



Beställarrevison beroendevård

Huvudrapport 2008-04-10

Sofi Larsson
Njal Roomans
Gunnar Uhlin
Andreas Endrédi

Sammanfattning

Syftet med revisionen har varit att belysa implementeringen och tillämpningen av valda regionala vårdprogram och dess effekter för patienten samt att bidra till förbättringar.

Revisionen ska också bidra till att svara på frågan om:

- SLL har en kunskapsbaserad och ändamålsenlig specialiserad hälso- och sjukvård i länet avseende vuxna med beroendeproblematik/diagnos
- Vårdplanering sker enligt gällande författningar i samverkan med andra aktörer

Övergripande kan konstateras att de utvalda vårdprogrammen och föreskriften i huvudsak är implementerade hos de två vårdgivarna. Samtidigt framkommer också i genomförd journalgranskning att vårdprogrammets riktlinjer inte fullt ut efterlevs. Variationer finns här mellan vårdprogram/föreskrift och mellan vårdgivarna, sektionerna och inte minst mellan olika mottagningar inom sektioner. Föreskriften om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende framstår som det professionella styrdokument som i högst grad efterlevs. Även vårdprogrammen Alkoholproblem och Läkemedelsberoende tillämpas i hög grad men här finns ändå variationer mellan vårdgivarna och mellan sektioner. Störst variationer mellan vårdgivarna och mellan sektioner och ingående mottagningar/avdelningar finns definitivt kopplat till det regionala vårdprogrammet om Vård av suicidnära patienter. Således finns vid flera sektioner och mottagningar skäl att se över tillämpningen. Detta i syfte att mer uttalat efterleva de kunskapsbaserade riktlinjer som ges med vårdprogrammen.

Det är på föreliggande underlag inte möjligt att direkt uttala sig om SLL har en kunskapsbaserad och ändamålsenlig specialiserad hälso- och sjukvård avseende vuxna med beroendeproblematik/diagnos. Beställarrevisjonen har inte omfattat vissa av de länsgemensamma delar inom Beroendecentrum Stockholm vilka är en naturlig del av vårdkedjan för vuxna beroendepatienter. Dessutom har inte Fokusrapporten Behandling av personer med komplexa vårdbehov p.g.a. psykisk störning och missbruk ingått som ett av de professionella styrdokument för vilka tillämpningen skulle undersökas. Fokusrapporten har ägnats en hel del uppmärksamhet i verksamheterna och även beställaren har varit angelägen om att rapportens riktlinjer följs. Sammantaget finns således luckor i det insamlade materialet som innebär att en samlad bedömning av beroendevården för vuxna inte låter sig göras.

Den genomförda beställarrevisjonen ger trots detta viktig information om hur verksamheterna arbetar med de granskade vårdprogrammen/föreskriften. I det följande sammanfattas det mest väsentliga som framkommit i granskningen.

Övergripande frågor

Att samverkan i vården av beroendepatienter är av central betydelse framgår på många sätt i de aktuella vårdprogrammen. Tveklöst framkommer i denna beställarrevisjon att samverkan sker i hög grad med samverkanspartners vid samtliga sektioner där detta är relevant. Ett tydligt uttryck för detta är att flertalet lokala beroendemottagningar är samlokaliserade med kommunens socialtjänst.

Begreppsmässigt bör en renodling av begreppen vårdplan och behandlingsplan kunna ske inom verksamheterna och i relation till beställaren. I rapporten föreslås att begreppet

vårdplan ska användas i de sammanhang insatser från flera aktörer kring en patient beskrivs medan den egna mottagningens/avdelningens behandlingsinsatser, mål etc bör beskrivas i en *behandlingsplan*.

Behandlingsplaner upprättas enligt de intervjuade i hög grad för patienterna inom alla sektioner. Detta är dock inte självklart samma sak som att behandlingsplanerna också innehåller tydliga mål med behandlingen.

Arbetet med att säkerställa att förekomst av minderåriga barn blir känt bedöms som ändamålsenligt men kan ytterligare stärkas genom att i journalsystemen införa tvingande fält där denna uppgift ska uppges.

Genomgående framkommer i denna undersökning att väntetiderna till de granskade verksamheterna är korta. I enstaka fall har längre väntetider identifierats vid journalgranskningen. De längre väntetiderna har kunnat förklaras med tex. att patienten uteblivit från ett planerat besök.

Inom BCS och således även vid de granskade sektionerna saknas idag ett sammanhängande ledningssystem enligt föreskriften. Flera av de områden och rutiner som bör ingå i ett ledningssystem finns dock. Nedan redovisas de som framkommit.

- Bemötandefrågor
- Riskhantering
- Avvikelsehantering
- Metoder för diagnostik, vård och behandling
- Kompetens (till viss del)

Inom BCS finns sedan en tid ett gemensamt avvikelsehanteringssystem kallat Händelsevis. Systemet är IT-baserat och åtkomligt på mottagningar/avdelningar via intranätet. Det är väsentliga delar i ledningssystemet som på detta sätt implementerats och gjorts lättillgängliga för medarbetarna. Det som ännu saknas är vissa av rutinerna och att rutinbeskrivningarna finns presenterade i ett sammanhängande system – ledningssystemet. Förutsättningarna för att åstadkomma detta påverkas för BCS del i hög grad av SLSO:s¹ och landstingets övergripande hantering av och stöd avseende ledningssystemet. I denna beställarrevison har dock enbart förhållandena inom BCS undersökts.

Inom Maria Beroendecentrum finns ett samlat ledningssystem som beaktar samtliga de områden som Socialstyrelsens föreskrift (2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet tar upp. Maria Beroendecentrum har blivit certifierade enligt standarden ISO 9001.

Implementeringsprocessen

BCS

Den samlade bedömningen som framkommer i denna beställarrevison är att arbetet med vårdprogramimplementering i huvudsak tycks ha genomförts på ett tillfredsställande sätt. En del av vårdprogrammen har dock inte adresserat vissa enheters verksamhet, främst inom den länsgemensamma slutna vården.

¹ SLSO står för Stockholms Läns SjukvårdsOmråde i vilket BCS ingår som en av många verksamheter.

Det har inte framkommit att någon klinikgemensam struktur använts för det lokala arbetet. Det har förekommit att analyser har gjorts av befintliga rutiner/arbetsätt i syfte att identifiera förändringsbehov. Detta tillvägagångssätt har dock inte tillämpats generellt.

När det gäller implementeringen av vårdprogram har programmet för suicidnära patienter upplevts som svårast att implementera. En iakttagelse från beställarrevisjonen är att arbetet med att utveckla riktlinjer och rutiner i enlighet med vårdprogram och föreskrift i vissa fall kommit i gång ganska sent d.v.s. långt efter det att programmen fastställdes. Vårdprogrammen är gällande enligt följande:

- Vård av suicidnära patienter 2002
- Alkoholproblem 2003 / 2007 (ny version)
- Läkemedelsberoende 2004
- Föreskriften om underhållsbehandling vid opiatberoende 2004

I beställarrevisjonen har framkommit exempel på att uppföljning skett på kliniknivå av vissa delar av vårdprogram. Även vid några sektioner och i samband med beställaruppföljning framkommer exempel på uppföljning av delar av vårdprogram. En generell iakttagelse är trots det att det knappast förekommer någon systematisk uppföljning inom sektionerna av tillämpningen av vårdprogram och föreskrift.

MBAB

Den samlade bedömningen som framkommer i denna beställarrevisjon är att arbetet med vårdprogramsimplicering tycks ha genomförts på ett tillfredsställande sätt. Inom Maria Beroendecentrum kom implementeringsprocessen i gång tidigt. Implementeringen har genomförts på ett sammanhållet sätt inom kliniken.

Uppföljningen av vårdprogrammen är integrerad i Maria Beroendecentrums ledningssystem. ISO-certifieringen medför att såväl externa som interna revisioner ska genomföras.

Tillämpning av vårdprogrammet Alkoholproblem

De riktlinjer som finns i vårdprogrammet angående användning av läkemedel och som har berörts i denna granskning bedöms efterlevas i hög grad vid samtliga granskade sektioner.

Tveklöst har i denna journalgranskning framkommit betydande avsteg från det som anges i vårdprogrammet beträffande användning av ASI². Det är dock oklart vilken betydelse detta har. Skälet till denna oklarhet ligger i att beställaren har olika krav kring användning av ASI med de två vårdgivarna, där kravet finns för MBAB men inte för BCS. Dessutom framstår det inte som att det idag råder en professionell konsensus kring nyttan av att använda detta verktyg i relation till den tidsinsats som krävs.

När det gäller förekomsten av behandlingsmål i granskade journaler framkom relativt stora skillnader dels mellan sektioner, dels inom sektionerna. På sektionsnivå varierade utfallet mellan 65-88 %.

² ASI – Addiction Severity Index, är en systematisk intervjumetod för klienter med missbruksproblem

Utfallet i journalgranskningen indikerar att det inom beroendevården sammantaget finns en potential att öka förekomsten av tydligt och individuellt angivna behandlingsmål för alkoholberoende patienter. Detta gäller i något högre grad inom BCS än inom MBAB.

De program om kemiska markörer, stöd till barn och anhöriga samt bedömning av suicidalitet för alkoholberoende som ska finnas enligt vårdprogrammet om alkoholproblem finns på kliniknivå.

Sammantaget bedöms de granskade verksamheterna i hög grad, men inte fullständigt, efterleva vårdprogrammet Alkoholproblem.

Tillämpning av vårdprogrammet Läkemedelsberoende

Av de mottagningar/avdelningar som ingår i denna beställarrevison har långt ifrån alla läkemedelsberoende patienter. Inom MBAB erhåller denna patientgrupp uteslutande sin vård vid vårdgivarens läns-gemensamma enhet. Inom BCS finns den läns-gemensamma TUB-mottagningen³ som är en specialistmottagning för läkemedelsberoende patienter. Här finns ca 300 aktiva patienter. Denna mottagning, d.v.s. den mest specialiserade avseende läkemedelpatienter, ingår inte i beställarrevisonen.

Enligt vad som framkom i journalgranskningen har de läkemedelsberoende patienterna i hög grad utsedd kontaktperson/behandlare. Det är endast inom en sektion där det finns en betydande andel patienter som inte har en utsedd och namngiven kontaktperson/behandlare.

Även om antalet granskade journaler är relativt litet så indikerar utfallet att patienterna vid de mottagningar/avdelningar som har denna patientgrupp i hög grad också har behandlingsmål och att dessa också diskuteras med patienten.

Den samlade bedömningen är att de behandlingar som ges till läkemedelsberoende patienter i hög grad är ”integrerade” i enlighet med vårdprogrammet och att TUB-modellen används i hög grad.

I de granskade journalerna har det i varierande grad framkommit att det finns upprättade vårdplaner i samverkan. Det är långt ifrån självklart vad som i detta fall är ett bra utfall. Vi har i dessa journaler fångat den dokumenterade samverkan. Detta innebär att samverkan defacto kan ha skett muntligt. Det kan även finnas goda skäl till att inte samverka och upprätta skriftlig vårdplan om detta. Vi kan dock på grundval av granskningen konstatera att vårdplaner i samverkan inte upprättats genomgående. Beställaren och utförarna bör i framtiden tillsammans precisera kraven på denna typ av vårdplaner. Det som behöver klargöras är i vilka fall det är särskilt viktigt att vårdplaner upprättas i samverkan.

Sammantaget bedöms de granskade verksamheterna i hög grad, men inte fullständigt, efterleva vårdprogrammet Läkemedelsberoende.

Tillämpning av föreskriften om Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende, SOSFS 2004:8

³ TUB-mottagningen är en mottagning inom BCS som erbjuder behandling enligt den s.k. TUB-modellen. Behandlingen innebär en långsam, poliklinisk nedtrappning av beroendeframkallande läkemedel. Nedtrappningen sker enligt ett individuellt anpassat nedtrappningsschema.

Klinikgemensamma rutiner finns, är kända och tillämpas i hög grad inom de granskade sektionerna som vårdar denna typ av patienter. Den samlade bilden är att föreskriften tillämpas i mycket hög grad vid de granskade enheterna.

Tillämpning av vårdprogrammet Vård av suicidnära patienter

Sammantaget är bedömningen att tillämpningen av vårdprogrammet för suicidnära patienter kan utvecklas. Enligt vårdprogrammet är det angeläget att uppgifter om aktuell och tidigare suicidalitet är lättillgängliga i journalen. Granskningen ger vid handen att dokumentationen i journalerna kring detta, främst vid de granskade sektionerna inom BCS, kan utvecklas. Stora variationer har framkommit mellan olika mottagningar/avdelningar inom BCS. Det presenterade utfallet motsäger inte att denna typ av frågor ställs till patienter och heller inte att läkare tolkar och värderar suicidrisken. Utfallet belyser dock att dokumentationen av detta i journalen kan förbättras.

Genomgående visar granskningen att systematiska suicidriskbedömningar görs i de fall patienter bedöms vara suicidnära.

Påtagliga skillnader finns mellan de två vårdgivarna avseende i vilken grad det i journalerna framgår att viktiga frågor ställts utifrån suicidprogrammet. Det finns skillnader mellan vårdgivarnas journalsystem. I MBAB:s journalsystem finns rubriker/sökbegrepp i journalsystemet som stöd till läkarna att komma ihåg att föra in dessa uppgifter i journalen. Ett liknande stöd finns inte i journalsystemet inom BCS. Det är troligt att skillnaden mellan de två vårdgivarna i hög grad kan förklaras av detta.

Skillnader mellan kvinnor och män

Kvinnor och män

Sammantaget är bedömningen att det för huvuddelen av de undersökta frågorna föreligger små eller inga skillnader mellan könen. I följande fyra fall indikerar dock materialet skillnader:

- De kvinnliga läkemedelsberoende patienterna har i högre grad än männen i detta urval haft en utsedd kontaktperson på mottagningen/avdelningen.
- Behandlingsmål som diskuterats med patienten har i klart högre grad framkommit för kvinnor än för män (83% mot 55%) med läkemedelsberoende i de granskade journalerna.
- De granskade journalerna för män innehåller i något högre grad uppgift om både att uppföljning skett av underhållsbehandlingen och av drogfrihet. Detta gäller patienter som har läkemedelsassisterad underhållsbehandling för opiatberoende.
- För patienter som har läkemedelsassisterad underhållsbehandling för opiatberoende har det i något högre grad för män framgått att uppföljning skett av om patienten har egen bostad och sysselsättning.

Vi menar att det i dessa fall är svårt att se annat än att utfallet borde vara lika för män och kvinnor. Resultaten kan indikera behov av att i verksamheten diskutera orsaker till dessa skillnader i syfte att jämna ut dem.

Goda exempel och förslag på indikatorer

Ett flertal goda exempel från de granskade verksamheterna beskrivs i kapitel 5. Förslag på indikatorer att använda i strategisk uppföljning ges i kapitel 6.

Förslag

- Begreppet *vårdplan* bör användas i de sammanhang insatser från flera aktörer kring en patient beskrivs. När den egna mottagningens/avdelningens behandlingsinsatser, mål etc. avses bör begreppet *behandlingsplan* användas.
- Ett komplett ledningssystem med rutiner för samtliga områden och som omfattar alla mottagningar/avdelningar bör införas inom BCS. Arbetet måste ha en koppling till (och förutsätter agerande från) SLSO och det ledningssystem som skapas på denna nivå.
- Vårdgivarna bör generellt sett i högre grad ange tydliga mål för behandlingen av sina alkoholberoende patienter.
- Beställaren bör tillsammans med utförarna precisera för vilka patientgrupper/i vilka situationer det är särskilt angeläget att samverkan dokumenteras i en gemensam vårdplan med samverkansparter. Först då är det möjligt att följa upp om gemensamma vårdplaner upprättas i önskvärd omfattning.
- Det bör införas tvingande fält i journalsystemet för att säkerställa att följande uppgifter dokumenteras i journalen:
 - Förekomst av minderåriga barn
 - Behandlingsmål för samtliga patienter
 - Att suicidtankar/suicidplaner efterfrågats och att detta tolkats/värderats vid första kontakt på respektive avdelning / mottagning i samband med aktuell vårdepisod
 - Tidigare suicidförsök
- En uppföljning bör införas av i vilken grad uppställda behandlingsmål infrias.
- Nästa version av vårdprogrammet Alkoholproblem bör föregås av en diskussion i professionen om nyttan av att använda ASI inom beroendevården. Hänsyn bör i detta sammanhang tas till att ASI idag i hög grad används inom kommunernas socialtjänst för behovsbedömning men i begränsad grad för uppföljning.
- Beställaren bör sträva efter att komma ifrån de olikheter som idag råder i avtalen med BCS och MBAB avseende krav på att göra ASI-skattning.
- BCS bör se över hur dokumentationen av undersökta uppgifter avseende suicidbenägenhet och tidigare suicidförsök sker i journalen. Uppgifterna bör i ökad grad kunna framgå om journalsystemet utvecklas och ger ett bättre stöd för att uppgifterna denna typ av uppgifter.
- Beställaren bör i uppföljningen ta del av utförarnas internkontrollsystem avseende vårdprogramstillämpning.

