

Revisionsrapport - 1504

Granskning av missbruksvården

Vänersborgs kommun

Lars Näsström
Remmi Gimborn

Oktober 2015

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning.....	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Revisionsfråga	3
1.3. Revisionskriterier	3
1.4. Kontrollmål	3
1.5. Avgränsning.....	4
1.6. Metod.....	4
2. Iakttagelser och bedömningar.....	5
2.1. Nämndens styrning	5
2.1.1. Iakttagelser.....	5
2.1.2. Bedömning	6
2.2. Nämndens uppföljningssystem.....	6
2.2.1. Iakttagelser.....	6
2.2.2. Bedömning	6
2.3. Bedömning av vårdbehov.....	7
2.3.1. Iakttagelser.....	7
2.3.2. Bedömning	7
2.4. Kontinuerlig uppföljning.....	7
2.4.1. Iakttagelser.....	7
2.4.2. Bedömning	8
2.5. Rutiner för samverkan med Västra Götalandsregionen (VGR)	8
2.5.1. Iakttagelser.....	8
2.5.2. Bedömning	9
2.6. Utvärdering av verksamhetens insatser	9
2.6.1. Iakttagelser.....	9
2.6.2. Bedömning	10
2.7. Övriga iakttagelser – Intern samverkan.....	10
3. Revisionell bedömning.....	12
3.1. Rekommendationer.....	12

Sammanfattning

Enligt socialtjänstlagen har kommunerna skyldighet att förebygga missbruk och att erbjuda missbrukare vård och behandling. De förtroendevalda revisorerna konstaterade i sin risk- och väsentlighetsanalys att verksamheten har brister.

- Vår samlade bedömning utifrån vår granskning är att socialnämnden i allt väsentligt säkerställer att missbruksvården är effektiv och ändamålsenlig samt har den kvalitet som lagstiftning anger.

Nämndens styrning

Vi noterar att socialnämnden inte fastställt förväntade resultat som är riktat mot socialtjänstens olika målgrupper som exempelvis personer med missbruksproblematik. Vi konstaterar att det finns väl dokumenterade rutiner och verksamhetsbeskrivningar. Vi bedömer ändå att kontrollmålet i allt väsentligt är uppfyllt.

Nämndens uppföljningssystem

Vi konstaterar att nämnden har upprättat ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt.

Bedömning av vårdbehov

Vi konstaterar att underlagen för utredningar baserar sig på bedömningsinstrument som är evidensbaserade. Vi bedömer att kontrollmålet i allt väsentligt är uppfyllt.

Kontinuerlig uppföljning

Vi konstaterar att det sker en kontinuerlig uppföljning av beviljade insatser. Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt.

Rutiner för samverkan med Västra Götalandsregionen (VGR)

Det finns en samverkansstruktur mellan kommunen och regionen på lednings- och verksamhetsnivå. Vi konstaterar att samverkan med VGR inte fungerar helt tillfredställande. Vi bedömer därför att kontrollmålet delvis är uppfyllt.

Utvärdering av verksamhetens insatser

Vi konstaterar att insatser utvärderas på individnivå men att det inte sker en utvärdering på gruppnivå. Vi bedömer därför att kontrollmålet delvis är uppfyllt.

Utifrån våra erfarenheter i granskningen lämnar vi följande rekommendationer:

Vi rekommenderar att nämnden som en del av sitt systematiska kvalitetsarbete gör en kartläggning av de processer som rör missbruksvården.

Vi rekommenderar att socialnämnden verkar för att verksamheternas insatser följs upp och utvärderas på verksamhetsnivå som en del av nämndens systematiska kvalitetsarbete.

Vi rekommenderar att socialnämnden verkar för en förbättrad samverkan med VGR.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Det skadliga bruket av alkohol har ökat i hela landet liksom narkotikamissbruket hos främst målgruppen under 25 år. Enligt socialtjänstlagen har kommunerna skyldighet att förebygga missbruk och att erbjuda missbrukare vård och behandling. Socialtjänsten har också en uppgift att arbeta uppsökande för att upplysa om verksamheten och erbjuda hjälp.

