöjligheter. PV ser dock ingen sådan arena.

De lokala psykiatriråden har kommit olika långt. Det finns också Kraftteam där även företrädare för arbetsförmedling och försäkringskassa ingår. Dessa uppges fungera väl för enskilda patienter.

Det finns en bra samverkan kring enskilda patienter. Parterna vet vem man skall kontakta i respektive organisation.

HSN 10

Det finns en KGB-grupp vilken innehåller företrädare för alla fyra HSK i VGR bestående av ekonomichefer, utvecklingschefer/-ledare och Hälso- och sjukvårdsavdelningen (Hälso- och sjukvårdsutskottet).

Det finns arenor för strategisk samverkan inom VGR SKAS mellan beställare och utförare i Dialogmöten.

På politisk nivå finns arena för samverkan genom träffar mellan HSN och respektive kommuns KSAU och Socialnämnd.

Mellan huvudmännen på tjänstemannanivå VGR/kommunalförbund finns arenor genom arbetet med nationella psykiatrisamordningen (Miltonarbetet). Lokalt finns samverkan genom trepartsgrupperna.

Kommunalförbundet Skaraborg

I Vårdsamverkan Skaraborg hanteras samarbete bl.a. för målgruppen inom psykiatriområdet. Samarbetet mellan de båda huvudmännen utgår ifrån en styrgrupp med undergrupper varav en arbetar med och hanterar samverkan kring psykiatri.

I gruppen som träffas ca sex gånger per år, är företrädare för kommunalförbundet ordförande, vidare ingår från kommunerna; två socialchefer, en chef för funktionshinder, från primärvården; tre primärvårdsområdeschefer, från psykiatrin; SKAS verksamhetschef för psykiatri och medicin och chefen för PÖV psykologer på Falköpings sjukhus. Gruppens uppdrag är att stödja trepartssamarbetet i varje kommun och vara "smörjmedel" för att arbetet ska löpa friktionsfritt. Gruppen hanterar även särskilda frågor; som att patienter inte kan ges subutex- behandling i Skaraborg, patienter som skrivs ut där kommunerna inte kan erbjuda boende vilket är ett återkommande problemområde. En aktuell fråga som gruppen arbetar med är den nya tvångslagsstiftningen, där man tagit fram en uppdragshandling för sitt arbete.

Gruppen sammankallar till en årlig konferens kring aktuella frågor. Ordförande i gruppen är även kontaktvägen mellan SKAS/Skaraborgs samtliga trepartsgrupper, varav de flesta är nystartade.

Samverkan psykiatri processade Skaraborgs projektmedel inom ramen för den nationella psykiatrisamordningen, varav de flesta var utbildningsprojekt för att komma samman i trepartgrupper.

VGR SKAS, öppenvårdspsykiatri och primärvård

Det finns olika arenor för samverkan.

Lokalt finns det ingen arena tillsammans med beställarna. Verksamhetschefen för psykiatrin kan dock bjudas in.

Lokal trepartssamverkan finns för 15 kommuner. Denna uppfattas ha ett särskilt fokus på dubbeldiagnoser. Alla PV-enheter uppfattar inte att lokal trepartssamverkans arena är till för samverkan kring psykiatrin i allmänhet.

Vidare finns lokala psykiatriråd mellan psykiatri och primärvård. Slutenvården är subspecialiserad och det blir för stort gränssnitt att täcka upp. Enhetschefer och verksamhetschefer inom öppen- och slutenvård träffas gemensamt en gång per termin.

Kommunerna; Bollebygd och Herrljunga

Det finns arenor för samverkan lokalt genom lokala psykiatriråd på regional nivå genom ReKo.

Kommunerna Skövde och Tidaholm

Det finns arenor för samverkan lokalt genom trepartsgrupperna där alla verksamheter är representerade. Kommunerna har kommit olika långt, Skövde har precis etablerat sina. Trepartsgrupperna träffas i olika konstellationer på ledningsnivå och operativ nivå

4.3 Genomförande – samverkan - iakttagelser

Iakttagelserna nedan är hämtade från de intervjuer som genomförts i granskningen och beskrivs nedan utifrån respektive verksamhet.

4.3.1 Samverkan (internt inom regionen)

VGR SÄS, öppenspsykiatri och primärvård

Det som fungerar bra är att det finns ett etablerat samarbete och en ambition och inställning att använda samverkan. Man är mån om den man samverkar med. PV lyfter fram fördelen med psykiatrikonsult.

Det som fungerar mindre väl är att det finns flaskhalsar inom slutenvården och att det råder läkarbrist inom såväl PV som psykiatri samt att det i vissa delar brister i kompetens.

VGR SKAS, öppenvårdspsykiatri och primärvård

Det som fungerar bra är att det finns en målsättning och uppbyggda rutiner. Det finns en god ambition men parterna ”brottas” med egna problem. När man väl träffas är man överens. Det finns god personkännedom mellan behandlande personal.