Sammanfattning	2
1 Inledning	9
1.1 Bakgrund	9
1.2 Syfte och avgränsning	9
1.3 Metod och genomförande.....	10
1.4 Kvalitetssäkring av uppdraget.....	11
1.5 Rapportens disposition.....	12
2 Verksamheterna som omfattats av denna beställarrevison	12
2.1 Beroendecentrum Stockholm.....	12
2.2 Maria Beroendecentrum AB.....	14
3 Slutsatser från de sektionsvisa rapporterna	14
3.1 Övergripande frågor	15
3.2 Implementeringsprocessen.....	16
3.3 Tillämpning av vårdprogrammet Alkoholproblem.....	18
3.4 Tillämpning av vårdprogrammet Läkemedelsberoende	20
3.5 Tillämpning av föreskriften om Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende, SOSFS 2004:8.....	23
3.6 Tillämpning av vårdprogrammet Vård av suicidnära patienter	24
4 Skillnader mellan kvinnor och män	29
4.1 Kvinnor och män.....	29
5 Goda exempel	31
5.1 Yrkespecifika riktlinjer, s.k. ”Rosa elefanter”	31
5.2 Samlokalisering med socialtjänst.....	32
5.3 Gemensam mall för dokumentation av samordnad vårdplan	32
5.4 Implementering av vårdprogram tillsammans med socialtjänsten.....	32
5.5 Systematisering och användning av journaluppgifter.....	32
6 Förslag till nya uppföljningsparametrar	33
7 Konsulternas reflexioner över detta projekt	34
Bilaga 1 Indikatorer journalgranskning	36
Bilaga 2 Viktiga delar i SOSFS 2005:12, Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet	40
Bilaga 3 Diagrambilaga Kvinnor/Män	41

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Beställarrevisjonen är en del av planen för strategisk leverantörsanalys som hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning utarbetat. Förvaltningen har genomfört ett omfattande förberedelsearbete inför genomförandet av beställarrevisjonen. Resultatet av detta har beskrivits i dokumentet Beställarrevisionsplan – Öppen och sluten läns gemensam och öppen lokal specialiserad beroendevård, daterat 2007-05-04. Beställarrevisjoner på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden ska enligt beställarrevisionsplanen:

- bidra till förbättrad beställarstyrning
- ge underlag till kunskapsbaserade vårdval
- stödja vårdleverantörernas utvecklingsarbete
- öka den demokratiska insynen.

Beställarrevisjonen innebär en kartläggning av hur implementering och tillämpning av vårdprogram inom den specialiserade beroendevården ser ut i Stockholms län. Resultaten ska leda till att förbättringsområden identifieras för respektive sektion. Större olikheter mellan enheter lyfts fram. Eventuella skillnader i hur kvinnor och män får sin vård beskrivs. ”Goda exempel”, som kan sprida erfarenheter till andra samt framtagande av fortsatta uppföljningsparametrar för strategisk uppföljning, identifieras.

Följande vårdprogram är aktuella:

- Läkemedelsberoende
- Alkoholproblem
- Vård av suicidnära patienter

På motsvarande sätt undersöks implementering och tillämpning av Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2004:8, Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende.

1.2 Syfte och avgränsning

Syftet med revisionen är att belysa implementeringen och tillämpningen av valda regionala vårdprogram och dess effekter för patienten samt att bidra till förbättringar.

Revisionen ska också bidra till att svara på frågan om:

- SLL har en kunskapsbaserad och ändamålsenlig specialiserad hälso- och sjukvård i länet avseende vuxna med beroendeproblematik/diagnos
- Vårdplanering sker enligt gällande författningar i samverkan med andra aktörer

Revisionen ska även bidra till att en/flera indikator/er utvecklas för kommande uppföljningar.

Beställarrevisjonen omfattar endast den specialiserade beroendevården för vuxna, d.v.s. för personer över 18 år. Revisionen omfattar heller inte första linjens beroendevård som bedrivs av primärvården. Revisionen har omfattat de mottagningar och avdelningar inom Beroendecentrum Stockholm (BCS) och Maria Beroendecentrum AB (MBAB) som beställaren definierat i sin beställning.

När det gäller kvalitetsindikatorer och journalgranskning görs ett viktigt förtydligande. Rekommendationerna i vårdprogrammen är evidensbaserade utifrån flera och breda studier. Det antas därför att vårdprogrammets rekommendationer har positiva effekter på vården och leder till en vård av god kvalitet. Föreliggande undersökning ger inga möjligheter att relatera patientstatus med användningen av antagna vårdprogram. I första hand har kvalitetsindikatorer med tydlig karaktär av processkvalitet, och med koppling till vårdprogrammen, använts. I enlighet med antagandet ovan indikerar således en hög efterlevnad av givna rekommendationer (som vi försökt fånga via bl.a. genomförd journalgranskning) att vården är kunskapsbaserad och av god kvalitet.

Ovan framkommer att beställarrevisorer bl.a. ska ge underlag till kunskapsbaserade vårdval. Om man tolkar uttrycket ”*ge underlag till kunskapsbaserade vårdval*” som patienters val av vårdenhet behöver ytterligare en avgränsning göras. Ernst & Youngs bidrag till kunskapsbaserade vårdval genom detta uppdrag är begränsat. Den metod som används för intervjuer, vårdprogramstillämpning och journalgranskning ger exempel på och indikationer på förhållanden som skiljer mellan de granskade verksamheterna. Generaliserbarheten utifrån det begränsade urval som är möjligt i detta uppdrag är begränsad. Detta begränsar i sin tur i vilken grad det som framkommer i detta arbete, som enda underlag, bör användas för kunskapsbaserade vårdval.

1.3 Metod och genomförande

Utifrån berörda vårdprogram och föreskrift har frågor formulerats. Dessa har diskuterats och stämts av med anlitade beroendespecialister från Beroendecentrum i Örebro läns landsting och med beställaren. Frågorna har legat till grund för genomförda intervjuer och för journalgranskning.

Enskilda intervjuer har genomförts med samtliga sektionschefer medan chefer på avdelnings-/mottagningsnivå (chefssjuksköterskor) har intervjuats i grupp – sektionsvis.

Den aktuella sektionsindelningen och vilka mottagningar/avdelningar som ingått i denna beställarrevison framgår avsnitt 2.

Chefssjuksköterskor har dessutom besvarat en enkät. Enkäten innehöll ett antal frågor av allmän karaktär samt frågor som specifikt rör de vårdprogram och den föreskrift som denna revision omfattar. Syftet med enkäten var att få en övergripande bild av chefssjuksköterskornas uppfattning om ett antal förhållanden vid deras respektive mottagning/avdelning. Enkätfrågorna har av de svarande tolkats på lite olika sätt varför en ren sammanställning av svaren inte låter sig göras, vilket inte heller varit avsikten. Enkäterna har tillställts sektionscheferna som haft möjlighet att kommentera svaren. Enkäterna har endast i begränsad omfattning använts som underlag i denna rapport.

Även en journalgranskning har genomförts på varje enhet där frågor ställts kring ovan nämnda vårdprogram och föreskrift. Vi har i journalgranskningen efterfrågat sex journaler per avdelning/mottagning och vårdprogram/föreskrift enligt nedan.

- Alkoholberoende patienter
- Läkemedelsberoende patienter
- Patienter som har läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende

För var och en av de journaler som granskats enligt ovan har även frågor ställts utifrån suicidprogrammet.

Journalgranskningen har inom BCS genomförts vid respektive avdelning/mottagning. Vi har ställt frågor som besvarats av en läkare verksam vid respektive avdelning/mottagning. Således har vi enligt denna modell för journalgranskning använt de svar på frågorna som erhållits via läkarna. Som konsulter har vi inte haft direkt tillgång till den information som legat som grund för att besvara frågorna. Denna modell för journalgranskning har givits med uppdraget. Journalgranskningen inom MBAB har skett på motsvarande sätt med undantag för att den fysiskt genomförts på en plats. Detta har varit möjligt genom att vårdgivaren via sitt mer utvecklade digitala journalsystem har god åtkomst till aktuella uppgifter.

Frågorna som använts i journalgranskningen finns i sin helhet återgivna i bilaga 1. I denna bilaga framgår också de kriterier som använts för att välja ut journaler.

Totalt har 435 journaler granskats. Av dessa avser 220 patienter med huvuddiagnos alkoholberoende, 63 avser patienter med huvuddiagnos läkemedelsberoende och 94 stycken rör patienter som har läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende. För 40 journaler från akuten/intaget vid både BCS och MBAB har endast frågor utifrån suicidprogrammet ställts p.g.a. att frågorna utifrån huvuddiagnosen läkemedelsberoende eller opiatberoende inte har varit aktuella. Ytterligare 18 journaler avseende två slutenvårdsavdelningar inom BCS har endast granskats utifrån suicidprogrammet då övriga program ej var aktuella på dessa avdelningar utgående ifrån deras patientgrupper. De frågor som varit aktuella utifrån det länsgemensamma vårdprogrammet avseende suicidnära patienter har ställts till samtliga 435 journaler.

Preliminära resultat och slutsatser har vid ett tillfälle i slutet av januari presenterats för de granskade verksamheterna. Genomförd enkät har kvalitetssäkrats genom att de enkäter som chefssjuksköterskorna besvarat har tillställts respektive sektionschef för kommentarer. En preliminär version av varje sektionsrapport har delgivits respektive sektionschef och verksamhetscheferna för sakgranskning och övriga synpunkter. Först därefter har slutliga sektionsrapporter skrivits. Huvudrapporten har tillställts berörda verksamhetschefer inom BCS och MBAB och beställaren innan den slutgiltiga huvudrapporten skrivits.

1.4 Kvalitetssäkring av uppdraget

Uppdraget har ur medicinsk synvinkel kvalitetssäkrats av anlitate medicinska underkonsulter. Följande specialistläkare, samtliga från Beroendecentrum i Örebro läns landsting, har utifrån var sitt sakområde följt arbetet:

- Göran Löfstedt, läkemedelsberoende (chefläkare och samordnare för läkarkonsulterna)
- Edy Welander, alkoholberoende
- Sten Engdahl, föreskriften om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende
- Fides Schuckher, suicidnära patienter

De frågor som ställts i bl.a. journalgranskningen har diskuterats och stämts av med läkarna.

Utkast till sektionsrapporter och huvudrapport har också tillställts läkarna för att säkerställa innehållet ur medicinsk synvinkel.

Den interna arbetsfördelningen i teamet har i realiteten löpande inneburit en kvalitetssäkring. Besöken på enheterna har gjorts av Ernst & Youngs konsulter på egen hand. Uppdraget har dessutom kvalitetssäkrats inom Ernst & Young genom en erfaren utredare som inte deltar i arbetet, men ger synpunkter på metod och slutrapport.

1.5 Rapportens disposition

- Rapporten inleds med en kort beskrivning av BCS och MBAB samt en beskrivning av vilka verksamheter som omfattats av denna beställarrevison.
- Därefter följer en sammanfattning av vad som framkommit i de sektionsvisa rapporterna.
- I det följande avsnittet redovisas utfall och analys av vad som framkommit i journalgranskningen avseende skillnader mellan kvinnor och män. Detta sker på länsnivå pga. de begränsade urvalen.
- Påföljande avsnitt tar upp goda exempel som framkommit och kan användas på fler håll.
- Därefter redovisas förslag till nya uppföljningsparametrar/indikatorer att användas i relationen mellan beroendevården och beställaren.
- Rapporten avslutas med konsulternas reflexioner över detta projekt.

2 Verksamheterna som omfattats av denna beställarrevison

2.1 Beroendecentrum Stockholm

Beroendecentrum Stockholm ansvarar för den specialiserade beroendevården i Stockholms läns landstings regi. Kliniken bedriver också tvångsvård enligt LVM (lag om vård av missbrukare i vissa fall) och LPT (lag om psykiatrisk tvångsvård). Kliniken har 27 öppenvårdsmottagningar i länet, från Sigtuna/Märsta i norr till Södertälje i söder. Beroendecentrum Stockholm har också sjukhusbaserad slutenvård för tillnyktring, krisomhändertagande, abstinensbehandling och utredning.

Öppenvårdsmottagningarna erbjuder bl.a. poliklinisk avgiftning, abstinensbehandling, motivationshöjande samtal, provtagningar och läkemedelsbehandling till personer med alkohol, narkotika och/eller läkemedelsproblem. Vissa av mottagningar tar också emot ungdomar. Om mottagningen inte har verksamhet för ungdomar så hänvisas dessa till Maria ungdom. Majoriteten av Beroendecentrum Stockholms öppenvårdsmottagningar sitter samlokaliserade med socialtjänsten. I beställarrevison har samtliga 27 öppenvårdsmottagningar granskats.

Den sjukhusbaserade slutenvården är uppdelad på akut- och slutenvård. På Beroendeakuten Stockholm görs akuta bedömningar och omhändertagande ges dygnet runt. Till akuten hör också avd 7, en slutenvårdsavdelning för missbruksproblematik. Avdelningen är en

intagningsavdelning där patienter som söker akut läggs in p.g.a. medicinsk/psykiatrisk riskprofil, LPT-vård eller att öppenvården önskar inläggning inför en planerad och vid inläggningen bestämd eftervård. Klinikens tre slutenvårdsavdelningar, avd 54, avd M43 och avd 110, är uppdelade på olika beroendeproblematik. Vid enheten Lövstalund kan också förlängd avgiftning erbjudas samt viss utredning. I beställarrevisionen har samtliga slutenvårdsavdelningar (även Lövstalund) samt beroendeakuten och avd 7 granskats.

Utöver öppenvårdsmottagningarna och slutenvårdsavdelningarna har kliniken åtta verksamheter med specialinriktning:

- EWA-mottagningen. För kvinnor med barn under 20 år och som har alkoholproblem.
- Familjesociala mottagningen.
- Familjeterapicentrum. Ett nätverk inom BCS med utbildning i systemteoretisk familjeterapi som kan erbjuda terapi och handledning.
- Hållpunkten – för hemlösa. Beroendemottagning för hemlösa.
- Magnus Huss-mottagningen. Mottagning för personer med alkohol- eller amfetaminberoende. Mottagningen är också inriktad på forskning och utveckling av nya behandlingsmetoder.
- Psykoterapiteamet. Bedriver gruppanalytisk psykoterapi.
- TOLVAN Haninge. 12-stegsbehandling för alkohol- eller drogberoende.
- TUB-mottagningen. Mottagningen vänder sig till personer som har ett beroende och / eller missbrukar lugnande medel, sömnmedel eller smärtstillande medel.

Utöver de åtta verksamheterna finns också en metadonsektion. I den ingår Metadonteam, Subutexteam samt enheter för forskning, laboratorieverksamhet med mera.

Varken Metadonsektionen, TUB-mottagningen eller de övriga verksamheterna med specialinriktning har ingått i denna beställarrevision.

Inom kliniken bedrivs även olika behandlingsprojekt, förebyggande arbete, anhörigutbildningar samt forskning, utbildning och utveckling inom beroendevård.

Beroendecentrum Stockholm förkortas ofta i rapporten BCS.

Följande sektioner och avdelningar/mottagningar ingår i beställarrevisionen:

- *Vår sektionsbenämning:* Länsgemensamma enheter 1 (BCS)⁴
 - *Avdelningar/mottagningar:* Akutmottagningen, Intaget (avd 7), avd M43
- *Vår sektionsbenämning:* Länsgemensamma enheter 2 (BCS)⁵
 - *Avdelningar:* Avd 110, Avd 54, Lövstalund
- *Vår sektionsbenämning:* Norra länet (BCS)
 - *Mottagningar:* Täby, Danderyd, Vaxholm, Lidingö, Upplands Bro, Järfälla, Sigtuna, Solna-Sundbyberg, Sollentuna, Upplands Väsby, Åkersberga, Vallentuna

⁴ Avdelningar / mottagningar ur akutsektionen och Magnus Huss-sektionen ingår under denna beteckning.

⁵ Sektionen heter akutslutenvårdssektionen

- *Vår sektionsbenämning:* Norra Stockholms stad (BCS)⁶
 - *Mottagningar:* Kungsholmen, Norra mottagningen, Östermalm, Bromma, Hässelby, All-teamet Tensta och Rinkeby/Kista
- *Vår sektionsbenämning:* Södra länet (BCS)
 - *Mottagningar:* Tyresö, Södertälje, Nynäshamn, Huddinge, Haninge⁷, Botkyrka/Alby, Skärholmen och Liljeholmen

2.2 Maria Beroendecentrum AB

Maria Beroendecentrum bedriver frivillig, specialiserad beroendevård för vuxna från 18 år. Alla inom Stockholms Läns Landsting kan söka vård hos dem. Maria Beroendecentrum AB driver fyra lokala mottagningar, Gullmarsplan, Nacka, Södermalm och Värmdö.

Inom Maria Beroendecentrum AB finns det länsgemensam öppenvård med tre inriktningar, alkohol-, narkotika- och opiatberoende. Öppenvården erbjuder bl.a. rådgivning och behandling, underhållsbehandling, avgiftning i öppenvård och provtagning. De fyra lokala mottagningarna ligger organisatoriskt under Öppenvården alkohol och de erbjuder bl.a. motivationsamtal, öppenvårdsprogram, stöd till anhöriga, utredning, medicinsk och psykiatrisk bedömning. Ungdomar under 18 år hänvisas till Maria Ungdom. Vissa av de lokala mottagningarna sitter samlokaliserade med socialtjänsten. I vår granskning har samtliga av de ovan nämnda verksamheter granskats.

Maria Beroendecentrum AB har akutverksamhet dit personer med akuta missbruks- eller beroendeproblem kan vända sig. Vid behov av akut behandling kan en patient erbjudas inläggning på en intagningsavdelning. De har också en slutenvårdsavdelning som bedriver heldygnsvård för akut och planerad avgiftning vid narkotika-, alkohol- och/eller läkemedelsberoende. I denna beställarrevison har akuten, intagningsavdelningen samt slutenvårdsavdelningen granskats.

Maria Beroendecentrum AB har också körkortsmottagning. Det bedrivs också olika projekt och utbildningar inom beroendevård.

Maria Beroendecentrum AB förkortas ofta i rapporten MBAB.

Följande sektioner och avdelningar/mottagningar ingår i beställarrevison:

- *Vår sektionsbenämning:* Länsgemensamma enheter (MBAB)
 - *Avdelningar/mottagningar:* Akutmottagningen, Intaget, Slutenvårdsavdelningen Alk/Nark, Öppenvården (alk, nark och opiat)
- *Vår sektionsbenämning:* Lokala mottagningar (MBAB)
 - *Mottagningar:* Gullmarsplan, Värmdö, Södermalm, Nacka

3 Slutsatser från de sektionsvisa rapporterna

I detta kapitel redovisas kortfattat de slutsatser som framkommer i de sektionsvisa rapporterna. För att få en komplett bakgrund till slutsatserna finns det anledning att ta del av sektionsrapporterna.

⁶ I diagrammen kallat Stockholm (BCS)

⁷ Öppenvårdsmottagningen i Huddinge har ej omfattats av journalgranskningen pga. läkarbrist.