Socialstyrelsen jämförelser inom missbruks- och beroendevården visar på stora brister i kommunernas uppföljningar av de egna verksamheterna. Bara 38 procent av kommunerna har gjort undersökningar om hur klienterna uppfattar och upplever vården de erbjuder.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård¹ ger rekommendationer om åtgärder inom missbruksvården. Här framhålls även användning av bedömningsinstrument för att avgöra val av insats, behandlingsplanering och uppföljning samt att behandling för personer med både missbruk och annan, främst psykiatrisk sjuklighet, bör samordnas.

De förtroendevalda revisorerna konstaterade i sin risk- och väsentlighetsanalys att verksamheten har brister i uppföljning av rutiner för samordning. Det framgår också att klienter och anhörigas uppfattning inte används för förbättring av verksamheten. Det finns även några avvikande svar inom områdena kunskapsbaserad verksamhet och information på kommunens hemsida.

1.2. Revisionsfråga

- ❖ *Säkerställer socialnämnden att missbruksvården är effektiv och ändamålsenlig samt har den kvalitet som lagstiftning och nämndens mål anger?*

1.3. Revisionskriterier

Följande kriterier utgör grunden för våra bedömningar:

- Socialtjänstlagen, Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården och lokala styrdokument

1.4. Kontrollmål

För att besvara revisionsfrågan kommer följande kontrollmål besvaras:

- ✓ Nämndens styrning i form av mål
- ✓ Nämndens uppföljningssystem
- ✓ Bedömning av vårdbehov
- ✓ Kontinuerlig uppföljning

¹ Socialstyrelsen: (2007) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.*

- ✓ Rutiner för samverkan med landstinget
- ✓ Utvärdering av verksamhetens insatser

1.5. Avgränsning

Granskningen avgränsas till insatser riktade till vuxna missbrukare.

1.6. Metod

Intervjuer har genomförts med socialchef, avdelningschef för IFO, sektionschef för missbruksstöd, handläggande socialsekreterare, behandlingssekreterare, psykiatrisjuksköterska, behandlingsassistenter och personal från träningsboendet.

För uppdraget relevant dokumentation har gått igenom och analyseras.

Granskningen innefattar även ett urval om tio personer där beslut fattats om missbruksvård i öppna former och vid institution.

Rapporten kommer att faktakontrolleras i verksamheten och kvalitetssäkras internt enligt vår modell för att säkerställa god kvalitet.

2. *Iakttagelser och bedömningar*

I avsnittet presenteras de iakttagelser som gjorts under granskningen kopplat till respektive kontrollområde. Kontrollområdena är grunden för våra bedömningar och för att besvara revisionsfrågan.

2.1. *Nämndens styrning*

2.1.1. *Iakttagelser*

Socialnämndens mål utgår ifrån fokusområdena och inriktningsmålen. Nämnden har valt ut 10 specifika inriktningsmål som man ska arbeta med och utifrån inriktningsmålen har nämnden tagit fram 24 förväntade resultat som ska bidra till att inriktningsmålen nås. Utifrån inriktningsmålen och de förväntade resultaten har varje enhet fått arbeta fram aktiviteter för att nå de förväntade resultaten, totalt 25 aktiviteter enligt verksamhetsplanen för 2015. Nedan listas nämndens förväntade resultat i fet stil och individ- och familjeomsorgens aktiviteter för att nå resultatet i punkten under.

Ökat arbete med mångfaldsperspektiv

- Öka kunskapen hos personalen kring mångfaldsfrågor genom planera en IFO-dag kring frågorna

Ökad tillgänglighet

- Uppdatera IFO:s hemsida en gång per år

Skapa fler mötesplatser i samverkan med frivilligorganisationer och näringsliv

- Deltagande från IFO i områdesutveckling Torpa

Verka för minskad oönskad personalomsättning

- Fortsatt arbete kring den fysiska och psykosociala arbetsmiljön

Utöver ovanstående IFO-gemensamma aktiviteter har sektionerna även tagit fram aktiviteter. Sektionen för missbruksstöd har 13 aktiviteter att genomföra under 2015. Det rör bl.a. att öka kunskaperna om kriscentrum för män bland medarbetarna, att kartlägga vilka förebyggande verksamheter som finns och att kartlägga vilka mötesplatser som finns. Sektionen ska även ta fram ett drogpolitiskt handlingsprogram som beräknas bli klart under hösten.