Det finns kompetensbrister inom PV. Vidare fungerar inte alltid processen för informationsöverföring som avsett. Det rör sig då om att de medicinska epikriserna kommer för sent (överläkare ska signera epikris – det kan ta veckor), överrapportering och läkemedelslistor som inte överensstämmer. I Skövde menar man att det finns stort utrymme för tolkningar och att det råder otydlighet i ansvarsförhållandet.

4.3.2 Samverkan (mellan region och kommun)

VGR SÄS, öppenspsykiatri och primärvård

Det som fungerar bra är att det finns ett etablerat samarbete och en ambition och inställning att använda samverkan. Man är mån om den man samverkar med.

Psykiatrin efterlyser mer samverkan mellan kommunerna kring exempelvis olika boendeformer. Den enskilda kommunen har inte underlag för dessa boenden vilket kräver samverkan över kommungränserna menar psykiatrins företrädare.

PV Bollebygd lyfter fram styrkan i att Bollebygd är en liten kommun med personkännedom och närhet till varandra samt god tillgänglighet.

PV Herrljunga menar att det har funnits en misstro mot varandra som har hindrat samverkan. Det har funnits en okunskap om den andra parten och olika bilder av vad man ska åstadkomma. Sekretessproblematiken kan också övervinnas genom att fråga mer efter medgivande från patienten.

VGR SKAS, öppenvårdspsykiatri och primärvård

Tidaholm beskrivs som en liten kommun med lätta kontaktytor där det finns god personkännedom. Samverkanskulturen beskrivs som god. Det som fungerar mindre väl, upplever man, är socialtjänsten och sekretessfrågorna.

I Skövde menar man att samverkan kring hantering av patienter med ett tydligt missbruk fungerar mindre bra då kommunen saknar resurser för den medicinska behandlingen.

Bollebygds och Herrljunga kommuner

Det viktigaste är att samverkansuppdraget fungerar i praktiken och inte som ”luntor i bokhyllan” menar man i Bollebygd. Än så länge befinner sig det lokala psykiatrirådet i ett utvecklingskede. De uttalade målsättningar som finns för samverkan i en sammanhållen vårdkedja, är svåra att leva upp till beroende på resurs- och kompetensbrist anser företrädare i Bollebygd.

Samarbetsparternas respektive uppdrag är tydligt och samarbetet fungerar hjälpligt, men pga. förutfattade meningar, gamla sanningar, bristande respekt för varandras uppdrag och kompetens utifrån uppdraget, blir brukaren fortfarande ”bollad” mellan verksamheter allt emellanåt.

Det känns som en styrka menar företrädare för Bollebygds kommun att de lokala psykiatriråden kommit igång bra med sitt arbete.

En svaghet som man upplever i kommunen är att samarbetet med beroendeenheten inte fungerar i missbruksärenden. Kommunens företrädare upplever att beroendeenheten inte ser sin roll som samarbetspart med kommunen, vilket blir kontraproduktivt och osäkert för patienten.

Samverkansuppdraget är tydligt utifrån Hälso- och sjukvårdsavtalet i VG och de individuella vårdplanerna, menar företrädare i Herrljunga. Samverkan fungerar bra med VC och PÖV; ”varje inläggning är ett misslyckande”. Samarbetet med slutenvården fungerar ”sådär” både i kontakter och i arbetet med vårdplaner menar man.

Skövde och Tidaholms kommuner

I Skövde beskrev en företrädare samverkansproblematiken som att ”alla vill väl men med olika pengapåsar är det svårt att få det att fungera”.

Det finns målsättning för samverkan i en sammanhållen vårdkedja men den är svårt att leva upp till beroende på resurs- och kompetensbrist. Samarbetsparternas respektive uppdrag är tydligt men samarbetet fungerar bara hjälpligt pga. förutfattade meningar och bristande respekt för varandras uppdrag och kompetens utifrån uppdraget, menar kommunföreträdare i Skövde. Trepartsgruppernas arbete på handläggarnivå är dock en styrka i samarbetet, där man nu känner varandra och där finns det oftast tillit och respekt för varandras uppdrag menar man.

Samarbetet mellan kommunerna (Skövde och Tidaholm) och slutenvård och vårdcentraler är det som brister mest, enligt båda kommunernas uppfattning. Samarbetet med öppenvården fungerar för det mesta bra.

Företrädare för Tidaholms kommun ser en styrka i det stabila samarbetet som finns mellan kommunen och PÖV lokalt, beroendeenheten och samarbetet i trepartsgrupperna. Det är även positivt att Tidaholms VC nu har rekryterat läkare som kommunens företrädare har bra samarbete med.

Svagheter i Tidaholms samarbete är att det framför allt finns bristande kompetens hos båda huvudmännen, svårt att få bedömningar från akutpsykiatrin, den generella läkarbristen i SKAS och att det är svårt att få till stånd utredningar på nya patienter med missbruk.