3.1 Övergripande frågor

3.1.1 Samverkan

Att samverka i vården av beroendepatienter är av central betydelse framgår på många sätt i de aktuella vårdprogrammen. Vilka krav som ställs på dokumentation av samverkan varierar mellan vårdprogrammen. Längst sträcker sig kraven beträffande patienter som har vård enligt Socialstyrelsens föreskrift om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende. Här ska skriftliga vårdplaner upprättas i samverkan med kommunernas socialtjänst. Begreppet vårdplan definieras också i föreskriften som ”*plan som beskriver planerad hälso- och sjukvård och socialtjänst för en enskild patient*”. Detta kan anses förutsätta att planen upprättas i samverkan mellan sjukvården och socialtjänsten.

Vi har bl.a. i diskussioner med verksamheterna efterfrågat skriftliga vårdplaner som upprättats i samverkan med samarbetspartners. Varken i alkoholprogrammet eller i läkemedelsprogrammet (och inte heller i suicidprogrammet) ställs uttalade krav på skriftliga vårdplaner som upprättats i samverkan. Vi har ändå valt att fråga om förekomsten av skriftliga vårdplaner då det kan anses vara ett relevant sätt att på ett spårbart och entydigt sätt visa att och hur samverkan sker. Dessutom bör det underlätta för nytillkommande personer i det professionella nätverket kring patienten att enkelt få en bild av vem som gör vad kring patienten. Det går också att tolka avtalen med beställaren som att denna typ av skriftliga vårdplaner ska upprättas med vårdgrannar. Vad som är en rimlig nivå på förekomst av denna typ av vårdplaner är svårt att generellt ange. Det måste istället utgå ifrån behovet av samverkan för olika patientgrupper och ytterst varje enskild patients behov. I detta avseende bör beställaren tillsammans med utförarna precisera för vilka patientgrupper/i vilka situationer det är särskilt angeläget att denna form av dokumenterade samverkan sker.

Utöver detta finns förstås ett krav att ha en tydlig plan för varje mottagnings/avdelnings egna insatser för varje patient. Vi menar att begreppet vårdplan inte bör användas i detta sammanhang eftersom det redan är ”upptaget” och enligt socialstyrelsens föreskrifter ska beskriva insatser som flera aktörer gör kring patienten. Förslagsvis bör begreppet behandlingsplan användas eller annat begrepp som tydligt skiljer sig från begreppet vårdplan.

Tveklöst framkommer i denna beställarrevison att samverkan sker i hög grad med samverkanspartners vid samtliga sektioner där detta är relevant. Ett tydligt uttryck för detta är att flertalet lokala beroendemottagningar är samlokaliserade med kommunens socialtjänst. I någon mån framkommer att samverkan med allmänpsykiatri kan stärkas. En viktig förutsättning för en välfungerande samverkan har också skapats genom att en enhetlig mall nu finns framtagen för alla granskade verksamheter att användas för att dokumentera vårdplaner som upprättas i samverkan. Mer finns att läsa nedan om i vilken omfattning denna samverkan framgår i journaler.

3.1.2 Patientfokuserad vård

Individuella behandlingsplaner upprättas enligt de intervjuade i hög grad för patienterna inom alla sektioner. Detta är dock inte självklart samma sak som att behandlingsplanerna också innehåller tydliga mål med behandlingen. Detta har undersökts närmare i journalgranskningen.

Arbetet med att säkerställa att förekomst av minderåriga barn blir känt bedöms som ändamålsenligt men kan ytterligare stärkas genom att i journalsystemen införa tvingande fält där denna uppgift ska uppges. Inom MBAB har detta gjorts till ett sökord i journalsystemet. Härigenom finns i dag möjlighet att inom MBAB snabbt och enkelt kontrollera i vilken utsträckning uppgift om minderåriga barn dokumenteras.

3.1.3 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

I bilaga 2 redovisas kortfattat de krav som ställs på ett ledningssystem. För mer ingående information om detta hänvisas till Socialstyrelsens föreskrift 2005:12.

Inom BCS och således även vid de granskade sektionerna saknas idag ett sammanhängande ledningssystem enligt föreskriften. Flera av de områden och rutiner som bör ingå i ett ledningssystem finns dock. Nedan redovisas de som framkommit.

- Bemötandefrågor
- Riskhantering
- Avvikelsehantering
- Metoder för diagnostik, vård och behandling
- Kompetens (till viss del)

Inom BCS finns sedan en tid ett gemensamt avvikelsehanteringssystem kallat Händelsevis. Systemet är IT-baserat och åtkomligt på mottagningar/avdelningar via intranätet. Det är väsentliga delar i ledningssystemet som på detta sätt implementerats och gjorts lättillgängliga för medarbetarna. Det som ännu saknas är vissa av rutinerna och att rutinbeskrivningarna finns presenterade i ett sammanhängande system – ledningssystemet. Förutsättningarna för att åstadkomma detta hänger för BCS del i hög grad på SLSO⁸:s och landstingets övergripande hantering av och stöd avseende ledningssystemet. I denna beställarrevison har dock enbart förhållandena inom BCS undersökts.

Inom Maria Beroendecentrum finns ett samlat ledningssystem som beaktar samtliga områden som Socialstyrelsens föreskrift (2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet tar upp. Maria Beroendecentrum har blivit certifierade enligt standarden ISO 9001.

3.2 Implementeringsprocessen

3.2.1 Utgångspunkt

Beträffande vårdprogram gäller förhållandet, inom Stockholms läns landsting (SLL), att regionala vårdprogram tas fram av experter. Verksamhetscheferna har sedan förbundit sig att tillämpa vårdprogrammen inom sina ansvarsområden. De överenskommelser som tecknas mellan parterna tydliggör dessutom i skallkrav att för verksamheten aktuella vårdprogram och föreskrifter skall tillämpas. I förlängningen är syftet att en kunskapsbaserad vård skall tillhandahållas invånarna på lika villkor.

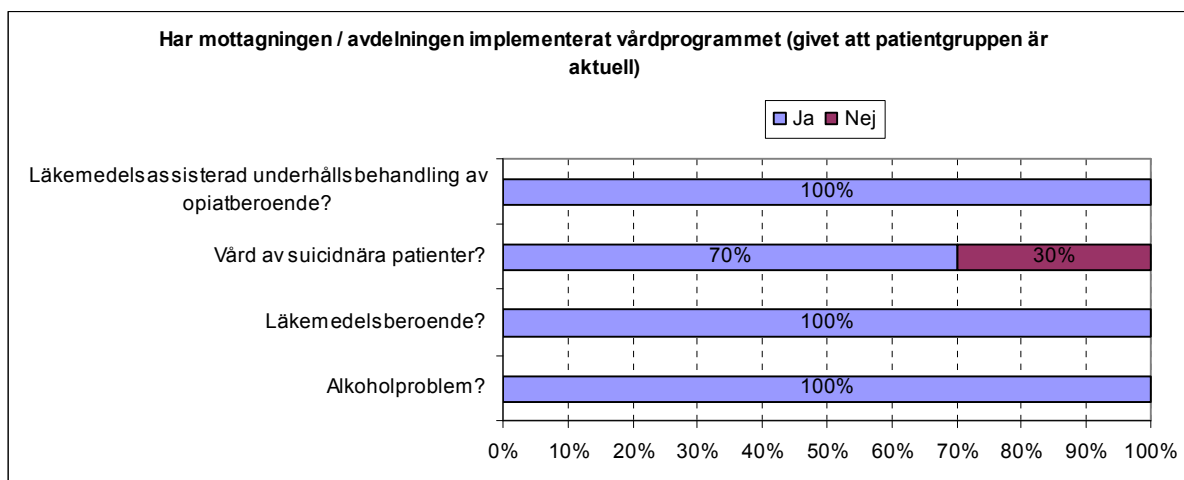
⁸ SLSO står för Stockholms Läns SjukvårdsOmråde i vilket BCS ingår som en av många verksamheter.

För att säkerställa att verksamheten i praktiken, vid varje tillfälle, agerar i enlighet med gällande vårprogram och föreskrifter krävs en styrning av både införandet av nya vårdprogram och av tillämpningen av dessa. Implementering av vårdprogram och föreskrift är därför i detta sammanhang en kritisk aktivitet. Viktiga förutsättningar för en väl fungerande implementering är bl.a. att:

- En strategi definieras för införandet
- Information ges till berörda
- En analys görs på enhetsnivå av vilka förändringskrav som följer av vårdprogram/föreskrift
- Förändringskraven omsätts i lokala vårdprogram, riktlinjer och rutiner
- Egenkontroll av tillämpningen görs

3.2.2 Egenbedömning av implementeringen

Diagrammet nedan visar chefsjuksköterskornas och sektionschefernas uppfattning om vilka av vårdprogrammen som implementerats på respektive mottagning/avdelning. Bilden avser samtliga granskade mottagningar/avdelningar inom BCS och MBAB som har de aktuella patientgrupperna.



Utifrån den bedömning som gjorts av chefsjuksköterskor och sektionschefer framgår att vårdprogrammet för suicidnära inte är implementerat vid samtliga enheter.

3.2.3 Implementering inom BCS

Den samlade bedömningen som framkommer i denna beställarrevison är att arbetet med vårdprogramsimplicering i huvudsak tycks ha genomförts på ett tillfredsställande sätt. En del av vårdprogrammen har dock inte adresserat vissa enheters verksamhet, främst inom den länsgemensamma slutna vården.

Tillvägagångssättet vid implementeringen har haft sektionsnivån som utgångspunkt. Det har inte framkommit att någon klinikgemensam struktur använts för det lokala arbetet. Uppdraget att implementera har därför legat på ansvariga på sektionsnivå. I vissa fall har arbetet inletts med att personalen har fått information om vårdprogrammen från personer som medverkat vid framtagandet av dem. I andra fall har arbetet påbörjats genom att man på egen hand inom sektionen har tagit upp och gått igenom programmen. Det har före-

kommit att analyser har gjorts av befintliga rutiner/arbetssätt i syfte att identifiera förändringsbehov. Detta tillvägagångssätt har dock inte tillämpats generellt.

När det gäller implementeringen av vårdprogram har programmet för suicidnära patienter upplevts som svårast att implementera. Dels anses programmet i första hand rikta sig till psykiatrin, dels är de förhållningssätt som programmet uttrycker integrerat i personalens yrkesroll. Det som har framkommit vid journalgranskningen är att suicidprogrammet inte i alla avseenden fått ett önskat genomslag i verksamheten.

En iakttagelse från beställarrevisjonen är att arbetet med att utveckla riktlinjer och rutiner i enlighet med vårdprogram och föreskrift i vissa fall kommit i gång ganska sent d.v.s. långt efter det att programmen fastställdes.

I beställarrevisjonen har framkommit exempel på att uppföljning skett på klinisknivå av vissa delar av vårdprogram. Sådana exempel är att det sker en månatlig central registrering av samtliga patienter med underhållsbehandling och den centrala bearbetning och uppföljning som sker av preliminärjournaldata. Även vid några sektioner och i samband med beställaruppföljning framkommer exempel på uppföljning av delar av vårdprogram. En generell iakttagelse är trots det att det knappast förekommer någon systematisk uppföljning inom sektionerna av tillämpningen av vårdprogram och föreskrift. En viktig del inom ramen för den interna styrningen och kontrollen är att, genom egenkontroll, följa upp hur väsentliga processer och rutiner faktiskt genomförs.

3.2.4 Implementering inom MBAB

Den samlade bedömningen som framkommer i denna beställarrevisjon är att arbetet med vårdprogramsimplicering tycks ha genomförts på ett tillfredsställande sätt.

Inom Maria Beroendecentrum kom implementeringsprocessen i gång tidigt. Implementeringen har genomförts på ett sammanhållet sätt inom kliniken. Den ISO-certifiering som genomförts inom Maria Beroendecentrum har i sig inneburit att processer och rutiner har gått igenom. En konsekvens av kvalitetssystemet är bl.a. att rutiner m.m. måste finnas dokumenterade och tillgängliga för alla berörda.

Kunskap om vårdprogrammen sprids i organisationen genom t.ex. interna utbildningar. Olika personalgrupper är i olika stort behov av utbildning, varför det finns två utbildningspaket – ett baspaket (nivå 1) som all ny personal får och ett påbyggnadspaket (nivå 2) som erbjuds vissa.

Uppföljningen av vårdprogrammen är integrerat i Maria Beroendecentrums ledningssystem. ISO-certifieringen medför att såväl externa som interna revisioner ska genomföras. Den senaste interngranskning som genomfördes syftade till att undersöka om riktlinjerna för vården av opiatberoende följdes. Detta följdes upp med hjälp av en journalgranskning.

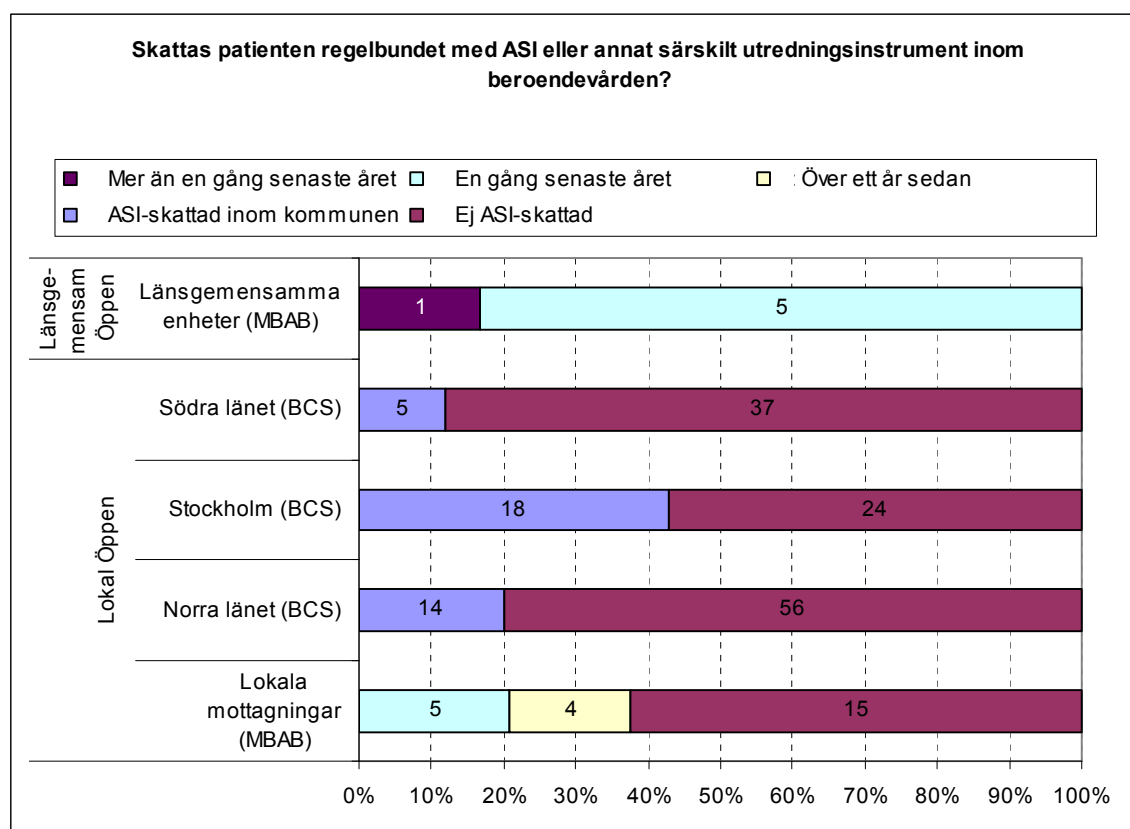
3.3 Tillämpning av vårdprogrammet Alkoholproblem

Med utgångspunkt i det regionala vårdprogrammet Alkoholproblem och i samråd med konsultläkare från Örebro läns landsting har ett antal frågor och indikatorer tagits fram. Dessa har använts för att undersöka verksamheternas tillämpning av programmet.

Vi har efterfrågat användandet av standardiserade screeningmetoder för tidig upptäckt av alkoholproblem. Frågan har sin utgångspunkt i det regionala alkoholprogrammet. Den vanliga situationen vid lokala mottagningar är att patienten redan är diagnostiserad och frågan rör ett ansvar som ligger i gränslandet mellan första linjens beroendevård (primärvården) och den specialiserade beroendevården. Vanligen hanteras denna typ av screening inom primärvården. I de fall screening är motiverad så sker det inom beroendevården tex. med användning av AUDIT-formulär och blodprover.

De riktlinjer som finns i vårdprogrammet angående användning av läkemedel och som har berörts i vår granskning bedöms efterlevas i hög grad vid samtliga granskade sektioner.

Enligt vårdprogrammet framgår att *det bör finnas möjlighet att hänvisa alkoholberoende patienter till specialistbedömning som lämpligen innefattar bedömning med någon systematisk metod, tex. ASI⁹*. Under rubriken strukturella kvalitetsindikatorer för specialiserad beroendevård tas följande indikator upp: *”Diagnostik och uppföljning sker systematiskt med särskilda utredningsinstrument, t.ex. ASI”*. I nedanstående figur framkommer att en skattning med ASI inom beroendevården sker i mycket begränsad utsträckning.