Utöver nämndens förväntade resultat har riktlinjer och rutiner för verksamheten tagits fram. Rutinerna beskriver genomgående hur socialsekreterarna ska gå tillväga från att en ansökan/anmälan inkommer till att beslut om insatser fattas. Rutinerna hänvisar löpande till lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrifter. Det finns även lathundar, checklistor och mallar som stöd för socialsekreterarna.

För att underlätta för personalen som genomför insatser gör socialsekreterarna ett s.k. stöd- och behandlingsuppdrag i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift om dokumentation (SOF 2014:5).

Inom sektionen har särskilda verksamhetsbeskrivningar och yrkesmål tagits fram för öppenvårdsenheten Språngbrädan, Marierovägens träningsboende och beroendestödsteamet. Verksamhetsbeskrivningarna innehåller mål för verksamheten/insatsen, verksamhetens uppdrag, målgrupp och annan relevant information om verksamheten.

2.1.2. Bedömning

Vi noterar att socialnämnden inte fastställt förväntade resultat som är riktat mot socialtjänstens olika målgrupper som exempelvis personer med missbruksproblematik. Vi konstaterar att det finns väl dokumenterade rutiner och verksamhetsbeskrivningar. Vi bedömer ändå att kontrollmålet i allt väsentligt är uppfyllt.

2.2. Nämndens uppföljningssystem

2.2.1. Iakttagelser

Nämnden har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet med ett ledningssystem är att säkra, utveckla verksamhetens kvalitet och att förebygga risker för vårdskador, missförhållanden samt avvikelser från krav i lagar och förordningar. Socialtjänsten ska enligt Socialstyrelsens föreskrift SOFS 20011:9 ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som innehåller olika moment så som rutiner för riskanalys, egenkontroll, utredning av avvikelser och förbättringsåtgärder.

Det finns en rutin för intern kontroll som rör myndighetsutövningen. Syftet med rutinen är att säkerställa att Socialstyrelsens föreskrift om dokumentation följs. I rutinen framgår det att 3-5 ärenden per månad ska kvalitetssäkras av 1:e socialsekreterare. Vid intervjuerna uppgavs det att rutinen är implementerad i verksamheten. Förvaltningen uppger även att det finns en motsvarande rutin för intern kontroll för utförardelen² av verksamheten.

Till nämndens sammanträden följer en bilaga med nyckeltal från socialnämndens verksamheter. De nyckeltal som nämnden följer från sektionen för missbruksstöd är antalet våldsutsatta personer som får stöd och/eller bistånd, antalet nyplaceringar och vård dygn i HVB³, antalet vuxna i behandling på Språngbrädan⁴ och antalet boende i kommunens träningsboende.

2.2.2. Bedömning

Vi konstaterar att nämnden har upprättat ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt.

Vi rekommenderar att nämnden som en del av sitt systematiska kvalitetsarbete gör en kartläggning av de processer som rör missbruksvården.

² Med utförare avses de personer som arbetar med behandling inom förvaltningen.

³ Hem för vård eller boende.

⁴ En öppenvårdsenhet som stödjer invånare som vill ha hjälp eller stöd gällande alkohol eller narkotika.

2.3. Bedömning av vårdbehov

2.3.1. Iakttagelser

I Socialstyrelsens riktlinjer ges det rekommendationer om vilka bedömningsinstrument socialtjänsten samt hälso- och sjukvården bör använda sig av. Sektionen för missbruksstöd använder sig av bedömningsinstrument vid identifiering av alkohol- och narkotikaproblem, vilket bekräftas vid intervjuer och vid vår aktgranskning. Metoderna heter Audit/Dudit samt Audit/Dudit- E. Som stöd för att bedöma klienters hjälpbehov använder sig sektionen av bedömningsinstrumentet ASI som kartlägger klientens hela livssituation.