Generellt säger alla fyra kommunerna att för att tydliggöra samarbetet kring brukaren mellan huvudmännen, är det Hälso- och Sjukvårdsavtalet i VG och lagen man använder sig av. Framförallt uppfattar kommunföreträdarna att det medicinska perspektivet styr i förhållande till socialt och pedagogiskt perspektiv. De kommunala företrädarna upplever att kommunerna ofta ”strider” var för sig med VGR istället för att lyfta frågan till kommunalförbunds nivå. Konflikterna hanteras oftare i det enskilda ärendet än strategiskt.

4.3.3 Primärvårdspsykiatri

I Regional utvecklingsplan för psykiatri (antagen av Regionfullmäktige 1 februari 2005) står i slutsatser under rubrik *Angelägna och strategiska utvecklingsområden*; ”./.. Utveckling av arbetsfördelning och samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri för att möjliggöra arbetsformen ”primärvårdspsykiatri.”./..”

HSN 6 och 8

Företrädare bedömer att VC:s arbete med psykosomatik och psykiatri på primärvårdspsykiatrinivå behöver fortsätta utvecklas generellt, även om medel tillförts och kompetenser tillkommit under de senaste åren i form av psykologer, kuratorer, beteendevetare osv.

Sjuhärads kommunalförbund

HSN 6 och 8 har satsat på primärvårdspsykiatrin, vilket märkts genom psykiatrikonsulter (varje VC har en psykiatriker som är deras konsult) och att psykologer, kuratorer, beteendevetare anställts. En sjuksköterska med vidareutbildning i psykiatri (högskoleutbildning) har samordningsansvar för psykiatrifrågor på VC och sitter alltid med i de lokala psykiatriråden.

VGR SÄS, öppenspsykiatri och primärvård

Det sker en utveckling till det bättre och PV ”bygger ut”. Det saknas dock en systematik kring kompetensnivå och vilka yrkeskategorier som ska finnas.

Psykiatrin uppger att remissflödet varierar mellan kommunerna vilket indikerar att PV har olika kompetens och förutsättningar att klara uppdraget.

Företrädare för PV (Bollebygd) menar att psykiatrikonsult ger viktigt stöd i arbetet. Primärvårdspsykiatrin fungerar ganska bra med stöd av psykiatrisköterska och psykoterapeut samt engagerade och kunniga läkare. De nya resurserna samt samarbete med psykiatrin har förbättrat verksamheten. För fyra år sedan var det sämre.

HSN 10

VC arbete med psykosomatik och psykiatri på primärvårdspsykiatrinivå behöver fortsätta utvecklas generellt även om medel tillförts och kompetenser tillkommit.

VGR SKAS, öppenvårdspsykiatri och primärvård

Primärvårdspsykiatrin uppges fungera väldigt olika över länet.

PV i Tidaholm menar att man hanterar sina patienter på ett bra sätt. Med rådande bemanning klarar man inte tyngre patienter eller hembesök. Primärvårdspsykiatrin bygger på att patienten kan besöka VC.

PV i Skövde menar att det finns en förväntan att en större grupp patienter skall överföras till psykiatrin. Man upplever att psykiatrin har tolkningsföreträdet. Ska det överföras fler patienter måste det finnas specialistläkare och andra resurser (psykolog).

4.3.4 Informationsöverföring och samordnad vårdplanering

Sjuhärads kommunalförbund

Företrädare uppfattar att in- och utskrivningsrutinerna mellan slutenvården och öppenvården/kommunernas verksamheter har förbättrats, men fungerar fortfarande inte bra. Slutenvården bör inte enbart skicka in- och utskrivningsmeddelanden, utan kommunicera inför en utskrivning för att ge kommunerna den planeringstid som krävs för att de skall kunna ge insatser utifrån brukarens behov.

VGR SÄS, öppenspsykiatri och primärvård

Det finns rutiner för informationsöverföring och samordnad vårdplanering. För det mesta efterlevs rutinerna för både informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Kriterier för när samordnad vårdplanering ska äga rum sker i samråd med behandlande läkare.

På VC i Bollebygd får man endast utskrivningsmeddelanden för patienter inom kommunal hemsjukvård. För övriga patienter erhålls utskrivningsmeddelande och epikris. Det förekommer att patienten redan är utskriven då PV får del av denna dokumentation.

På VC i Herrljunga har man inga patienter som varit föremål för samordnad vårdplanering och uppger att de inget ser av vårdplaneringsprocessen.

VGR SKAS, öppenvårdspsykiatri och primärvård

Det finns rutiner för informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Behandlande läkare tar beslut om samordnad vårdplanering i samråd med patienten och avdelningspersonal.

Kriterier för rutinen är att patienten bedöms ha behov av kommunalt stöd. Företrädare för psykiatrin menar att rutinen för det mesta fungerar väl men när det går fel blir det en hel del problem och merarbete.

Slussystem uppges underlätta för slutenvården. Det finns namngivna kontaktpersoner för patienten vilket innebär att kommunikationen fungerar bra med kommunen och deras olika boenden.

Det är svårare att få med PV i arbetet med slussen. De prioriterar inte planeringsmöten gällande psykiska funktioner, enligt slutenvården.