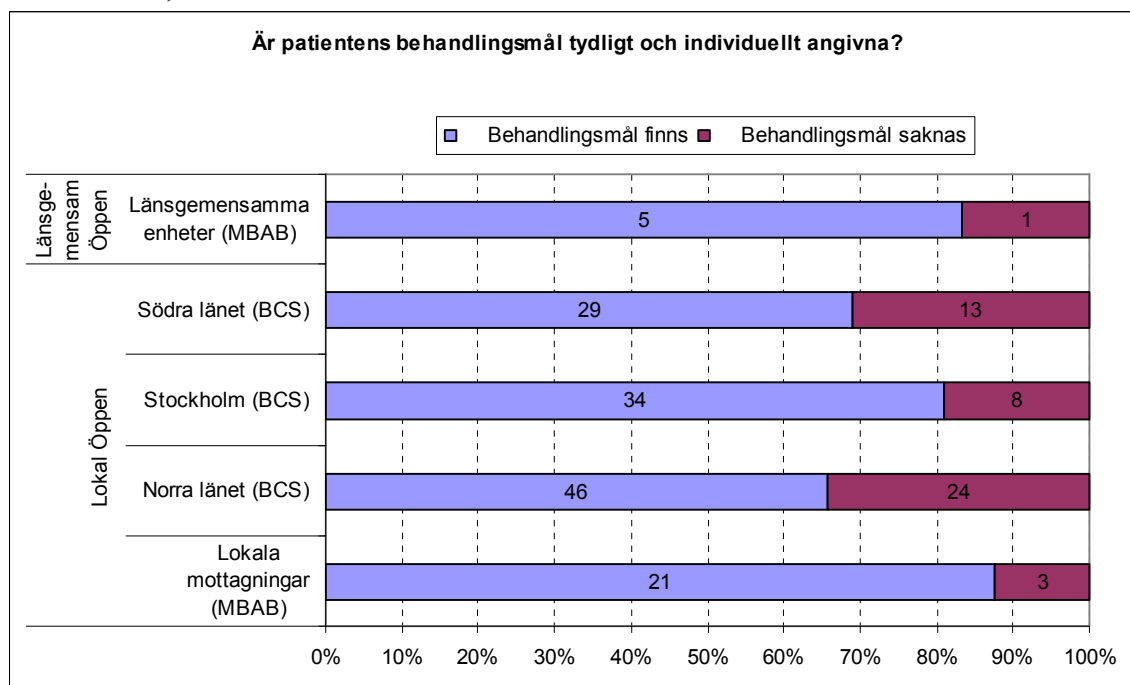


I viss utsträckning sker ASI-skattning vid de lokala öppenvårdsenheterna inom MBAB. I verksamheternas avtal med beställaren finns en skillnad. Enligt avtal/uppföljningsplan med MBAB ska verksamheten rapportera andel patienter som bedömts med hjälp av instrumentet ASI. Motsvarande bedömningar ingår inte i avtalet med BCS som istället ska

⁹ ASI- Addiction Severity Index, är en systematisk intervjuetod för klienter med missbruksproblem

rapportera i vilken omfattning funktionsbedömningar görs (GAF-skattningar). I det regionala vårdprogrammet anges användning av ASI-skattning (eller motsvarande) som ett mått på processkvalitet. Det förefaller idag inte råda konsensus kring nyttan av att använda ASI inom den specialiserade beroendevården. Tveklöst har i denna journalgranskning framkommit betydande avsteg från det som anges i vårdprogrammet beträffande ASI.

När det gäller förekomsten av behandlingsmål framkom relativt stora skillnader dels mellan sektioner, dels inom sektionerna. På sektionsnivå varierade utfallet mellan 65-88 %.



Utfallet indikerar att det inom beroendevården sammantaget finns en potential att öka förekomsten av tydligt och individuellt angivna behandlingsmål för alkoholberoende patienter. Variationerna är relativt stora mellan sektionerna och än större inom sektioner. Genomsnittligt finns i något högre grad tydligt och individuellt angivna behandlingsmål för alkoholberoende patienter vid de granskade sektionerna inom MBAB än BCS.

De program om kemiska markörer, stöd till barn och anhöriga samt bedömning av suicidalitet för alkoholberoende som ska finnas enligt vårdprogrammet om alkoholproblem finns på klinisk nivå.

Den samlade bilden är att väntetiden hos samtliga öppenvårdsmottagningar som deltagit i granskningen är låg avseende patienter med alkoholberoende.

Beträffande patienter som vårdats inläggande inom den slutna vården har efterfrågats om de har fått parenteralt thiamin. Det framgår genomgående av de granskade journalerna att så har skett.

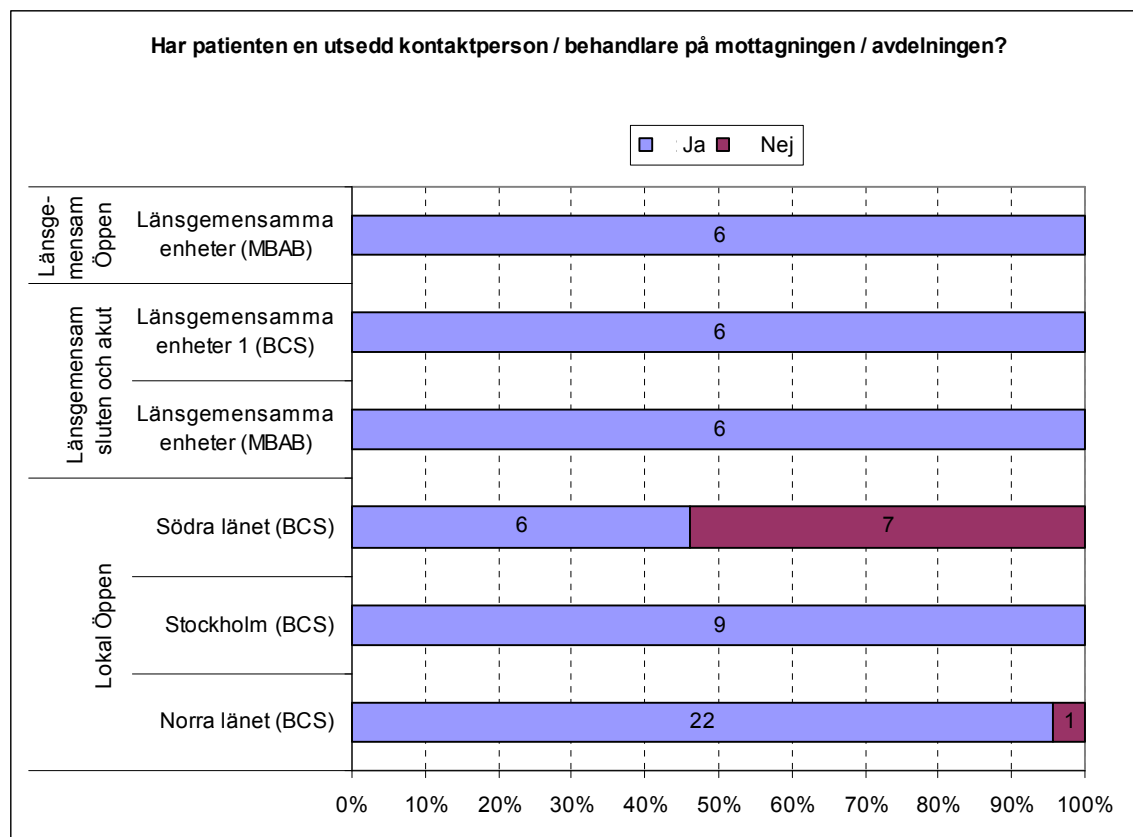
3.4 Tillämpning av vårdprogrammet Läkemedelsberoende

Av de mottagningar/avdelningar som ingår i denna beställarrevision har långt ifrån alla läkemedelsberoende patienter. Inom MBAB erhåller denna patientgrupp uteslutande sin

vård vid vårdgivarens länsgemensamma enhet. Inom BCS finns den länsgemensamma TUB-mottagningen som är en specialistmottagningen för läkemedelsberoende patienter. Här finns ca 300 aktiva patienter. Denna mottagning, dvs. den mest specialiserade avseende läkemedelpatienter, ingår inte i beställarrevisjonen.

De frågor som ingick i journalgranskningen avseende vårdprogrammet för läkemedelsberoende var i första hand aktuella i öppenvården samt de slutenvårdsavdelningar där patienten stannar en längre tid.

Enligt vad som framkom i journalgranskningen har de läkemedelsberoende patienterna i hög grad utsedd kontaktperson/behandlare. Det är endast inom en sektion där det finns en betydande andel patienter som inte har en utsedd och namngiven kontaktperson/behandlare, se diagrammet nedan.



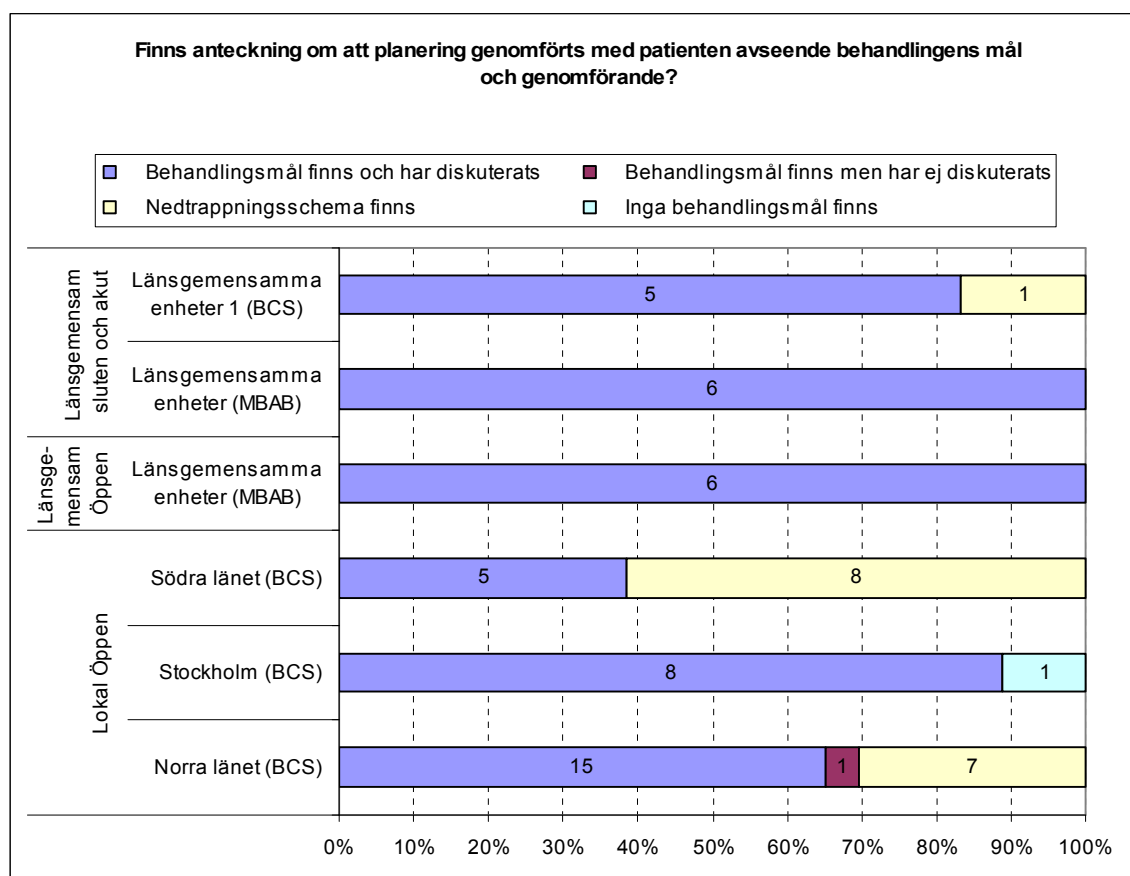
En relativt stor spridning återfinns avseende indikatorerna:

- om patienten har en skriftlig vårdplan upprättad
- om samverkan med vårdgrannar framgår och
- om orsak finns angiven då anteckning saknas angående vårdplan

Av det regionala vårdprogrammet för läkemedelsberoende framgår att samverkan inom sjukvården och i vårdkedjan bör vara naturlig. Vårdprogrammet ger dock i detta avseende ingen tydlig riktlinje. Vi har gjort tolkningen att samverkan är att betrakta som ett väsentligt inslag i vården och att en vårdplan bör upprättas i samverkan.

I de granskade journalerna har det i varierande grad framkommit att det finns upprättade vårdplaner i samverkan. Det är långt ifrån självklart vad som i detta fall är ett bra utfall. Vi har i dessa journaler fångat den dokumenterade samverkan. Detta innebär att samverkan defacto kan ha skett muntligt för de som i diagrammet ovan kodats som ”ingen vårdplan”. Det kan även finnas goda skäl till att inte samverka och således inte upprätta skriftlig vårdplan om detta. Vi kan dock på grundval av granskningen konstatera att vårdplaner i samverkan inte upprättats genomgående. Beställaren bör tillsammans med utförarna förtydliga kraven på denna typ av vårdplaner. Det som behöver klargöras är i vilka fall det är särskilt viktigt att vårdplaner upprättas i samverkan.

Av vårdprogrammet framgår även vikten av att göra en individuell vårdplanering och att ha tydliga behandlingsmål. Därför har det i journalgranskningen efterfrågats om det finns anteckning om att planering har genomförts med patienten avseende behandlingens mål och genomförande. Nedanstående diagram redovisar utfallet för denna indikator.



Även om antalet granskade journaler är relativt litet så indikerar utfallet att i mån av att denna patientgrupp förekommer på enheten så har de i hög grad behandlingsmål och att dessa också diskuteras med patienten.

Den samlade bedömningen är att de behandlingar som ges till läkemedelsberoende patienter i hög grad är ”integrerade” i enlighet med vårdprogrammet och att TUB-modellen används i hög grad.

3.5 Tillämpning av föreskriften om Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende, SOSFS 2004:8

I föreskriften framgår bl.a. följande som på olika sätt bildat utgångspunkt för det som efterfrågats i beställarevisionen:

- Verksamhetschefen skall fastställa mål och ändamålsenliga rutiner samt entydigt fördela ansvaret i verksamheten. Målen, rutinerna och ansvarsfördelningen skall dokumenteras.
- Frågan om en patient skall ges underhållsbehandling skall avgöras av en legitimerad läkare som har ansvar för sådan behandling. Bedömningen skall göras efter en personlig undersökning av patienten och i samråd med kommunens socialtjänst. Den skall dokumenteras i patientens journal.
- En vårdplan skall upprättas för den patient som skall ges underhållsbehandling. Den legitimerade läkare som har ansvaret för underhållsbehandlingen svarar för att vårdplanen upprättas i samråd med patienten och kommunens socialtjänst. En förutsättning är att patienten samtycker till samråd/informationsutbyte.
- Genom upprättandet av vårdplanen skall patienten, beroendevården och socialtjänsten träffa en överenskommelse om de behandlingsåtgärder samt om de medicinska kontrollundersökningar, bl.a. regelbundna kontroller av urinprover, och andra särskilda villkor som skall gälla för underhållsbehandlingen.
- Av vårdplanen ska framgå målen för behandlingsåtgärderna.
- Den läkare som har ansvaret för underhållsbehandlingen skall svara för att vårdplanen fortlöpande följs upp och regelbundet omprövas i samråd med patienten och kommunens socialtjänst.
- Underhållsbehandlingen och överenskommelsen skall följas upp en gång i kvartalet i ett möte mellan patienten, beroendevården och socialtjänsten.

I diskussion med specialistläkare från Örebro läns landsting har det ansetts lämpligt att efterfråga om följande specifika uppgifter fångas i uppföljningen av underhållsbehandlingen:

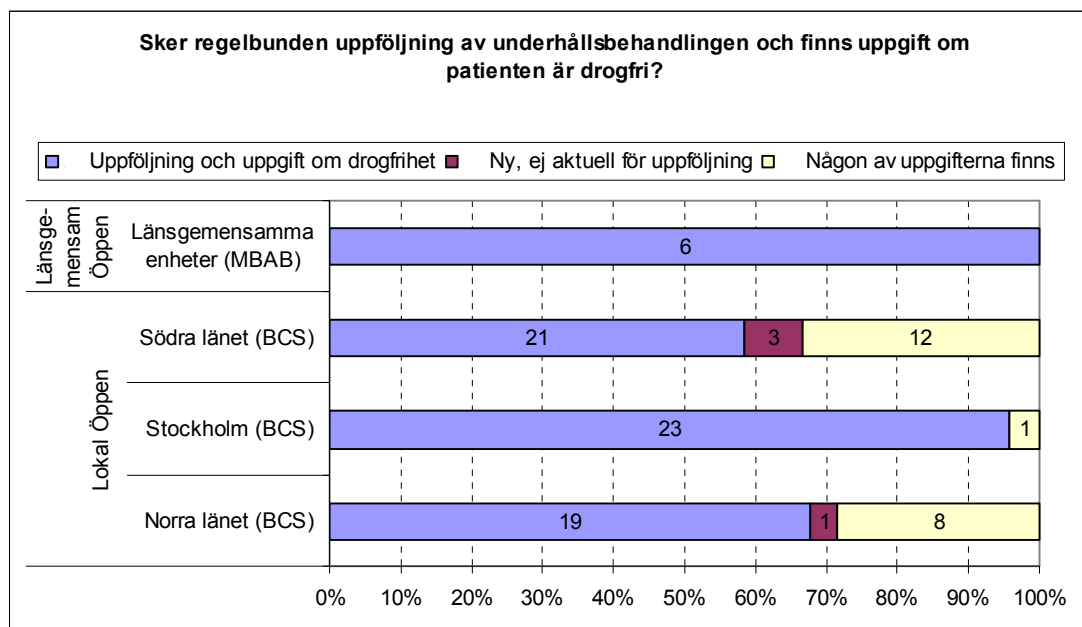
- om patienten är drogfri
- om patienten har sysselsättning
- om patienten har egen bostad

Ingen av mottagningarna vid MBAB:s lokala öppenvårdssektion har denna typ av patienter, de erhåller istället vård vid den länsgemensamma opiatverksamheten. Denna verksamhet har nyligen tillskapats inom MBAB. Det bör noteras att enheten kan betraktas som mer specialiserad för den aktuella patientgruppen än vad de lokala öppenvårdsmottagningarna är. Inom BCS finns också en specialiserad verksamhet riktad bl.a. till denna patientgrupp – Metadonsektionen. Denna sektion har dock inte ingått i beställarrevisjonen.

Enligt föreskriften ska verksamhetschefen fastställa mål och ändamålsenliga rutiner samt entydigt fördela ansvaret i verksamheten. Målen, rutinerna och ansvarsfördelningen skall dokumenteras. Klinikgemensamma rutiner finns, för både MBAB och BCS, är kända och tillämpas i hög grad inom de granskade sektionerna som vårdar denna typ av patienter.

Vårdplan enligt föreskriften finns enligt genomförd journalgranskning i mycket hög grad vid samtliga sektioner som vårdar denna typ av patienter. Detsamma gäller i vilken grad mål med behandlingsåtgärderna framgår av journalerna.

I journalgranskningen har undersökts i vilken grad det framgår att uppföljning skett av underhållsbehandlingen.