Sektionen använder sig inte av bedömningsinstrumenten ADDIS, SCID I eller MINI för att diagnosticera skadligt bruk, missbruk eller beroende, eftersom förvaltningen anser att det inte ligger inom socialtjänstens ansvarsområde. Dessa bedömningsinstrument har en lägre prioritering i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Förvaltningen uppgav att socialsekreterarna har den utbildning som krävs för uppdraget, dvs. socionomutbildning och fortbildning i metoder för missbruksvården. Det ska även finnas en kompetensutvecklingsplan för gruppen, enligt uppgift från förvaltningen. För att säkerställa att nyanställda har kompetensen som krävs för får nyanställda delegation⁵ först när de tillägnat sig tillräckliga kunskaper.

Förvaltningen upplever att socialnämndens insatser för att hjälpa personer med missbruks- och beroendeproblematik är tillräckliga med undantag för boende. Något som saknas sedan i våras är ett akutboende. Det pågår en process internt i kommunen för att öppna upp ett nytt akutboende. Det uppges även att bostadssituationen i kommunen försvårar sektionens arbete, eftersom rehabiliteringsprocessen försvåras när en klient saknar bostad. Träningsboendet uppges även ha lokaler som inte är anpassade för ändamålet.

2.3.2. Bedömning

Vi konstaterar att underlagen för utredningar baserar sig på bedömningsinstrument som är evidensbaserade. Vi bedömer att kontrollmålet i allt väsentligt är uppfyllt.

2.4. Kontinuerlig uppföljning

2.4.1. Iakttagelser

Sektionen för missbruksstöd beviljar insatser i perioder om 1, 3 eller 6 månader som stöd till personer med missbruks/beroendeproblematik. Efter halva insatsperioden följer socialsekreterarna upp insatsen. Uppföljningen görs genom att socialsekreteraren begär in en sammanfattning ifrån den som utför en insats, exempelvis behandlingssekreteraren som har motiverande samtal med klienten. Sammanfattningen är en kortfattad beskrivning som summerar hur insatsen har fungerat utifrån klientens målsättning i genomförandeplanen och vilka insatser som kan behövas i framtiden.⁶ Har klienten flera insatser begärs sammanfattningar in från alla som arbetar med att hjälpa klienten. Socialsekreteraren gör även en uppföljningsintervju med klienten som bl.a. baserar sig på ett bedömningsinstrument. Förvaltningen upplever att uppföljningen har fått en tydligare struktur och har blivit bättre än vad den var tidigare.

⁵ Delegation innebär att en tjänsteman har befogenheten att fatta ett beslut.

⁶ En genomförandeplan är ett dokument där klienten och utföraren kommer överrens om hur insatsen ska genomföras, vad målet för insatsen är och hur uppföljning ska ske.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOF 2014:5) ska nämndens uppföljning av insatser dokumenteras. Det gäller även för den genomförandeplan som utföraren av insatsen ska upprätta tillsammans med klienten. Vid intervjuerna beskrivs det att uppföljningen av insatserna och genomförandeplanerna dokumenteras. Något som även bekräftades vid aktgranskningen.

2.4.2. Bedömning

Vi konstaterar att det sker en kontinuerlig uppföljning av beviljade insatser. Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt.

2.5. Rutiner för samverkan med Västra Götalandsregionen (VGR)

2.5.1. Iakttagelser

Kommunerna i Fyrbodalen har ett avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan kommunerna och VGR på en övergripande nivå. Det finns även en lokal psykiatriplan som är upprättad mellan kommunen och VGR, avtalet reglerar primärvården och specialistvård, enligt förvaltningen. Det pågår för närvarande ett arbete med att ta fram en ny regional plan för psykiatri, som beräknas bli klar vid slutet av 2015. Därefter är tanken att en ny lokal plan ska tas fram.

Vid intervjuerna framkommer att sektionen för missbruksstöd och VGR har flera olika samverkansforum, bl.a. regelbundna samverkansmöten med representanter för VGR. Både socialchef, IFO-chef och sektionschef deltar i samverkansmöten på olika nivåer. Socialchefen är med i en beredning där företrädare från psykiatri och missbruksvården deltar. I beredningen diskuteras avvikelser och hur man ska gå vidare i fall där kommuner och VGR inte är överrens. IFO-chefen är med i en samverkansgrupp utifrån den lokala psykiatriplanen där berörda från de olika delarna (kommunal socialpsykiatri, primärvård samt specialistvård) ingår.