Företrädare för PV i Tidholm menar att informationsöverföringen fungerar bra då den används. Man har dock gjort mätningar som visar på att det tar för lång tid innan epikriser och läkemedelslistor finns tillgängliga. Patienten skrivs ut innan dokumentationen kommer fram och ibland uppstår problem.

Företrädare för PV i Skövde (VC Hentorp) menar att det inte finns något formaliserat utan man får en epikris där det framgår vart patienten skall vända sig.

Kommunerna; Bollebygd och Herrljunga

Herrljunga

Vid utskrivning händer det allt för ofta att läkarna kallar till vårdplanering, men själva inte deltar på den bokade tiden. Effekten av det blir otydlig vårdplanering eftersom de funktioner som deltar från slutenvården inte har mandat att besluta vid sittande bord när diskussioner uppstår.

Informationsöverföringen fungerar oftast inte vid utskrivning från slutenvård, i genomsnitt skickas ett av de fyra fax som rutinen kräver, för att behov av insatser skall klargöras.

Bollebygd

In- och utskrivningsrutiner fungerar inte i LSS och missbruksärenden.

4.4 Uppföljning

I *Regional utvecklingsplan för psykiatri* står under rubriken *Genomförande och uppföljning av den regionala utvecklingsplanen för psykiatri*; ”../..” Den regionala utvecklingsplanen för psykiatri innebär en långsiktig utveckling inom området. En stor del av detta arbete innebär utveckling utifrån lokala förutsättningar och i samverkan mellan olika aktörer. Resurser på regional nivå för att säkerställa implementering och en långsiktig uppföljning är en förutsättning för att kunna följa och värdera utvecklingsarbetet.

Detta innebär att:

- Regionsstyrelsen svarar för att kontinuerlig uppföljning sker.”

I *Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland*, står under *Uppföljning - Utvärdering – Tolkning*; ”Avsikten med detta avtal är att det skall följas upp årligen och utvärderas vart fjärde år. En första utvärdering inleds den 1 april 2010. Avsikten med kontinuerlig uppföljning är att säkerställa medborgarnas rätt till adekvat vård utifrån bland annat medicinteknisk utveckling. För att kunna genomföra dessa uppföljningar bör det skapas en partsgemensam grupp på tjänstemannanivå. Gruppen redovisar årligen inkomna synpunkter till det politiska samrådsorganet mellan VästKom och Västra Götalandsregionen. Eventuella frågor beträffande tolkning av avtalet sker i första hand i den delregionala samverkan som finns mellan huvudmännen. Frågorna kan vid behov lyftas till den partsgemensamma gruppen.”

I HSN 10:s överenskommelser med t.ex. Sjukhusvården står det under rubriken *Psykiatri* ”Planen skall vara vägledande för utvecklingen av vården för alla patienter, inte minst avseende de delar som rör tillgänglighet, bemötande och samverkan.”

Uppföljning av överenskommelserna sker kontinuerligt mellan SKAS och HSK. I aktuella fall kan även uppföljning ske tillsammans med övriga vårdgivare i Skaraborg. Specifika uppdrag som psykiatrins lokala mål- och aktivitetsplan följs av styrgruppen för Vårdsamverkan Skaraborg.

I HSN 6 och 8:s överenskommelser med t.ex. Primärvården (delöverenskommelse om närsvård) står under rubriken *Personer med psykisk sjukdom eller ohälsa* ”Lokal psykiatriplan Södra Älvsborg ska ses som ett inriktningsdokument som syftar till att skapa förutsättningar för att möta den psykiska ohälsan samt medverka till en optimerad gränsöverskridande samverkan mellan de aktörer som möter personer med psykisk ohälsa.”
.../...

Uppföljning av överenskommelserna sker kontinuerligt mellan verksamheterna och HSK. Uppföljning av samverkansarbetet sker även via ReKo och Miltonprojektens styrgrupp (som övergår i samverkansråd under hösten 2008) som följer upp arbetet med Case Manager inom SÄS.

4.5 Iakttagelser

Iakttagelserna nedan är hämtade från de intervjuer som genomförts i granskningen och beskrivs nedan utifrån respektive verksamhet.

4.5.1 Uppföljning av samverkan på verksamhetsnivå

HSN 6 och 8

Uppföljning sker inte med systematik i förhållande till överenskommelserna idag. Den brukaruppföljning som sker på verksamhetsnivå är genom Vårdbarometern där det går att beställa tillägg i form av uppföljning på delen psykiatri av hur samverkan fungerar.

VUP genomför patientenkäter, utskrivningsenkäter och anhörigenkäter men inte utifrån samverkansfokus.

Sjuhärads kommunalförbund

Uppföljningar kommer att genomföras med målgruppen dubbeldiagnoser i det nya samverkansrådet som startar hösten 2008.

VGR SÄS, öppenpsykiatri och primärvård

ReKo har gjort en regionövergripande uppföljning av samverkan. Vidare har en uppföljning genomförts av det lokala psykiatrirådet i Borås. Någon uppföljning av samverkan eller arbetet ute i de olika psykiatriråden sker inte då dessa delvis är under uppbyggnad.