Journalgranskningen indikerar att en förbättringspotential finns avseende journaldokumentation av uppföljning av underhållsbehandling och drogfrihet vid öppenvårdssektionerna Södra länet och Norra länet. För sektion Södra länet gäller detta även uppgifter om sysselsättning och egen bostad.

Den samlade bilden är att föreskriften tillämpas i hög eller mycket hög grad vid de granskade enheterna.

3.6 Tillämpning av vårdprogrammet Vård av suicidnära patienter

I det regionala vårdprogrammet om vård av suicidnära patienter har följande delar tagits fasta på i beställarrevisjonen. I de sammanfattande riktlinjerna framgår att särskild hänsyn ska tas till behovet av upprepad suicidriskvärdering under behandlingens gång för missbruks-/beroendepatienter. Under rubriken "Analys av suicidbenägenhet" beskrivs att man bör uppmärksamma att suicidrisken varierar med tid, plats och situation och att studier visar att genomfört suicidförsök är en mycket stark riskfaktor för framtida suicid.

Vidare framgår att det är angeläget att undvika kontinuitetsbrott för suicidnära patienter. Under rubriken journalföring i vårdprogrammet framgår att det är angeläget att uppgifter om aktuell och tidigare suicidalitet är lättillgängliga i journalen. Under rubriken kvalitetsarbete framgår slutligen att det i en kliniks utvärdering av sin verksamhet bör utfallet av vård av suicidnära patienter ingå.

Följande frågor har utifrån beskrivningen ovan och efter diskussioner med specialistläkare från Örebro läns landsting ställts i journalgranskningen. Möjliga svarsalternativ framgår i bilaga 1.

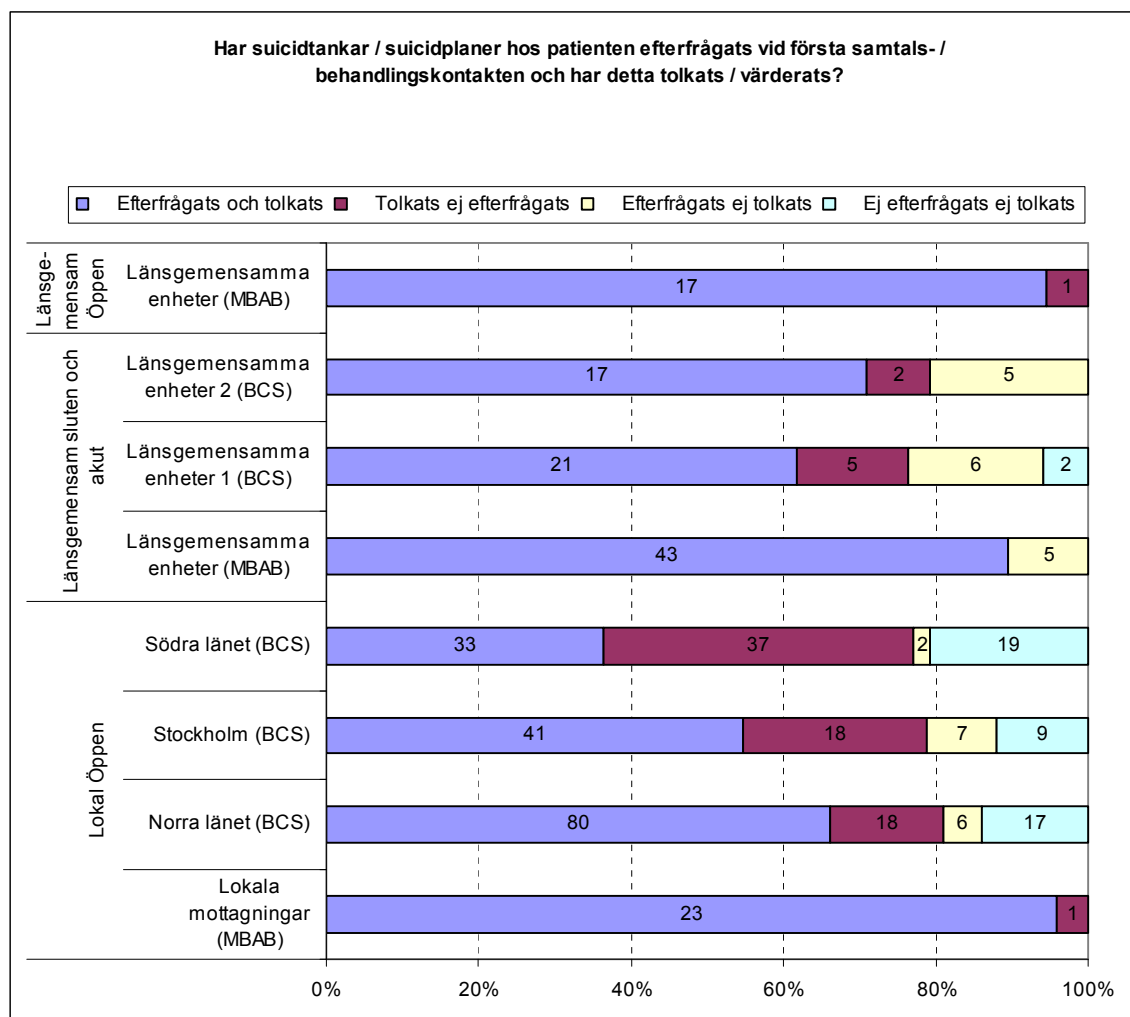
- Har suicidtankar/suicidplaner hos patienten efterfrågats vid första samtals-/behandlingskontakten och har detta tolkats/värderats?
- Har man frågat om tidigare suicidförsök vid första samtals-/behandlingskontakten?
- Har patienten bedömts vara suicidnära?
- Finns det dokumenterat en systematisk suicidriskbedömning för patienten som innehåller bakgrund, psykiatrisk sjukdomshistoria och social situation?
- Har man tagit ställning till åtgärder för att minimera suicidrisken?

Ovanstående utgångspunkter har även legat till grund för de frågor som ställts i intervjuer.

Av genomförda intervjuer framkommer att suicidfrågor har en mycket hög aktualitet vid de granskade verksamheterna. Precis som det regionala vårdprogrammet rekommenderar används även den s.k. ”trappstegsmodellen” för suicidbedömning. Det framkommer också att detta program är det enda som inte fullt ut har anpassats i lokal riktlinjer på samtliga avdelningar/mottagningar.

3.6.1 Suicidtankar/planer och tolkning

I journalgranskningen har vi ställt frågan: Har suicidtankar/suicidplaner hos patienten efterfrågats vid första samtals-/behandlingskontakten och har detta tolkats/värderats?



Vid de lokala öppenvårdssektionerna finns klara förbättringsmöjligheter enligt utfallet i denna journalgranskning. Dessa sektioner ligger i intervallet 35-65% av journalerna i vilka det framgått att dessa frågor ställts och att läkaren gjort en bedömning. De läns- / länsgemensamma sektionernas utfall är något bättre men fortfarande är bedömningen att en förbättringspotential finns. Vid MBAB:s sektioner har det genomgående varit en klart högre andel av de granskade journalerna i vilka dessa uppgifter framgått. Troligen har detta en koppling till att det i MBAB:s journalsystem finns rubriker/sökord för denna typ av uppgifter. Denna ”påminnelse” i journalsystemet medför sannolikt att uppgiften mer frekvent förs in i journalen.

Det presenterade utfallet motsäger inte att denna typ av frågor ställs till patienter och heller inte att läkare tolkar och värderar suicidrisken. Utfallet belyser dock att dokumentationen av detta i journalen kan förbättras vid flera sektioner.

3.6.2 Tidigare suicidförsök

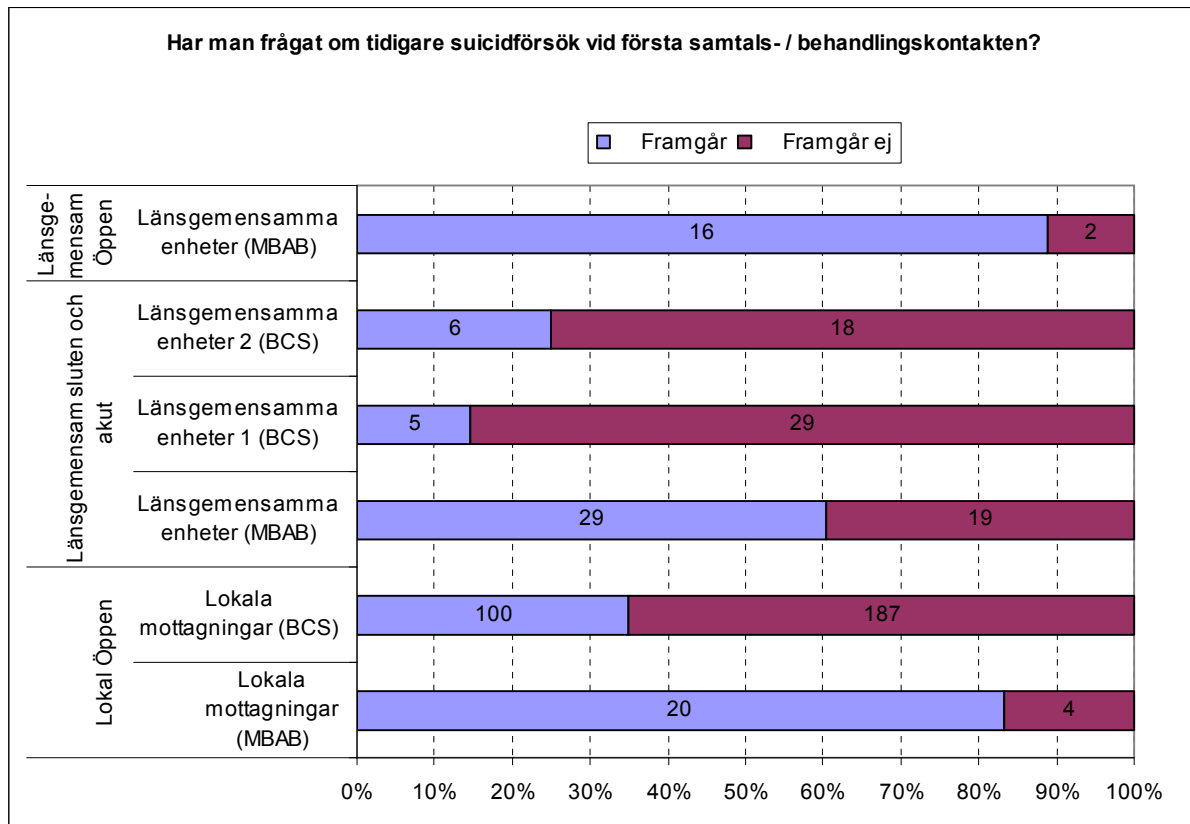
Vi har vidare ställt frågan om man har efterfrågat tidigare suicidförsök vid första kontakt på mottagningen/avdelningen och om detta framgår av journalen. Utfallet avseende denna fråga är svårbedömt. Det stora flertalet granskade journaler avser patienter vid lokala öppenvårdsmottagningar. Vissa av de granskade patienterna har remitterats till den lokala

öppenvårdsmottagningen från beroendeakut, intagningsavdelning eller slutenvårdsavdelning. För dessa patienter ska en standardiserad suicidriskbedömning göras centralt vid BAS¹⁰. Motsvarigheten till detta sker även vid MBAB:s akutmottagning eller intagningsavdelning. För de patienter vid de lokala öppenvårdsmottagningarna som remitterats från dessa enheter ska det enligt gällande rutin finnas uppgift om tidigare suicidförsök i preliminärjournal eller i utskrivningsmeddelande. I dessa fall är det fullt relevant att inte återigen fråga om detta vid första besöket vid den lokala öppenvården. Detta förhållande har inte förutsetts i denna fråga i journalgranskningen. Det är inte heller känt vilka av de granskade journalerna som avser patienter vilka remitterats på sätt enligt ovan.

Inom MBAB har det framkommit att denna typ av uppgifter finns i relativt hög grad vid lokala öppenvårdsmottagningar (83%), se diagrammet nedan. Detta innebär att man här även i de fall dessa uppgifter nyligen har samlats in (tex. på akutmottagningen/intaget) ställer en förnyad fråga till patienten vid första kontakten på den lokala mottagningen. En form av dubbelregistrering sker således för säkerhets skull. Att så sker kan också kopplas till att uppgiften om tidigare suicidförsök finns som rubrik i MBAB:s journalsystem.

Av diagrammet nedan framgår att det för BCS lokala öppenvårdsmottagningar i klart lägre grad (35% i medelvärde för de tre sektionerna) framgår uppgift om tidigare suicidförsök vid första besök på lokal mottagning. Detta kan i sin tur ha en förklaring i att uppgift om tidigare suicidförsök redan finns för patienter som remitteras från BAS. De lokala öppenvårdsmottagningarna inom BCS ska enligt gällande rutin använda uppgifter som erhålles i det fax som skickas från BAS om bl.a. suicidbedömning.

¹⁰ BAS står för Beroendeakuten Stockholm och är en läns-gemensam akutmottagning vid St Görans sjukhus. BAS är en del av Beroendecentrum Stockholm.



För att utfallet 35% ska kunna betraktas som godkänt bör följande vara uppfyllt. En betydande del av övriga journaler bör avse patienter som remitterats via BAS och där det enligt den rutin som beskrivits ovan framkommer uppgift om tidigare suicidförsök. Detta har dock inte undersökts.

Ett annat sätt att närmare undersöka om utfallet 35% kan betraktas som godkänt är att titta närmare på vad som sker på BAS. Enligt ovan kommer betydande delar av patienterna till de lokala öppenvårdsmottagningarna via BAS. Den rutin som gäller innebär att en standardiserad suicidriskbedömning ska göras för alla patienter centralt vid BAS. Följaktligen bör samtliga eller åtminstone en mycket hög andel av granskade patientjournaler vid BAS ha en anteckning om tidigare suicidförsök. Sammantaget vid akutmottagningen/intaget har vi granskat 28 journaler. Endast i fyra av dessa framgick uppgift om tidigare suicidförsök.

Journalgranskningens fråga som avser uppgift om tidigare suicidförsök har som beskrivits ovan setts i ett nytt ljus pga. att det förefaller rimligt att använda nyligen gjorda anteckningar inom annan del av beroendevården istället för att upprepa frågan vid första kontakt inom den lokala öppenvården. Trots detta indikerar utfallet i journalgranskningen att dokumentationen i denna del behöver utvecklas främst inom BCS. Även om de standardiserade suicidbedömningar som ska användas på BAS faktiskt görs (detta har inte specifikt undersökts men inte heller uteslutits) så indikerar utfallet att detta inte leder till journalanteckning i önskad omfattning.

3.6.3 Systematiska suicidriskbedömningar för suicidnära patienter

Av samtliga granskade journaler inom beroendevården i Stockholms län har endast 3% (13 patienter) av patienterna bedömts vara suicidnära. Av dessa har det i alla utom ett fall framgått att en systematisk suicidriskbedömning gjorts.

3.6.4 Kommentar

Sammantaget är bedömningen att tillämpningen av vårdprogrammet för suicidnära patienter kan utvecklas. Enligt vårdprogrammet är det angeläget att uppgifter om aktuell och tidigare suicidalitet är lättillgängliga i journalen. Granskningen ger vid handen att dokumentationen i journalerna kring detta, främst inom granskade sektioner inom BCS, kan utvecklas. Stora variationer har framkommit mellan olika mottagningar/avdelningar inom BCS. Genomgående visar dock granskningen att systematiska suicidriskbedömningar görs i de fall patienter bedöms vara suicidnära.

4 Skillnader mellan kvinnor och män

I denna del undersöks om materialet kan påvisa skillnader i hur män och kvinnor får sin vård. Detta undersöks på länsnivå, dvs. vi analyserar materialet samlat, inte uppdelat på olika sektorer.

4.1 Kvinnor och män

En av uppgifterna som fångats kopplat till varje journal är patientens kön. Med detta som grund har skillnader i utfallet mellan könen granskats. I bilaga 3 framgår samtliga sammanställningar som gjorts utifrån detta.

Följande skillnader framträder i materialet:

4.1.1 Frågor kopplade till vårdprogrammet Alkoholproblem

Detta vårdprogram har granskats utifrån 220 journaler, 73 avsåg kvinnor och 147 män.

Inga skillnader mellan könen framkommer avseende ASI-skattning.

Män har i något högre grad än kvinnor (75% mot 69%) tydligt och individuellt angivna behandlingsmål i de granskade journalerna. Skillnaden bedöms inte anmärkningsvärt stor även om det är svårt att se en rimlig förklaring till skillnaden.

4.1.2 Frågor kopplade till vårdprogrammet läkemedelsberoende

I denna del bildar 63 journaler underlag för jämförelserna. Av dessa journaler avser 36 kvinnor och 27 män.

Av de granskade journaler som avsåg kvinnor framgick det i 94% av fallen att patienten hade en utsedd kontaktperson på mottagningen/avdelningen. För män var denna andel klart lägre, 78%. Utgångspunkten bör vara att samtliga patienter har en utsedd kontaktperson.

En av frågorna i journalgranskningen har varit om det av journalen framgår att patienten har en skriftlig vårdplan som upprättats i samverkan med vårdgrannar. Andelen kvinnor för vilka sådan vårdplan funnits eller där orsak har uppgivits för att ej samverka har varit 67%. Motsvarande andel för männen var 44%. Generellt sett anses det vara en fördel om denna typ av samverkan äger rum och även dokumenteras. Spårbarheten ökar samtidigt som risken för missförstånd minskar. Dessutom bör det underlätta för nytillkommande personer i det professionella nätverket kring patienten att enkelt få en bild av vem som gör vad kring patienten. Det går också att tolka avtalen med beställaren som att denna typ av skriftliga vårdplaner ska upprättas med vårdgrannar. Vad som är en rimlig nivå på förekomst av denna typ av vårdplaner är svårt att generellt ange. Det måste istället utgå ifrån behovet av samverkan för olika patientgrupper och ytterst varje enskild patients behov. I detta avseende bör beställaren tillsammans med utförarna precisera för vilka patientgrupper/i vilka situationer det är särskilt angeläget att denna form av dokumenterade samverkan sker. Även om det finns en tydlig skillnad mellan hur kvinnor och män utfaller avseende förekomst av skriftliga vårdplaner i samverkan behövs mer information för att kunna avgöra om skillnaden är motiverad eller inte.