Sektionschefen har samverkansmöten med öppenpsykiatri i kommunen. Samverkan med öppenpsykiatri uppges fungera tillfredställande, men det finns enligt förvaltningen förbättringsmöjligheter.

När en klient får insatser av både socialtjänst och hälso- och sjukvården ska en samordnad individuell plan (SIP) upprättas, något som regleras av socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen sedan 2010. Det är i regel socialtjänsten som kallar till möten angående SIP, enligt uppgift från förvaltningen. När en klient är aktualiserad både hos socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns det ett gemensamt ansvar att upprätta SIP. Något som nämndes vid intervjuerna var att läkarna inte prioriterar SIP, vilket gör att socialsekreterarna får träffa sjuksköterskor som inte har samma befogenhet att fatta beslut som läkarna. Samverkan uppges inte fungera tillfredställande med alla vårdcentraler.

Det uppges att samverkan även försvåras av att socialtjänsten och hälso- och sjukvården har olika förhållningssätt när det gäller personer med missbruks- och beroendeproblematik. Förvaltningen uppger att det idag saknas möjligheter till en grundlig abstinensvård i närområdet. Det finns möjlighet till avgiftning på Norra Älvsborgs sjukhus som tar emot patienter för avgiftning (vanligtvis en kortare inläggning några dagar 2-3). Det försvårar

rehabiliteringsprocessen då klienter ofta har behov av en längre abstinensbehandling före mer omfattande behandlingsinsatser påbörjas.

Något som efterfrågas av företrädare från kommunen är att ha en tydligare väg in till hälso- och sjukvården, dvs. vem som kan kontaktas och vilka resurser som finns.

Vid aktgranskningen noterades att viss samverkan med VGR förekom, bl.a. genom korrespondens och informationsutbyte. Denna samverkan rör dock bara i liten omfattning diskussioner kring gemensamma mål eller ansvarsfördelning. I de aktuella stickproven förekom det inte någon SIP.

2.5.2. Bedömning

Det finns en samverkansstruktur mellan kommunen och regionen på lednings- och verksamhetsnivå. Vi konstaterar att samverkan med VGR inte fungerar helt tillfredställande enligt uppgift från förvaltningen. Vi bedömer därför att kontrollmålet delvis är uppfyllt.

Vi rekommenderar att socialnämnden verkar för en förbättrad samverkan med VGR.

2.6. Utvärdering av verksamhetens insatser

2.6.1. Iakttagelser

Sektionen för missbruksstöd erbjuder insatser genom öppenvårdsenheten språngbrädan, Marierovägens träningsboende och beroendestödsteamet. När det gäller utförandet av insatser använder sig förvaltningen även här av evidensbaserade metoder som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Språngbrädan vänder sig till kommuninvånare som har frågor eller vill ha hjälp och stöd med alkohol och narkotika. Språngbrädan erbjuder flertalet insatser bl.a. motiverande samtal, återfallspreventionsprogram, haschavänjningsprogram och CRA-program.⁷ Behandlingssekreterarna som arbetar på Språngbrädan har olika bakgrunder, de är bl.a. socionomer, socialpedagoger och fritidsledare. Samtlig personal har genomgått fortbildning i behandlingsmetoderna som används på enheten.

Marierovägens träningsboende erbjuder personer med ett dokumenterat missbruk eller beroende möjligheten att träna sig i att bo och ta ansvar för att underlätta en etablering på bostadsmarknaden. Personalen består av två verksamhetspedagoger, två boendestödjare och en verksamhetsledare. Personalen har fått fortbildning inriktat mot målgruppen.

Behandlingsassistenterna som arbetar i beroendestödsteamet är undersköterskor/skötare i grunden och arbetar med psykosociala stödinsatser som grundar sig i klientens behov. Personalen har fått fortbildning som rör missbruksvården.

Det görs utvärderingar av verksamhetens insatser på individnivå. Detta görs kontinuerligt av behandlingspersonalen och i samband med insatsernas uppföljning tillsammans med socialsekreterarna. Socialsekreterarna gör en strukturerad utvärdering enligt ett bedömningsinstrument i samband med uppföljningen.