Samverkansrådet ska besluta om hur framtida uppföljning och utvärdering ska se ut.

HSN 10

Uppföljning sker idag inte med systematik i förhållande till överenskommelserna. Sektorssamrådet har initierat att PÖV i SKAS skall genomföra brukarenkäter from 2007. Resultatet har generellt varit nöjda patienter utom några påpekanden kring delaktighet, vilket lyfts in i överenskommelserna för 2008 i SKAS.

VGR SKAS, öppenvårdspsykiatri och primärvård

På systemnivå sker inte någon undersökning av hur brukarna ser på samverkan. Viss uppföljning sker av specifika projekt inom trepartssamverkan.

Representanter från PV uppger att någon uppföljning av samverkan inte äger rum.

4.5.2 Uppföljning av samverkan på individnivå - Brukarundersökning/-medverkan

VGR SÄS, öppenspsykiatri och primärvård

På systemnivå sker inte någon undersökning av hur brukarna ser på samverkan. De lokala psykiatriråden är ett forum där brukare är representerade och har möjlighet att framföra synpunkter.

Årligen genomförs en större patientenkät där dock brukarnas syn på samverkan inte fångas. På individnivå sker viss uppföljning av samverkan i den vårdplanering som sker i samband med att vårdplanen följs upp.

VGR SKAS, öppenvårdspsykiatri och primärvård

Det finns regelbundna brukarträffar i verksamheten (patient- och anhörigträffar) där samverkan inte specifikt lyfts fram, men där möjlighet finns att även lyfta fram frågeställningar kring samverkan.

Årligen genomförs en större patientenkät där dock brukarnas syn på samverkan inte fångas.

Kommunerna Skövde och Tidaholm

I det enskilda ärendet saknas systematik i uppföljningen trots arbetet med vårdplaner.

4.5.3 Upplever brukarna att samverkan mellan vårdgivarna fungerar?

I granskningen har företrädare för intresse- och anhängorganisationer intervjuats, liksom personligt ombud.

Röster/ögonblicksbild i augusti och september 2008:

Vad fungerar?

- ”När man väl kommit in i systemet och fått kontakt med läkare osv. då fungerar det; behandling, medicinering, korta tider av inläggning, kontakter med öppenspsyk och Case Manager som följer personen och inte tvärtom.”
- ”När man väl kommit till fungerar det bra i slutet och öppenvården och mellan dem. Men det är svårt att få komma till ibland.”
- Både regionala och lokala arenor där personer med psykiskt funktionshinder håller på att växa fram/finns – det är bra.
- Regionala arenor för samverkan där brukare; intresseorganisationer m.fl. kan föra fram åsikter och behov (exempelvis i Skaraborg de en gång per halvår har samråd med slutenvård och öppenvård, de har även positivt samarbete med Falbygdsklinikerna och Psykiatrikedjan).
- Personliga ombud – fungerar mycket bra; kommunala nämnder och handläggare hanteras genom de personliga ombuden. Det avlastar och underlättar för brukaren.
- Personliga ombud kan ta kontakt med mobila teamet när det uppstår akut behov hos brukare.

Förbättringsområden

- Generellt – SE PATIENTEN/BRUKAREN – ATT BLI SEDD SOM DEN HELA PERSON JAG ÄR!
- Mindre prat om pengar; hur mycket brukaren/patienten kostar och vem som skall betala, inför personen med psykiskt funktionshinder av de professionella både inom VGR och med kommunen.
- Information – ”Det har gått rejäl tid sedan staten tillförde mycket pengar till att förbättra psykvården – vad har det blivit utifrån alla pengar?”
- Information; ”Vad finns att få för insatser från landstinget och kommunen?”
- Kortare väntetid för att få kontakt och tid för besök på öppenvårdskontakt i psykiatri.
- Möjligheten att få remiss från vårdcentralen till läkare i psykiatri och/eller att bli omhändertagen på vårdcentralen inom kort tid ”när man mår psykiskt dåligt” och ”det känns inte som man blir tagen på allvar där.”
- Vårdcentralens mottagande av personer med psykiskt funktionshinder som har somatiska besvär/sjukdom.
- Samarbetet mellan slutenvården och kommunen; vid vårdplanering har inte alltid kommunens handläggare rätt mandat att besluta, vilket gör att planerade insatser eventuellt inte kommer förverkligas.
- Ibland har kommunen för mycket ”vårdtänk”; ”om man inte är akut dålig är det lugnt istället för att ta vara på stabiliteten hos personen med insatser som gör att personen kan hålla sig kvar ”i det lugna” lite längre.
- Mer uppsökande verksamhet från kommunens handläggare.
- Bättre balans mellan frågor kring personer med fysiskt/psykiskt funktionshinder på kommunala handikappråden (KHR), idag får ofta aktuella psykiska funktionshinderfrågor ”stryka på foten.”