Behandlingsmål som diskuterats med patienten har i klart högre grad framkommit för kvinnor än för män (83% mot 55%) i de granskade journalerna. Det är svårt att förstå varför en sådan skillnad ska finnas. Rimligen borde det i samtliga journaler och oberoende av patientens kön framgå behandlingsmål.

4.1.3 Frågor kopplade till föreskriften SOSFS 2004:8 om Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende

Utifrån detta vårdprogram har 94 journaler granskats. Av dessa avsåg 28 kvinnor och 66 män.

Endast små skillnader framkommer mellan kvinnor och män avseende i vilken grad de har vårdplan enligt denna föreskrift.

Nästan samtliga undersökta journaler innehåller uppgift om behandlingsmål (95%). Detta gäller både kvinnor och män.

De granskade journalerna för män innehåller i något högre grad uppgift om både att uppföljning skett av underhållsbehandlingen och av drogfrihet. För män fanns detta i 76% av fallen och för kvinnor i 68% av fallen. På samma sätt framgår i något högre grad för män att uppföljning skett av om patienten har egen bostad och sysselsättning. För män har detta framgått i 79% av de granskade journalerna och för kvinnor i 71%. Det är svårt att se varför en sådan skillnad skulle vara motiverad.

4.1.4 Frågor kopplade till vårdprogrammet suicidnära patienter

Totalt har 435 journaler granskats utifrån detta vårdprogram, 162 av dessa avsåg kvinnor och 273 avsåg män.

I något högre grad framgår för kvinnor att suicidtankar/suicidplaner efterfrågats och att detta även har tolkats vid första samtals-/behandlingskontakt. I journaler som avsåg kvinnor har detta framgått i 65% av fallen och för män i 62%. Istället är andelen journaler där

det varken framgår att dessa frågor ställts eller läkarens tolkning något högre för kvinnor – 12% mot för män 10%. Vår bedömning är att skillnaderna sammantaget är obetydliga.

Ingen skillnad framkommer mellan könen i detta material avseende i vilken grad det i journalen har framgått att man frågat om tidigare suicidförsök vid första samtals-/behandlingskontakt.

4.1.5 Kommentarer

Sammantaget är bedömningen att det för huvuddelen av de undersökta frågorna föreligger små eller inga skillnader mellan könen. I följande fyra fall indikerar dock materialet skillnader:

- De kvinnliga läkemedelsberoende patienterna har i högre grad än männen i detta urval haft en utsedd kontaktperson på mottagningen/avdelningen.
- Behandlingsmål som diskuterats med patienten har i klart högre grad framkommit för kvinnor än för män (83% mot 55%) med läkemedelsberoende i de granskade journalerna.
- De granskade journalerna för män innehåller i något högre grad uppgift om både att uppföljning skett av underhållsbehandlingen och av drogfrihet. Detta gäller patienter som har läkemedelsassisterad underhållsbehandling för opiatberoende.
- För patienter som har läkemedelsassisterad underhållsbehandling för opiatberoende har det i något högre grad för män framgått att uppföljning skett av om patienten har egen bostad och sysselsättning.

Vi menar att det i dessa fall är svårt att se annat än att utfallet borde vara lika för män och kvinnor. Resultaten kan indikera behov av att i verksamheten diskutera orsaker till dessa skillnader i syfte att jämna ut dem.

5 Goda exempel

5.1 Yrkesspecifika riktlinjer, s.k. ”Rosa elefanter”

Inom akutsektionen Beroendecentrum Stockholm har de tagit fram så kallade ”rosa elefanter” för olika personalkategorier, sjuksköterskor, mentalskötare och läkare. Syftet med informationsfoldrarna är att underlätta handläggningen av beroendepatienter som söker akut och vårdas inom akutslutenvården vid Beroendecentrum Stockholm.

Foldrarna innehåller rutiner för exempelvis mottagande av patienten, bedömning, inläggning, utskrivning och registrering. I övrigt beskrivs bland annat rutinerna för ett arbetspass samt information om arbetskläder, hot och våld och viktiga telefonnummer.

Foldern som riktar sig till läkarna innehåller även inläggningsindikationer, rutiner för handläggning av deliriosa patienter, ordinationsförslag, information om olika läkemedel med mera. De rekommendationer som ges i läkarnas ”rosa elefant” utgör klinikens behandlingspolicy och övriga avdelningars och öppenvårdsmottagningars verksamhet är anpassad efter rutinerna.

Att samla alla rutiner och riktlinjer samt viktigt information i yrkesspecifika informationsfoldrar är ett gott exempel på hur både patientsäkerhet och kvalitet på vården kan säkras inom en verksamhet. Det underlättar också att ha all viktigt information samlad i ett dokument om det exempelvis är stor personalomsättning.

5.2 Samlokalisering med socialtjänst

Majoriteten av de öppenvårdsmottagningar som har deltagit i granskningen, både inom Maria Beroendecentrum AB och Beroendecentrum Stockholm, är samlokaliserade med respektive kommuns socialtjänst. Detta underlättar behandlingen och vården av patienterna i hög utsträckning då de två huvudmännen har olika ansvarsområden, vilka dock förenas i en gemensam patient/brukare. Öppenvårdsmottagningarna ansvarar för den medicinska vården och socialtjänsten för fortsatt stöd och behandling.

Att samlas kring patienten i gemensamma lokaler underlättar både patientens kontakter med huvudmännen och huvudmännens kontakter med varandra. Beslutsvägar kortas och förutsättningarna för att patienten får bra stöd ökar. Samtidigt minskar risken för att väsentlig information och viktiga beslut kring patienten faller mellan stolarna.

5.3 Gemensam mall för dokumentation av samordnad vårdplan

Vissa lokala öppenvårdsmottagningar inom exempelvis Norra Stockholm stad sektion har tillsammans tagit fram ett gemensamt dokument för samordnad vårdplan tillsammans med psykiatrin och socialtjänsten. Förekomsten av ett standardiserat dokument är ett gott och relativt enkelt exempel på att underlätta samverkan med andra aktörer då alla använder samma begrepp. För den enskilde patientens del underlättas också valfriheten om vårdplaneringen inte skiljer sig åt mellan de olika aktörerna.

5.4 Implementering av vårdprogram tillsammans med socialtjänsten

Vissa lokala öppenvårdsmottagningar inom sektionen Södra länet har valt att tillsammans med socialtjänsten implementera de olika vårdprogrammen. Detta är ett gott exempel på hur vårdkedjan för patienten kan stärkas genom att involvera också kommunen.

Vårdprogramsarbetet berör av tradition ofta enbart de hälso- och sjukvårdsinsatser som landstinget svarar för. När det, som i detta fall, rör patienter som i vårdkedjan även får betydande hjälp från kommunen är det angeläget att även dessa insatser omfattas. Härigenom blir gränserna tydliga för hur långt landstingets ansvar sträcker sig och var kommunens ansvar börjar.

5.5 Systematisering och användning av journaluppgifter

Personalen dokumenterar mycket stora mängder uppgifter i journalsystem, på blanketter, i mallar etc. Vi har inom ramarna för denna granskning iakttagit flera goda exempel på hur dessa uppgifter kan tas tillvara i syfte att kvalitetssäkra såväl behandlingsmetoder som dokumentation.

Ett sådant exempel är den analys som görs utifrån preliminärjournalen som används vid bedömning av patienter inom akutsektionen samt akutslutenvårdssektionen på Beroende-

centrum Stockholm. I preliminärjournaler noteras bl.a. uppgifter om patientens missbruk, eventuella risker för delirium, vidtagna åtgärder, läkemedelsordination samt utvecklade tillstånd (Delirium tremens, Korsakoff m.m.). Utifrån dessa uppgifter är det möjligt att få en analys över flöden samt orsak och verkan. Analysen av det statistiska underlaget i preliminärjournalerna har t.ex. bidragit till att uppmärksamma en ökning av andelen patienter som utvecklat delirium tremens på en av sektionens avdelningar. En analys av orsakerna till ökningen gjordes till följd av detta och åtgärder vidtogs sedermera för att minska andelen. Åtgärderna har enligt intervjuade inom sektionerna fått avsett resultat.

Ett ytterligare exempel rör hur statistik från journalsystemet kan användas för att följa hur personalen dokumenterar i journalen. På Maria Beroendecentrum är det möjligt att direkt erhålla statistik över användningen av förutbestämda sökord i klinikens journaler. En analys av materialet kan användas i flera syften. Till att börja med är det möjligt att få en indikation om hur personalen dokumenterar i journalsystemet och om klinikens riktlinjer för dokumentation följs. Det är exempelvis möjligt att få information om i hur stor andel av journalerna som en suicidriskbedömning dokumenterats. Denna information kan exempelvis föranleda att utbildningsinsatser vidtas. På detta sätt används statistiken redan i dag. Underlagen kan vidare användas för att följa upp om vidtagna åtgärder, t.ex. informations- och utbildningsinsatser, fått önskad effekt och om effekten består över tid.

6 Förslag till nya uppföljningsparametrar

Tidigare i denna rapport har undersökts i vilken grad tydliga behandlingsmål finns i de granskade journalerna. I anslutning till detta har också exempel på sådana mål presenterats utifrån de regionala vårdprogrammen. Uppföljning av behandlingsmål sker säkerligen i hög grad idag i meningen att läkare och/eller behandlare intuitivt funderar kring detta när uppföljning sker av en enskild patients behandling. Detta kan tex. ske i samband med behandlingskonferens eller vid patientens besök. Vi menar dock att det finns mer att göra av informationen.

Det bör definitivt vara intressant för såväl de som är ansvariga för behandlingen på den enskilda avdelningen/mottagningen som för beställaren att veta i vilken grad uppställda behandlingsmål i allmänhet infrias. Om det kan visas att vissa mottagningar i påtagligt högre grad än andra lyckas infria behandlingsmål bör detta i hög grad vara intressant information för såväl verksamhetschef som för beställaren.

Förslag på nytt inslag i uppföljningen:

År 1:

- **Andel patienter som har individuella behandlingsmål i journalen.** Utförarna bör själva redovisa detta och sträva efter att nå en så hög andel som möjligt.

År 2 och framåt:

- **Andel patienter som har individuella behandlingsmål i journalen.**
- **Måluppfyllelse**, för hur stor del av patienterna infrias behandlingsmålen (enskild läkare, mottagning, sektion, vårdgivare, för olika patientgrupper). Även detta bör bygga på utförarnas redovisning.

I uppföljning bör enkelhet eftersträvas. Om patienten har ett mål som innebär ”helnykterhet” bör det vara möjligt att med hygglig trovärdighet konstatera om detta uppnåtts. Har

patienten fler mål bör respektive mål följas upp men också en sammanvägning för patienten göras. Exempelvis kan en enkel skala för måluppfyllelse enligt nedan användas:

- Fullständigt uppnått
- Uppnått till stor del
- Uppnått till viss del
- Inte alls uppnått

Uppföljningen bör baseras på en professionell bedömning och inte ensidigt på patientens uppfattning även om detta vägs in.

För att en dylik uppföljning ska bli intressant är det en förutsättning att behandlingsmålen ger uttryck för ett önskvärt tillstånd för patienten eller en eftersträvad effekt som ska uppkomma till följd av behandlingen. Omvänt bör målen således inte uttrycka att olika ”insatser” ska genomföras.

Även om en sådan uppföljning som föreslås inte blir hundra procentigt exakt, får det anses som att den ger ett viktigt komplement till nuvarande uppföljning. Den föreslagna uppföljningen kan vara en startpunkt för en uppföljning av verksamhetens resultat/effekter, något som hittills inte ingått i uppföljningen. Det finns däremot omnämnt i den övergripande texten i avtalens uppföljningsplan. Däremot har ännu inte krav ställts på uppföljning i de mer preciserade bilagorna där olika uppföljningsparametrar specificeras.

Önskas en mer nyanserad uppföljning kan även följande parametrar användas inom beroendevården:

- Återfallsfrekvens
- Återfallens varaktighet
- Återfallens intensitet

Det bedöms också som relevant att införa en form av uppföljning av vårdprogramstillämpning som idag inte finns. Uppföljningen bör baseras på att verksamheterna själva ska ha internkontrollsystem som säkerställer att vårdprogram efterlevs. Beställaren bör i uppföljningen ställa krav på att dessa kontrollsystem fungerar tillfredsställande. Uppföljningen bör således fokusera på hur utföraren gör trovärdigt att det egna kontrollsystemet säkerställer att vårdprogram i väsentliga delar tillämpas och att avvikelser vid behov uppmärksammas och åtgärdas.

7 Konsulternas reflexioner över detta projekt.

Det genomförda uppdraget har varit omfattande och berört en specialiserad och komplex del av vården. Önskvärt i denna typ av uppdrag är att skapa en stor delaktighet hos berörda verksamheter. Dessvärre har det inte varit möjligt pga. den korta tid som funnits för uppdragets genomförande. Den viktigaste anledningen till att tiden varit kort är att uppdraget tidsmässigt har behövt anpassas till uppdragsgivarens pågående upphandling av beroendevård. Detta i kombination med att formellt avtal om uppdraget träffats först i november 2007 har inneburit att uppdraget, i relation till sin storlek, fått genomföras på mycket kort tid.

Vår uppfattning är att det i kommande beställarrevisorer är angeläget att inleda arbetet med en förstudie. Härigenom kan man säkerställa att uppdraget omfattar samtliga rele-

vanta delverksamheter och även samtliga professionella styrdokument som är mest angelägna.

Verksamhetschefen vid BCS har framfört kritik bl.a. mot den metod som använts vid journalgranskningen. Exempelvis anförs att journalgranskningen inte skulle ha gjorts systematiskt och att samtliga relevanta underlag inte använts som underlag för att besvara frågor i journalgranskningen. Enligt verksamhetschefen medför detta att granskningen vilar på osäker grund inte minst avseende de delar som rör suicidprogrammet.

Vi vill i detta sammanhang påtala följande:

- Journalgranskningsmetoden som använts i denna beställarrevison har varit given med uppdraget och innebär att vi som granskare har ställt frågor till vårdpersonal som genom att ta del av journaluppgifter besvarat frågor. Metoden har använts i flera tidigare beställarrevison och har i dessa fall inte kritiserats.
- Vi har i god tid lämnat tydliga skriftliga instruktioner till samtliga granskade avdelningar / mottagningar om hur journalgranskningen skulle genomföras. I dessa instruktioner har bl.a. tydligt framgått att det i samband med journalgranskningen definitivt bör finnas möjlighet att använda andra källor än det digitala journalsystemet som underlag för att besvara frågorna. Instruktionerna har formats efter dels flera kontakter med systemansvarig för BCS digitala journalsystem dels efter ett journalgranskningstest vid en av BCS lokala öppenvårdsmottagningar.
- Som vi ser det innebär detta att om journalgranskningen genomförts på bristfälliga underlag så faller detta tillbaka på att de granskade verksamheterna själva inte använt samtliga relevanta underlag för att besvara våra frågor. Vi anser att vi som konsulter gjort vad som rimligen kan göras för att klargöra vilka underlag som bör användas.
- Suicidprogrammet anger tydligt att det ska vara lätt att hitta uppgifter om suicidalitet i journalen. Även om det skulle vara så att det föreligger mer information i BCS samlade journalsystem angående de i journalgranskningen uppmärksammade frågorna, så förefaller det mot bakgrund av resultatet knappast vara en lättillgänglig information.
- Vi måste utgå ifrån att de granskade verksamheterna använder relevanta underlag för att besvara frågorna – vi har ej insyn i journalerna enligt den givna modellen för journalgranskning.

Bilaga 1 Indikatorer journalgranskning

Urval – genomgående söks vid lokala öppenvårdsmottagningar (och de mer specialiserade öppenvårdsmottagningarna) fram journaler som avser patienter som varit aktuella under senaste sexmånadersperioden och fortfarande inte är avslutade. På akutmottagningar söks patienter fram som sökt vård under senaste sexmånadersperioden. På slutenvårdsenheter söks patienter fram som vårdats ineliggande under senaste halvåret.

Alkoholproblem

Vårdprogrammet har sammanfattats i åtta riktlinjer. Dessa bör vara utgångspunkt för såväl intervjuer som journalgranskning. För den senare görs ett urval av spårbara rekommendationer.

Följande kvalitetsindikatorer föreslås användas vid journalgranskningen för att följa upp tillämpningen av de riktlinjer som ges i vårdprogrammet.

Kvalitetsindikatorer att använda i journalgranskning

- Vilket kön har patienten?
 - 1= Kvinna
 - 0= Man
- Har patienten vårdats ineliggande för alkoholabstinens? Om ja, fråga 2 om nej fråga 3
 - 1= Ja
 - 0=Nej
- Har patienten fått parenteralt thiamin?
 - 1 = Ja
 - 0 = Nej
- Skattas patienten regelbundet med ASI eller annat särskilt utredningsinstrument inom beroendevården?
 - 1 = Mer än en gång senaste året (12 månader bakåt i tiden)
 - 2 = En gång senaste året
 - 3 = Skattning finns men äldre än ett år
 - 4= Ej ASI-skattad
 - 5= Det framgår att detta skett inom kommunen
- Är patientens behandlingsmål tydligt och individuellt angivna (t.ex. helnykterhet, minskning av antal dagar med intensivkonsumtion/ökning av antalet nyktra dagar) (endast ÖV)
 - 1 = Behandlingsmål finns (kravet är att minst ett mål finns som anknyter till något av de tre exemplen ovan)
 - 0 = Nej, behandlingsmål saknas
- Väntetid från initiering (remiss, telefonkontakt eller personligt besök på enheten) till första besök eller behandlingstillfälle på enheten oberoende av personalkategori? (OBS ett nytt behandlingstillfälle anses påbörjat om den tidigare kontakten avslutats utan ny besöksbokning (eller utan remiss) och det gått mer än 90 dagar innan patienten tar förnyad kontakt med mottagningen.)
 - 1 = Datum för initiering (remiss, telefonkontakt eller personligt besök på enheten)
 - 2 = Datum för första besök/behandlingstillfälle på enheten

- 0 = Uppgift saknas
- Har blodprover tagits för att fånga alkoholrelaterade skador. (endast SV)
 - 2 = Ja
 - 0 = Nej

Här väljes sex journaler (två avseende kvinnliga patienter och fyra avseende manliga) ut från varje enhet. Journalerna väljes så att samtliga har huvuddiagnosen alkoholberoende och minst hälften har vårdats inläggande för alkoholabstinens.