⁷ CRA betyder "Community reinforcement approach" och är en behandlingsmodell för personer med missbruksproblematik. Modellen bygger på att klienten tillsammans med behandlaren försöker förändra destruktiva levnadsvanor genom positiv förstärkning.

Utförarna uppgav att de lägger vikt vid vad klienterna tycker och om de är nöjda med insatsen. Det beskrivs att det finns en nära dialog med socialsekreterarna och att det därför lätt går att byta till en mer välfungerande insats.

Förvaltningen uppgav att den i delårsrapport och årsredovisning drar slutsatser om utvecklingen rörande de nyckeltal nämnden följer.

Något som nämndes vid intervjuerna var att det pågår ett arbete med att implementera en metod för brukarmedverkan som kallas för Feedback informed treatment (FIT). Syftet med metoden är att följa om klienterna upplever att insatserna har varit till nytta. Två medarbetare i behandlingsteamet har gått en utbildning i metoden och medverkar i uppföljningsgrupper och utför metoden i sitt klientarbete. Två socialsekreterare och 1:e socialsekreterare samt behandlingssekreterare har påbörjat en implementeringsutbildning i FIT. Det finns möjlighet för all personal inom hela IFO att gå utbildningen i FIT.

1:e behandlingssekreterare arbetar med att ta fram en brukarutvärdering som är tänkt att användas efter att insatser avslutats och som kan vara till stöd för utvärdering av teamets insatser. 1:e behandlingssekreterare är även med i ett socialt nätverk där kommunens brukarorganisationer deltar.

2.6.2. Bedömning

Vi konstaterar att insatser utvärderas på individnivå men att det inte sker en utvärdering på gruppnivå. Vi bedömer därför att kontrollmålet delvis är uppfyllt.

Vi rekommenderar att socialnämnden verkar för att verksamheternas insatser följs upp och utvärderas på verksamhetsnivå som en del av nämndens systematiska kvalitetsarbete.

2.7. Övriga iakttagelser – Intern samverkan

Under granskningen noterades ett antal förbättringsmöjligheter som inte är direkt kopplade till granskningen men som är viktiga att belysa.

Något som nämndes var att den interna samverkan i kommunen kan förbättras för att se till att enskilda inte hamnar mellan stolarna. Det beskrivs att det funnits problem när personer med missbruksproblematik haft behov av att bo på särskilt boende eller LSS-boende.

För att förbättra den interna samverkan och se till att enskilda inte hamnar mellan stolarna inrättades en gråzonsgroup 2007-2008. I gruppen träffas representanter från individ- och familjeomsorgen, vård- och omsorg samt omsorg om funktionshindrade. Gruppen har enligt förvaltningen förbättrat samverkan och är under utveckling för att förbättra samverkan mellan avdelningarna ännu mer.

Det finns även en grupp i förvaltningsledningen diskuterar vilka rutiner som ska gälla i gränsdragningsfrågor. Vid intervjuerna nämndes det att gruppen har förbättrat samverkan men att "knäckfrågorna" inte är lösta.

Det uppges att dialogen mellan socialsekreterarna och "utförarna" inom sektionen kan förbättras. Sektionen har tagit fram relationsmål som beskriver hur medarbetarna ska förhålla sig till och bemöta varandra för att förbättra situationen.

3. Revisionell bedömning

Vår samlade bedömning utifrån vår granskning är att socialnämnden i allt väsentligt säkerställer att missbruksvården är effektiv och ändamålsenlig samt har den kvalitet som lagstiftning anger.

3.1. Rekommendationer

Vi rekommenderar att nämnden som en del av sitt systematiska kvalitetsarbete gör en kartläggning av de processer som rör missbruksvården.

Vi rekommenderar att socialnämnden verkar för att verksamheternas insatser följs upp och utvärderas på verksamhetsnivå som en del av nämndens systematiska kvalitetsarbete.

Vi rekommenderar att socialnämnden verkar för en förbättrad samverkan med VGR.

2015-10-09

Håkan Olsson



Uppdragsledare

Lars Näsström

Projektledare