4.6 Arbetsseminarium

Under arbetsseminariet redovisades rapportens preliminära resultat; nulägesanalys, bedömning och förslag till åtgärder. Som framgår av dokumentationen i bilaga 1 delade deltagarna i stort sett konsulternas bild. Deltagarna delades in efter de geografiska områdena Herrljunga, Skövde och Tidaholm och en politikergrupp. Grupperna arbetade utifrån frågeställningen;

Hur ser vi som politiker/medarbetare på nulägesanalys, bedömning och förslag till åtgärder? Grupparbetet resulterade i respektive grupps gemensamma bild av den preliminära rapporten

Resterade delen av dagen ägnades åt grupparbete kring frågeställningen; *Hur arbetar vi framåt – förbättringsåtgärder?* Respektive grupps arbete resulterade i en arbetsplan med de viktigaste förbättringsområdena prioriterade från 5 till 1 (där 5 är det viktigaste att prioritera).

4.7 Iakttagelser

Bollebygd's geografiska område representerades inte av några chefer/medarbetare varför redovisning för den gruppen saknas.

Generellt saknades VGR:s verksamhetschefer på arbetsseminariet. Medarbetare från VGR:s verksamheter var i de flesta geografiska områdena väl representerade.

Nedan redovisas respektive grupps prioriterade förbättringsområden/arbetsplan. För redovisning av resultatet av arbetsseminariets samtliga grupparbeten, se bilaga 1.

Herrljungas geografiska områdes förbättringsförslag och arbetsplan med prioriteringar (där 5 är det högst prioriterade):

ARBETSPLAN	För att uppnå det behöver vi	Tidplan
5a. Tillsammans se över det lokala avtalet 5b. Leder till samsyn	5a&b. Gemensamma utbildningsinsatser	
4. Bättre informationsöverföring		
3. Boende; mellanvårdsform		
2. Använda det styr- och ledningssystem som VGR bestämt? Det borde finnas ett system där alla är med!		

Skövdes geografiska områdes förbättringsförslag och arbetsplan med prioriteringar (där 5 är det högst prioriterade):

ARBETSPLAN	För att uppnå det behöver vi	Tidplan
5. Ansvarsfördelning mellan PV, psykiatri och kommun	5. Kommunera och förankra styrdokument i respektive verksamhet. Gemensamma utbildningsdagar	2009
4. Gemensamma utbildningsinsatser över gränserna. Behöver instrument för att validera kompetensen hos personalen. Förankra policy, riktlinjer och avtal hos personal.	4. Behöver söka pengar via ex SKL.	Senast 15 okt. 2008
3. Mellanform av boende för våra patienter	3. Gemensamma insatser. Skapa vårdformen tillsammans mellan region och kommun.	2011
2a. Personalrekrytering 2b. Se till att det finns specialistutbildningar	2a&b. Kartläggning (lokal)	

Tidaholms geografiska områdes förbättringsförslag och arbetsplan med prioriteringar (där 5 är det högst prioriterade):

ARBETSPLAN	För att uppnå det behöver vi	Tidplan
5. Informationsflödet (ffa epikriser)	5. Skriva och använda oss av avvikelshanteringssystemet och informera våra ledningsgrupper	
4. Gemensamma utbildningsinsatser	Driva genom trepartsgrupperna	
3. Vertikala prioriteringar	Utbildningsinsatser ger tillfälle att diskutera för att uppnå samsyn	
2. Mellanvårdsform	Lyfta till politisk nivå	

Politikernas förbättringsförslag och arbetsplan med prioriteringar (där 5 är det högst prioriterade):

ARBETSPLAN	För att uppnå det behöver vi	Tidplan
5. Patient/brukare skall inte uppleva organisationsgränser		
4. Medborgare, oavsett diagnos skall bemötas med respekt och värdighet	4. Gemensam bemötandeutbildning (finns inom handikappförvaltningen VGR)	
3. Samverka och kommunicera överenskommelser med våra grannar. Speciellt kommunerna	3. Genom kommundialoger. Gemensam konferens för Skaraborgsnämnderna (7 november)	
2. Balanserat styrkort inom egna verksamheten	2. Utbildning i organisationerna	
1. Utnyttja den kompetens som finns (privat/offentlig)	1. Genom upphandling eller avtal	

5 Bedömning och utvecklingsförslag

5.1 Bedömning

Fokus för granskningen har varit Hälso- och sjukvårdsnämndernas ansvar för att förverkliga de lokala psykiatriplanerna i nämndens styrning av verksamheten genom beställningarna.

Syftet med granskningen har varit att bedöma hur regionens psykiatriska verksamheter och kommunernas socialtjänst samverkar i uppgiften att ge stöd till personer med psykiskt funktionshinder och deras anhöriga. Granskningen har genomförts dels ur ett lednings- och samordningsperspektiv, dels ur ett brukarperspektiv och belyser även ersättningssystemet och uppföljning.

Vår nulägesanalys utifrån granskningens frågeställningar är

Finns förutsättningar för samsyn mellan huvudmännen kring brukarens vård/insatser?

Idag finns bra strukturer och strategier att **samverka och samarbeta** på både strategisk och operativ nivå i de granskade verksamheterna.