Läkemedelsberoende

Detta program har inte på samma tydliga sätt som alkohol- och suicidprogrammen sammanfattande rekommendationer. Vårdprogrammet Läkemedelsberoende har dock en sammanfattning ur vilken vissa indikatorer och frågor kan härledas. Sammanfattningen är inte tillräcklig för att fånga de mest väsentliga riktlinjerna som ges i programmet. Följande indikatorer och frågor kan användas:

Kvalitetsindikatorer att använda i journalgranskning

- Vilket kön har patienten?
 - 1= Kvinna
 - 0= Man
- Väntetid från initiering (remiss, telefonkontakt eller personligt besök på enheten) till första besök eller behandlingskontakt på enheten oberoende av personalkategori (ej SV) (OBS ett nytt behandlingstillfälle anses påbörjat om den tidigare kontakten avslutats utan ny besöksbokning (eller utan remiss) och det gått mer än 90 dagar innan patienten tar förnyad kontakt med mottagningen.)
 - 1 = Datum för initiering (remiss, telefonkontakt eller personligt besök på enheten)
 - 2 = Datum för första besök/behandlingskontakt på enheten
 - 0 = Uppgift saknas
- Har patienten utsedd kontaktperson/behandlare?
 - 1 = JA, det framgår att patienten har en namngiven kontaktperson / behandlare
 - 0 = NEJ
- Har patienten skriftlig vårdplan upprättad och framgår samverkan med vårdgrannar. Om anteckning saknas angående vårdplan, finns orsak angiven?
 - 3 = framgår av journalen att en vårdplan finns och att denna upprättats i samverkan med vårdgrannar
 - 2 = framgår av journalen att en vårdplan finns, framgår också att samverkan med vårdgrannar inte skett samt orsak till detta
 - 1 = framgår att en vårdplan finns men framgår inte att den upprättats i samverkan och heller inte orsak till detta
 - 0 = går ej att utläsa om vårdplan finns
- Finns anteckning om att planering genomförts med patienten avseende behandlingens mål och genomförande.
 - 3 = det framgår av journalen vilka behandlingsmålen är och att dessa diskuterats med patienten
 - 2 = behandlingsmålen framgår men inte att dessa diskuterats med patienten
 - 1 = det framgår att ett nedtrappningsschema finns

- 0 = inga behandlingsmål finns beskrivna i journalen

Förslagsvis väljes sex journaler (fyra avseende kvinnliga patienter och två avseende manliga) ut från varje enhet. Journalerna väljes så att samtliga har huvuddiagnosen läkemedelsberoende.

Vård av suicidnära patienter

Vårdprogrammet för suicidnära patienter tillhör de mer handfasta. De sammanfattande riktlinjerna ger 10 starka och evidensbaserade rekommendationer. Av programmet framgår tydligt att beroende eller missbruk vid psykiskt sjukdom eller personlighetsstörning medför ökad risk för suicid.

De frågor och indikatorer som används för att följa upp införande och tillämpning av suicidprogrammet bör i denna beställarrevison fokusera förhållanden som specifikt berör missbruks-/beroendevården.

Kvalitetsindikatorer att använda i journalgranskning

- Har suicidtankar/suicidplaner hos patienten efterfrågats vid första samtals-/behandlingskontakten och har detta tolkats/värderats?

(OBS det räcker inte att det i en uppräknings av hälsostatus/liknande, INTE står att patienten är suicidal. I dessa fall kodar vi svaren = 0.

- 3 = det framgår att suicidtankar/suicidplaner efterfrågats/diskuterats och finns anteckning om läkarens tolkning (t.ex. patienten bedöms vara/ej vara suicidal) av detta och som avser första samtals-/behandlingskontakten
- 2 = läkarens tolkning framgår (tex. patienten bedöms vara/ej vara suicidal) men inte att suicidtankar/suicidplaner hos patienten efterfrågats, ska avse första samtals-/behandlingskontakten
- 1 = det framgår att suicidtankar/suicidplaner efterfrågats/diskuterats men det saknas anteckning om läkarens tolkning av detta, ska avse första samtals-/behandlingskontakten
- 0 = inget framgår om detta avseende första samtals-/behandlingskontakten
- Har man frågat om tidigare suicidförsök vid första samtals-/behandlingskontakten?
 - 3 = det framgår att detta efterfrågats vid första samtals-/behandlingskontakten
 - 0 = framgår inte att detta efterfrågats vid första samtals- / behandlingskontakten
- Har patienten bedömts vara suicidnära? Om ja, gå till nästa fråga. Om nej slut.
- Finns det dokumenterat en systematisk suicidriskbedömning för patienten som innehåller bakgrund, psykisk sjukdomshistoria och social situation?
 - 3 = Ja en suicidriskbedömning finns dokumenterad i journalen samt beskrivning av bakgrund, psykisk sjukdomshistoria och social situation.
 - 2 = En mer eller mindre tydlig suicidriskbedömning finns men det framgår inte vad den bygger på
 - 0 = Nej, detta framgår inte av journalen

- Har man tagit ställning till åtgärder för att minimera suicidrisken?
 - 3 = Ja sådana åtgärder framgår av journalen
 - 0 = Nej, detta framgår inte av journalen

Dessa indikatorer följs upp i de journaler/för de patienter som väljs ut avseende Alkoholproblem, Läkemedelsberoende samt föreskriften SOSFS 2004:8.

Socialstyrelsens föreskrift 2004:8, Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende

Tillsammans med uppdragsgivaren har överenskommit att beställarrevisjonen ska fokusera Subutex-behandling.

Föreskriften tar upp mål samt kvalitets- och säkerhetskrav i fråga om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende. För att undersöka verksamheternas efterlevnad av föreskriften kan följande indikatorer och frågor användas:

Kvalitetsindikatorer att använda i journalgranskning

- Vilket kön har patienten?
 - 1= Kvinna
 - 0= Man
- Har patienten vårdplan enligt SOSFS 2004:8?
 - 0 = Framgår inte av journalen att vårdplan finns
 - 1 = Vårdplan finns och det framgår att den upprättats i samverkan med vårdgrannar
 - 2 = Vårdplan finns och det framgår att den upprättats i samverkan med vårdgrannar och det framgår även att den har följts upp.
- För patienter som har vårdplan: Framgår målen med behandlingsåtgärderna och andra insatser?
 - 0 = Nej detta framgår inte/saknas
 - 1 = Mål med behandlingsåtgärderna finns
- Sker regelbunden (en gång/kvartal) uppföljning av underhållsbehandlingen och överenskommelsen och finns uppgift om patienten är drogfri?
 - 0 = framgår ej
 - 1 = det finns uppgift om att regelbunden uppföljning om underhållsbehandlingen sker och uppgift om drogfrihet
 - 2 = någon av uppgifterna saknas
- Sker regelbunden (en gång/kvartal) uppföljning av om patienten har egen bostad samt sysselsättning?
 - 0 = framgår ej
 - 1 = Ja, detta framgår

Här väljs sex journaler ut per enhet, två avseende kvinnliga patienter och fyra avseende manliga. Journalerna väljs så att samtliga patienter har läkemedelsassisterad underhållsbehandling för opiatmissbruk.

Bilaga 2 Viktiga delar i SOSFS 2005:12, Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

- Ledningssystemet ska utgå ifrån syftet med verksamheten, identifierade & prioriterade vårdbehov & vårdprocesserna (Det är vårdgivarens ansvar att känna till att detta fungerar)
- Ledningssystemet ska vara anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning (Vårdgivarens ansvar)
- Ledningssystemet ska utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp
- Ledningssystemet ska vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen
- Verksamhetschefer ska (inom ramen för vårdgivarens ledningssystem):
 - ta fram, fastställa & dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten
 - ansvara för att mål formuleras på enheten och för att dessa nås
 - ansvara för uppföljning och analys för att kunna vidta åtgärder så att verksamheten kan förbättras
- Hälso- och sjukvårdspersonal ska medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i:
 - Framtagande, utprovning och vidareutveckling av rutiner och metoder
 - Risk och avvikelshantering
 - Uppföljning av mål och resultat

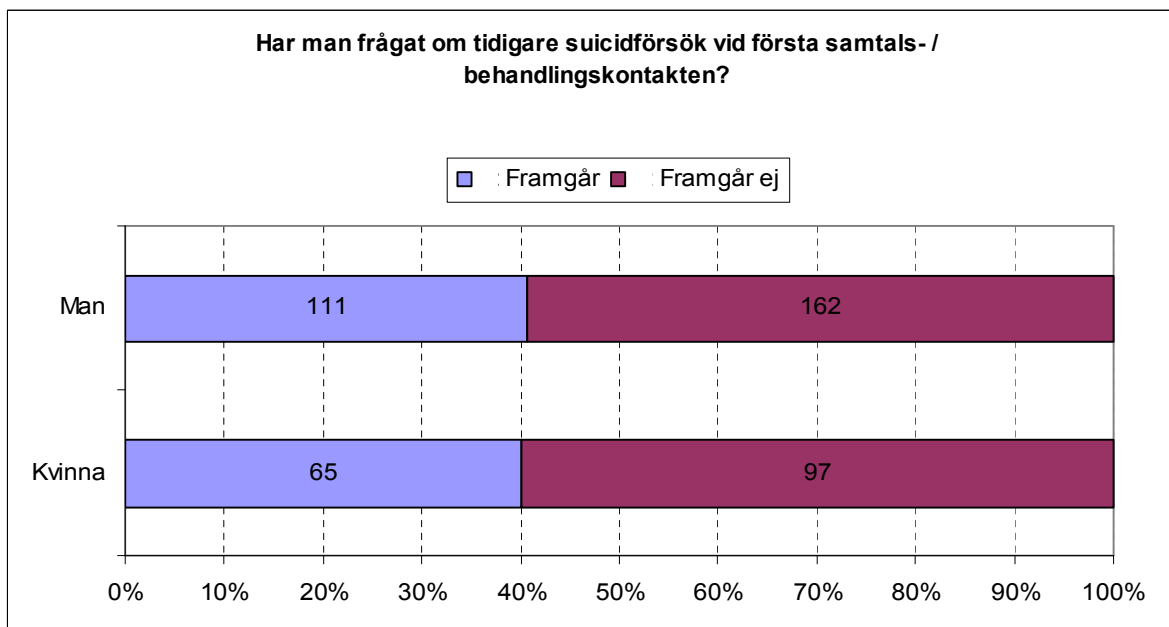
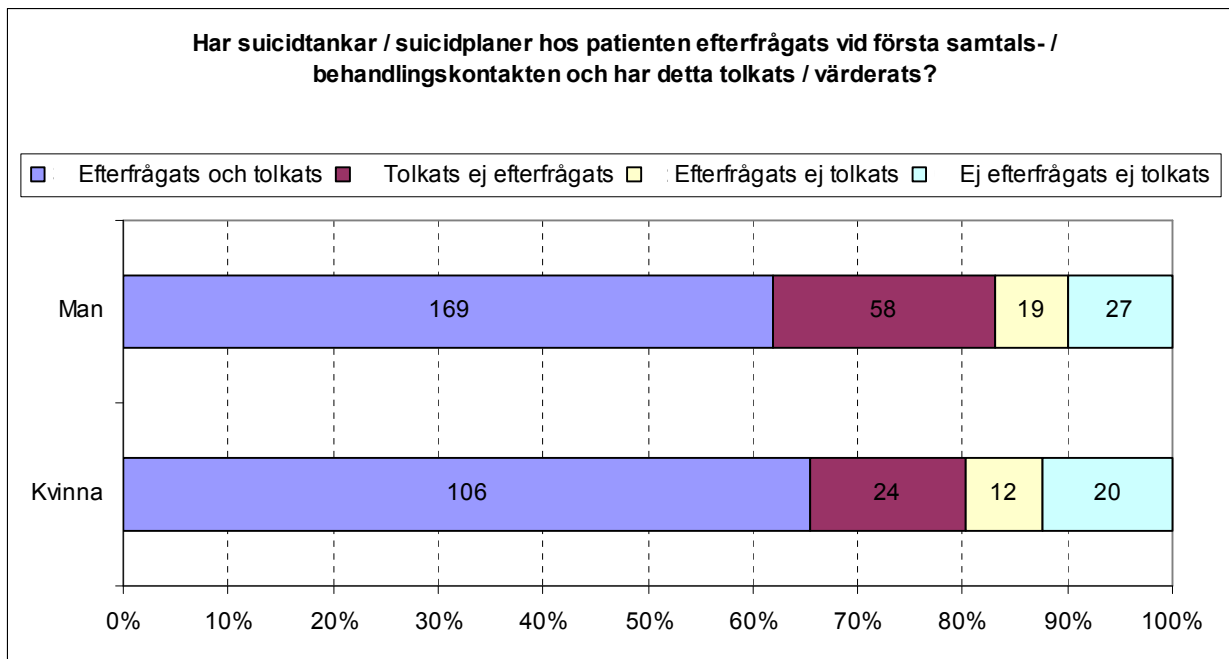
Områden som omfattas och där rutiner ska finnas:

- Bemötande av patienter
- Hur metoder för diagnostik, vård och behandling ska tas fram, tillämpas och förändras.
- Hur kompetens upprätthålls bland personal
- Rutiner för samverkan och samarbete.
- Rutiner för identifikation av risker
- Rutiner för avvikelshantering.
- Rutiner för försörjning av tjänster, produkter och teknik
- Rutiner för spårbarhet i dokumentation gällande patienter.
- Egenkontroll, uppföljning och erfarenhetsåterföring

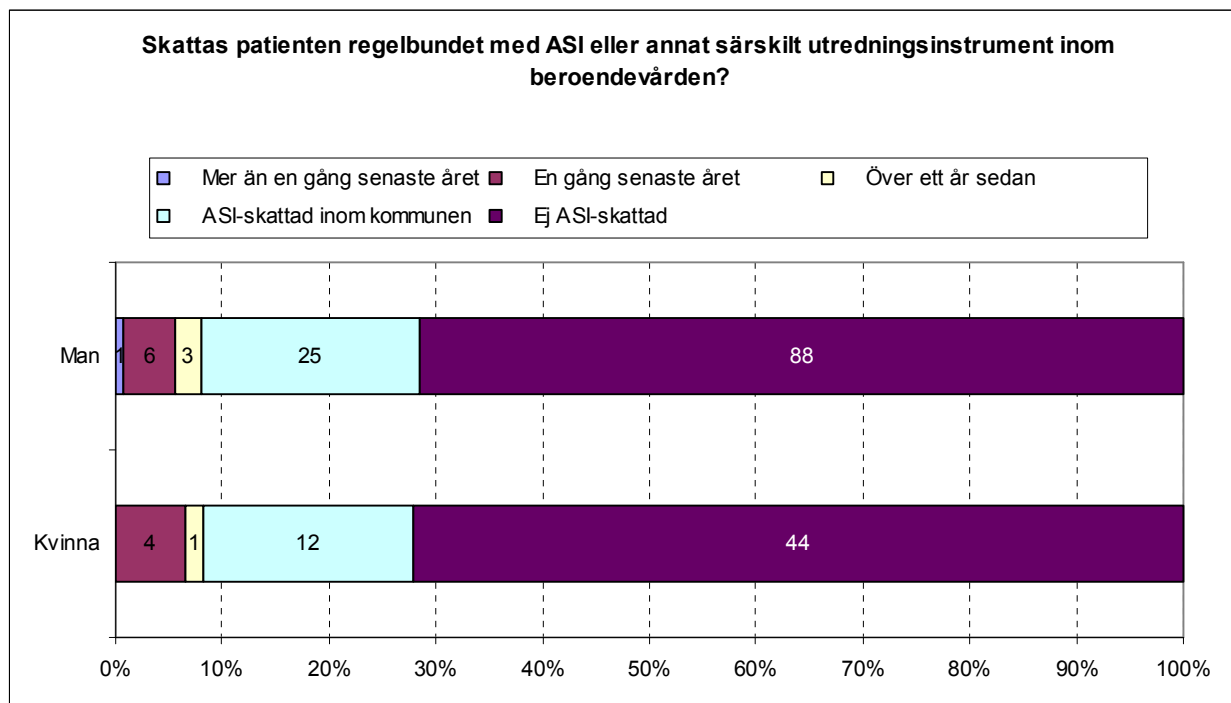
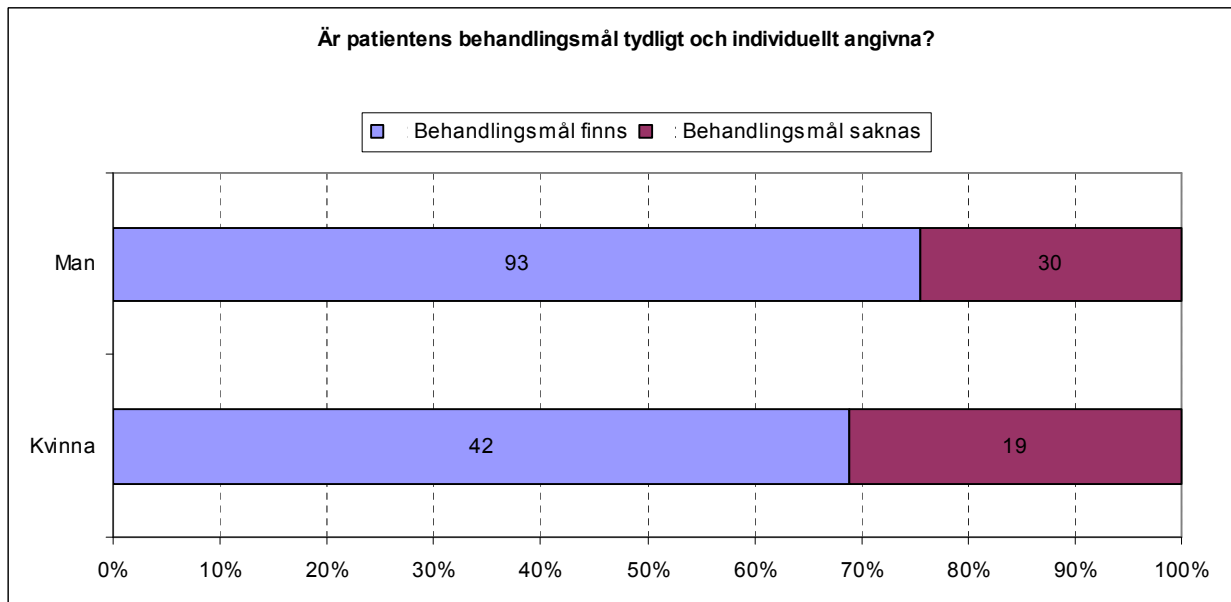
Bilaga 3 Diagrambilaga Kvinnor/Män