För att nå samsyn utifrån brukarens behov av insatser krävs ökad respekt och tillit för varandras kompetens, regelverk och olika uppdrag och det allra viktigaste – brukaren/patienten i fokus – inte den egna organisationen och verksamheten.

Vår bedömning är att de strukturer och strategier som byggts och byggs gynnar målgruppen, men att skarpare styrning i beställning/överenskommelser och uppföljning krävs, för att driva samarbetet enligt de befintliga avtalens intentioner.

Vi uppfattar en skillnad mellan SÄS och SKAS geografiska områden (både internt inom VGR:s verksamheter och mellan huvudmännen) i tillit och respekt till professioners/verksamheters respektive uppdrag när vi genomfört intervjuerna. Generellt upplever vi att SÄS/Bollebygd och Herrljunga (i förhållande till SKAS/Skövde och Tidaholm) har en mer positiv inställning till att samarbete innebär en vinst för patienten/brukaren och respektive verksamhets möjlighet att genomföra uppdraget.

Samarbetsklimatet mellan tjänstemän på beställarsidan, utförarsidan och kommunalförbunden uppfattar vi som mycket gott, vilket gynnar byggandet av bärande samarbetsstrukturer och samsyn på övriga nivåer.

Finns förutsättningar för en sammanhållen vårdkedja?

Vi menar att det krävs ytterligare systematiskt arbete på strategisk regional nivå och lokalt på ledningsnivå för att utveckla bärande strukturer för den operativa nivån, som gynnar brukarens behov av samlade insatser/vård. Här behöver chefer ute i alla verksamheter vara förebilder rent konkret.

Att samverka utifrån brukar-/patientperspektivet och samordna respektive huvudmans resurser är ett mästerskap i sig att uppnå. Resultat och effekt för brukaren/patienten nås när respektive profession/verksamhet inser att deras insats tillsammans med de andra professionernas/verksamheternas insatser ger ett mervärde för brukaren/patienten.

Är ansvarsfördelningen tydlig?

Ja mellan huvudmännen är ansvarsfördelningen tydlig enligt vår bedömning.

Nej – inom VGR bedömer vi att det krävs tydliggörande av ansvarsfördelningen mellan slutenvård, PÖV och PV.

Upplever brukarna att samverkan fungerar?

Röster/ögonblicksbild i augusti och september 2008:

Vad fungerar?

- ”När man väl kommit in i systemet och fått kontakt med läkare osv. då fungerar det; behandling, medicinering, korta tider av inläggning, kontakter med öppenspsyk och Case Manager som följer personen och inte tvärtom.”
- ”När man väl kommit till fungerar det bra i slutenvården och öppenvården och mellan dem. Men det är svårt att få komma till ibland.”
- Både regionala och lokala arenor där personer med psykiskt funktionshinder håller på att växa fram/finns – det är bra.
- Regionala arenor för samverkan där brukare; intresseorganisationer m.fl. kan föra fram åsikter och behov (exempelvis i Skaraborg de en gång per halvår har samråd

med slutenvård och öppenvård, de har även positivt samarbete med Falbygdsklinikerna och Psykiatrikedjan).

- Personliga ombud – fungerar mycket bra; kommunala nämnder och handläggare hanteras genom de personliga ombuden. Det avlastar och underlättar för brukaren.
- Personliga ombud kan ta kontakt med mobila teamet när det uppstår akut behov hos brukare.

Förbättringsområden

- Generellt – SE PATIENTEN/BRUKAREN – ATT BLI SEDD SOM DEN HELA PERSON JAG ÄR!
- Mindre prat om pengar; hur mycket brukaren/patienten kostar och vem som skall betala, inför personen med psykiskt funktionshinder av de professionella både inom VGR och med kommunen.
- Information – ”Det har gått rejäl tid sedan staten tillförde mycket pengar till att förbättra psykvården – vad har det blivit utifrån alla pengar?”
- Information; ”Vad finns att få för insatser från landstinget och kommunen?”
- Kortare väntetid för att få kontakt och tid för besök på öppenvårdskontakt i psykiatri.
- Möjligheten att få remiss från vårdcentralen till läkare i psykiatri och/eller att bli omhändertagen på vårdcentralen inom kort tid ”när man mår psykiskt dåligt” och ”det känns inte som man blir tagen på allvar där.”
- Vårdcentralens mottagande av personer med psykiskt funktionshinder som har somatiska besvär/sjukdom.
- Samarbetet mellan slutenvården och kommunen; vid vårdplanering har inte alltid kommunens handläggare rätt mandat att besluta, vilket gör att planerade insatser eventuellt inte kommer förverkligas.
- Ibland har kommunen för mycket ”vårdtänk”; ”om man inte är akut dålig är det lugnt istället för att ta vara på stabiliteten hos personen med insatser som gör att personen kan hålla sig kvar ”i det lugna” lite längre.
- Mer uppsökande verksamhet från kommunens handläggare.
- Bättre balans mellan frågor kring personer med fysiskt/psykiskt funktionshinder på kommunala handikappråden (KHR), idag får ofta aktuella psykiska funktionshinderfrågor ”stryka på foten.”