Data är hämtade från journalgranskningen

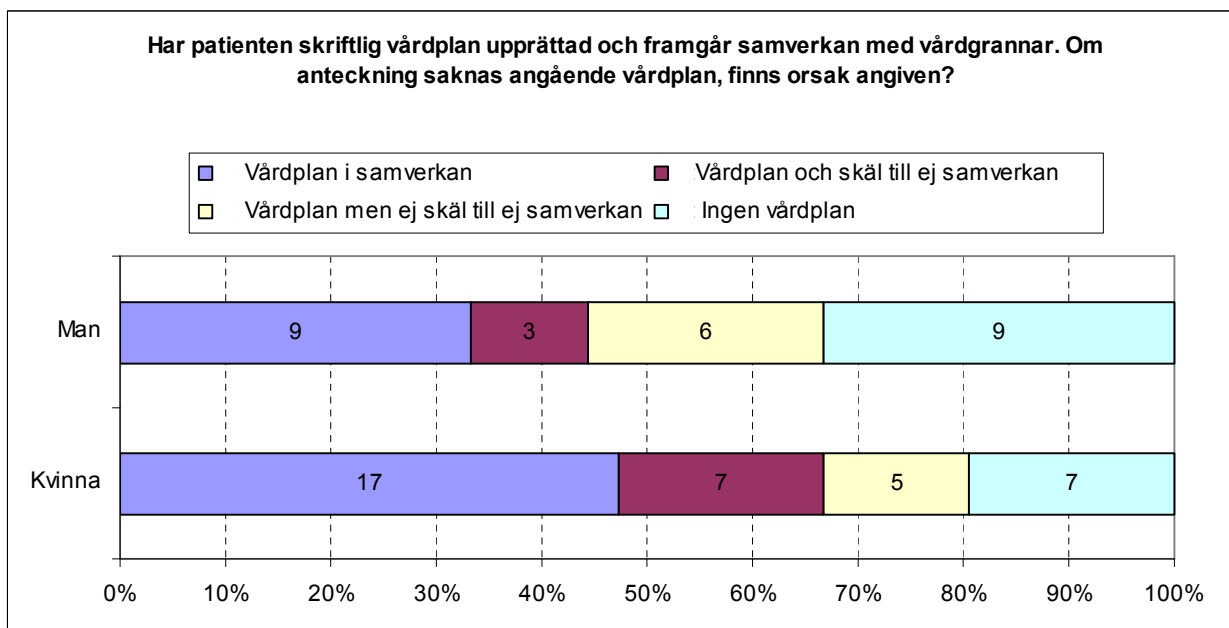
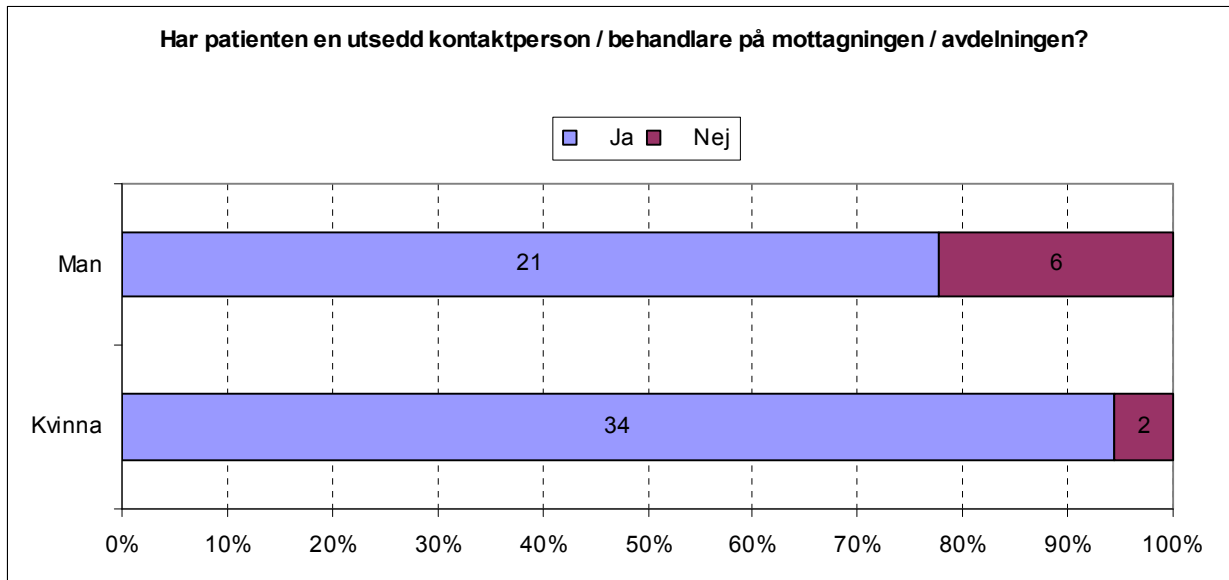
Vård av suicidnära patienter

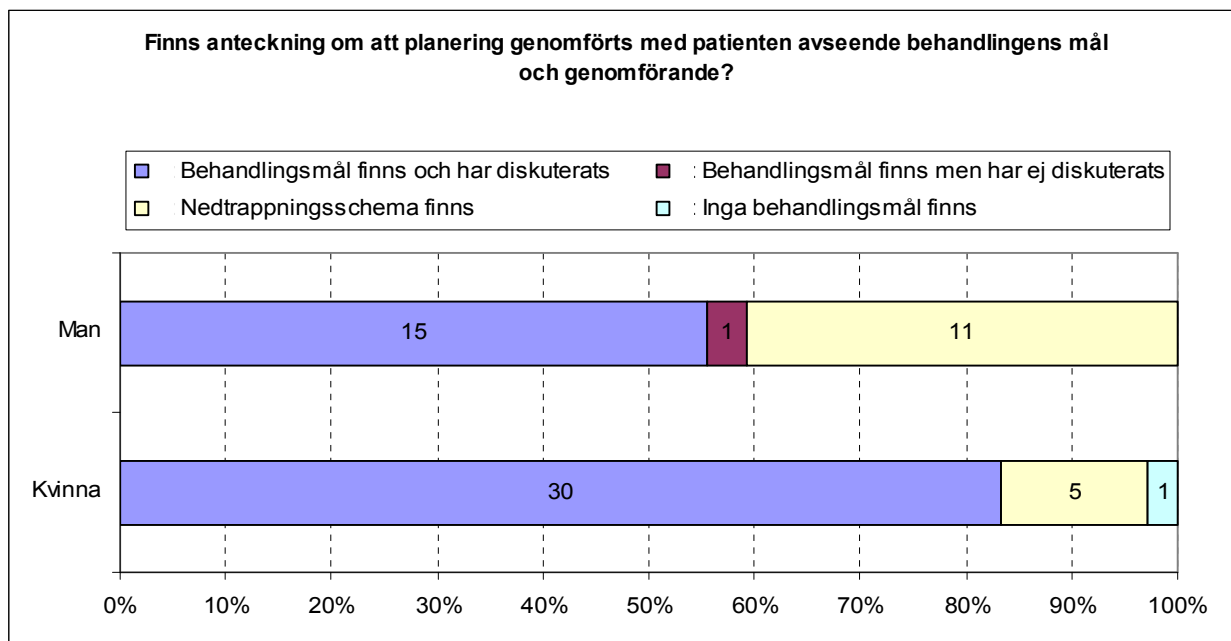


Alkoholproblem

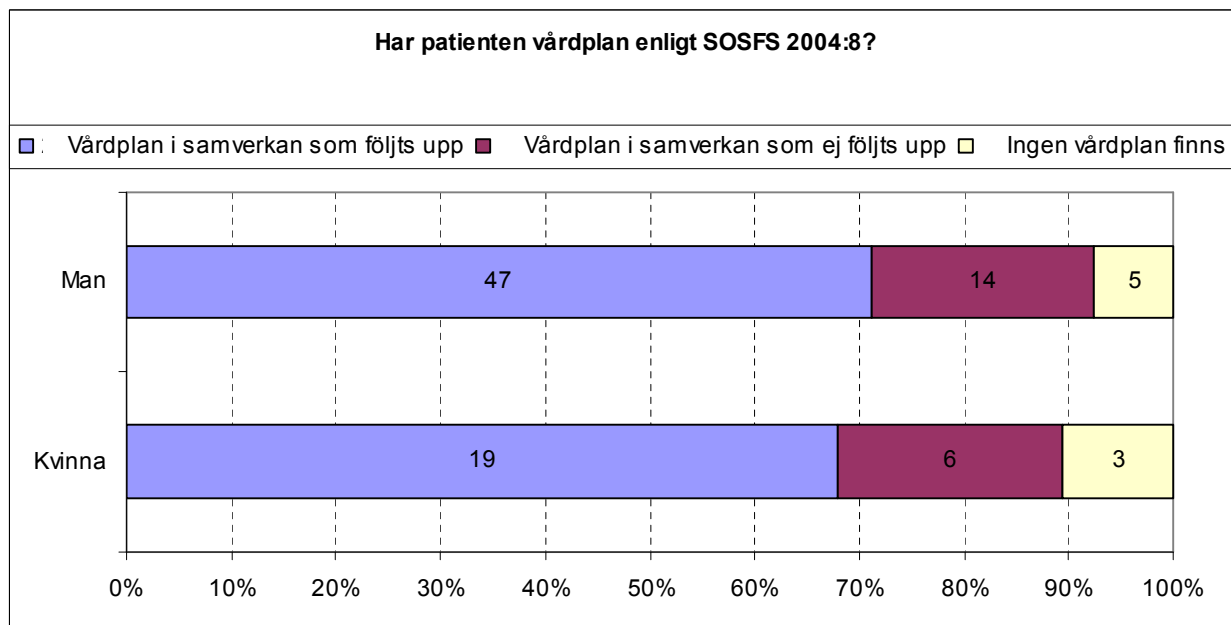


Läkemedelsberoende

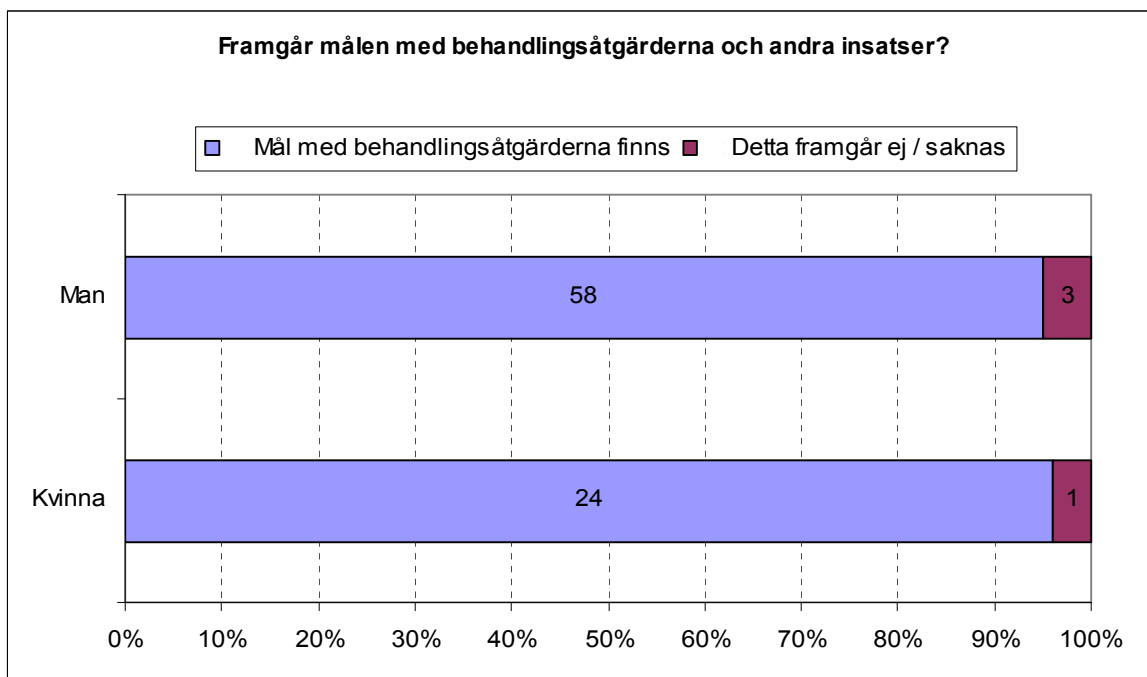




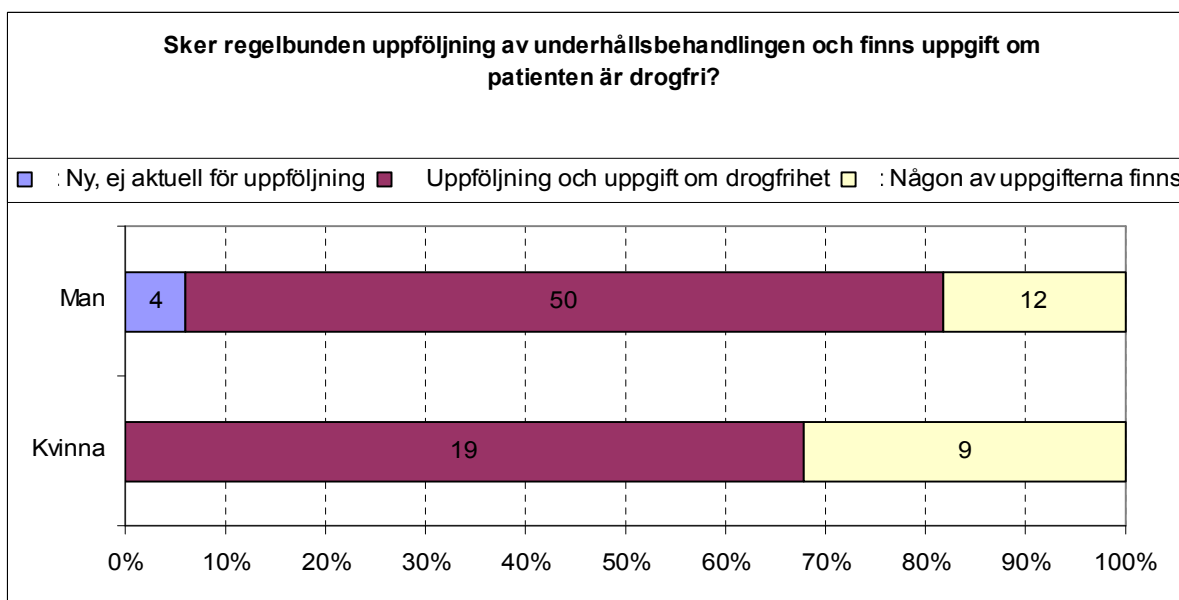
Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende (SOSFS 2004:8)



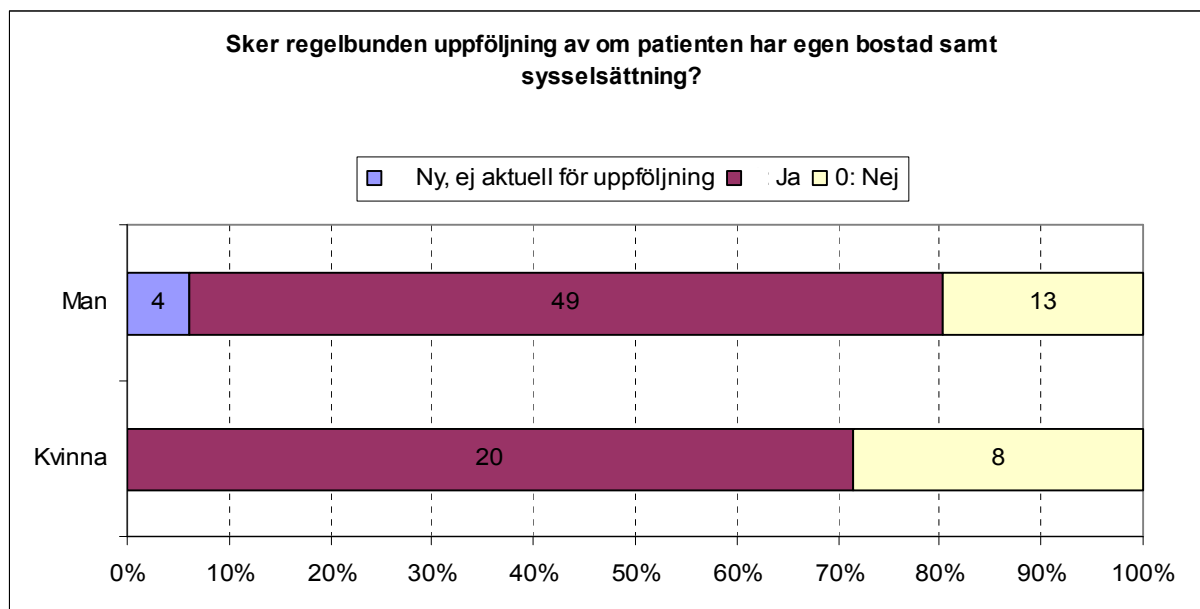
Avser endast enheter som har patienter enl föreskriften



Avser endast enheter som har patienter enl föreskriften och enbart patienter med vårdplan



Avser endast enheter som har patienter enl föreskriften



Avser endast enheter som har patienter enl föreskriften