5.2 Utvecklingsförslag

- HSN utformning av överenskommelser styr enligt vår bedömning i viss mån verksamhetens produktivitet och effektivitet, men behöver ”spetsas” och specificeras ytterligare lokalt för målgruppen, för att gynna samverkan inom och mellan huvudmännen.
- Träffar mellan HSN och kommunerna är viktiga strategiska träffar inför HSN:s överenskommelser. Vår bild är att de idag har mer karaktär av informationsutbyte

än strategidiskussioner kring vad som fungerar bra respektive fallerar i samarbetet mellan huvudmännen.

- Vi tror att förtydliganden av ersättningssystemet skulle gynna beställarnas möjligheter till verksamhetsstyrning av utvecklingsarbete som t.ex. samarbete mellan verksamheter/huvudmän. Våra intervjuer indikerar att ersättningssystemet troligtvis hittills inte har haft någon effekt på samverkan, men uppföljning av ersättningssystemets mål sker först i slutet av år 2008, varför några slutsatser i denna fråga inte är möjliga i denna rapport.
- De granskade delarna har bra arenor och strukturer för samverkan både på strategisk och på operativ nivå. Men det är viktigt att samverkansarenorna nyttjas genom att alla verksamheter aktivt deltar utifrån sitt strategiska/operativa uppdrag. Här har chefer i verksamheterna en viktig roll och bör vara förebilder.
- Ansvarsfrågor som inte kan lösas på operativ nivå, bedömer vi, bör lyftas enligt rutin till samverkan på chefsnivå i första hand och om det inte löser frågan till en samverkan på VG gemensam nivå (enligt Västbus modell). Granskningen ger tydliga signaler om att ansvar i individärenden ibland åsidosätts p.g.a. att professionerna upplever bristande resurser, både inom VGR:s verksamheter och mellan huvudmännen. Vår bild är att även förutfattade meningar, gamla ”sanningar” och bristande respekt och/eller kunskap om varandras uppdrag gör att brukaren/patienten ibland ”bollas” som ”Svarte Petter”.
- Vi föreslår att ”öppen retur¹” tillämpas inom psykiatri, d.v.s. förenklade/överenskomna kontaktvägar för patient (och vård-/behandlingspersonal som har kontakt med patienten/brukaren) som skrivits ut från slutenvård, upplever försämring av sitt hälsotillstånd och behöver snabb kontakt med kontaktperson på slutenvården för ny bedömning.
- Utbildning till framförallt vissa delar av PV kring befintliga avtal och hälso- och sjukvårdsansvaret inom VGR:s olika vårdnivåer och mellan huvudmännen.
- Fortsatt fokus på samverkan mellan specialistpsykiatri och primärvård för att ytterligare utveckla primärvårdspsykiatri.
- Uppföljning av samverkan på verksamhets- och individnivå behöver införlivas på såväl strategisk som operativ nivå i samverkansgrupperna och i HSN:s uppföljningar av överenskommelserna.

¹ Öppen retur finns i vissa delar av VGR i den somatiska vården.

▪ **Utvecklingsmöjligheter för samverkan internt i VGR SÄS, öppenspsykiatri och primärvård:**

- Informationsöverföringen från slutenvård till primärvård och kommuner behöver kvalitetssäkras

▪ **Utvecklingsmöjligheter för samverkan internt i VGR SKAS, öppenvårdspsykiatri och primärvård:**

- Informationsöverföringen från slutenvård till PV och kommuner behöver kvalitetssäkras

- Rutiner för samordnad vårdplanering behöver aktualiseras och ånyo förankras hos slutenvård och PV.

Önskan om utvecklingsarbete från VGR:s verksamheter till kommunerna:

- Psykiatrin SÄS önskar mer samverkan mellan kommunerna kring olika boendeformer

- VGR SKAS, öppenspsykiatri och primärvård menar att huvudmännen behöver arbeta för att få godkännande från brukaren/patienten så att sekretessen inte hindrar det samarbete som i slutändan skall gynna brukaren.

Önskan om utvecklingsarbete från kommunerna till VGR:s verksamheter:

Bollebygds och Herrljunga kommuner

- Samarbetet vid både informationsöverföring och vårdplanering behöver kvalitetssäkras mellan slutenvård och kommuner.

Skövde och Tidaholms kommuner

- Önskar bättre samarbete med slutenvård och vårdcentraler.

- Kartlägga bristande kompetens hos båda huvudmännen.

- Önskar bättre samarbete i form av informationsöverföring med akutpsykiatrin.

- Samarbetsformer kring nya brukare/patienter med missbruk som behöver utredning behöver diskuteras och hanteras mellan huvudmännen.

Resultatet av arbetsseminariet med gruppernas arbetsplaner inklusive prioriteringar, är en möjlighet för respektive grupp att använda, som *en* del i deras pågående utvecklingsarbete.