

*Handläggare: Maria Andersson, Sigrun Garay Sevelin
Johan Tallroth och Ewa Korek*

Vårdavtal om beroendevård för vuxna med Beroendecentrum Stockholm (BCS)

Ärendet

Ärendet avser förslag till vårdavtal med Beroendecentrum Stockholm för perioden 2009-04-01 -- 2009-12-31, med möjlighet till förlängning i högst 2 år. Avtalet omfattar beroendevård för vuxna i form av länsgemensam sluten- och öppenvård, lokal integrerad öppenvård samt läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende (metadon och buprenorfin).

Ärendet har behandlats av Programberedning för Psykiatri och missbruk.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna vårdavtal med Beroendecentrum Stockholm, Stockholms läns sjukvårdsområde, för perioden 2009-04-01 – 2009-12-31

Förvaltningens synpunkter

Det föreslagna avtalet omfattar all beroendevård för vuxna i Stockholms län som produceras av Beroendecentrum Stockholm (BCS). Avtalet avser tidsperioden 2009-04-01 -- 2009-12-31. Möjlighet finns att förlänga avtalet med ytterligare 1 år i taget som längst till 2011-12-31 (1 + 1 år).

Avtalets huvuddrag sammanfattas i nedanstående tabell. Därefter beskrivs med fokus på förändringar jämfört med 2008 samt uppdraget till Beroendecentrum Stockholm. Avslutningsvis beskrivs några viktiga områden som avtalet syftar till att utveckla.

Sammanfattning av avtalet

Förhandlingsmål	Resultat
Implementera ny ersättningsmodell som är lika för all specialiserad beroendevård i länet (beslut i Allmänna utskottet 2008 LS 0802-0122).	Ersättningssystem med rörlig ersättning har implementerats. Några verksamheter får också ett tillägg med en fast ersättning: <ul style="list-style-type: none"> • Akutmottagningen • Ewa/Familjesociala enheten Några verksamheter får försättningsvis helt fast ersättning: <ul style="list-style-type: none"> • Koordinator Integrerat Team för Opiatberoende Kriminalvårdsklienter permanentas (ITOK) • Smittskydds nätverk
Implementera nytt uppdrag som är lika för all specialiserad beroendevård i länet.	I stort samma uppdrag som för den upphandlade vården (se uppdragsbeskrivning). Utöver detta tillkommer uppdrag om slutenvård enligt LPT (tvångsvård) samt vissa länsövergripande verksamheter som endast bedrivs av BCS: Ewa/Familjesociala enheten och konsultverksamhet vid Infektionskliniken på KS/Huddinge.
Ekonomisk ram	Ersättningen för beställd volym höjs med 1,8 % jämfört med 2008. Den totala årliga ersättningen för beställd volym är 406 000 000 kr. För avtalsperioden 20090401-20091231 är den totala maximala ersättningen 304 500 000 kr.
Öka volymer i beställningen	Utökade beställda volymer jämfört med 2008: <ul style="list-style-type: none"> • 9 % ökning i slutenvården • 20 % ökning i öppenvården • 46 % fler neuropsykiatriska utredningar. (se bilaga 2).

<p>Införa enhetliga och lägre pris per insats.</p>	<p>Utjämning av ersättning i lokal öppenvård, differentiering av besökstyper och ett lägre pris för mottagningsbesök hos annan personal än läkare (960 kr) samt lägre pris per vårddygn (snittpriset per vårddygn 4740 kr).</p>
<p>Utveckling av befintlig verksamhet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Omstrukturering av slutenvården:</i> Utökad beställning av slutenvård för att kunna erbjuda längre vårdtider samt utveckla former för "lättare" slutenvård. • <i>Utveckling av den öppna lokala beroendevården:</i> Ökad samordning mellan olika mottagningar för att förbättra tillgängligheten till differentierat och evidensbaserat utbud i hela länet. • <u>I</u>ntegrerat <u>T</u>eam för <u>O</u>piatberoende <u>K</u>riminalvårdsklienter permanentas (ITOK) • Länsövergripande smittskyddsnätverk permanentas
<p>Bygga upp ny verksamhet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Särskilt team kvinnliga missbrukare (enligt beslut i oktober 2008, HSN 0603-0617) • Särskilt team för att arbeta med "mångbesökare" på akutmottagningen. <p>Verksamheterna får fast ersättning under 2009. Vite om 1 % av den totala omsättningen om verksamheterna inte är i drift 2009-10-31.</p>

Det föreslagna avtalet med Beroendecentrum Stockholm för 2009 innebär stora förändringar. Den nya ersättningsmodellen skapar betydligt större tydlighet och transparens samt ger beställaren ökade möjligheter till uppföljning av kostnader och volymer. Ersättning per besök i den lokala beroendevården är lika oavsett var i länet vården produceras. Förutsättningarna för den privata och den offentligt drivna vården blir mer lika och möjligheterna att jämföra verksamheterna därmed större.

Produktionsrelaterad ersättning införs för nästan alla delar av verksamheten. Incitamenten för att öka antalet besök och för att göra besök med större vårdtyngd har stärkts genom att vårdgivaren erhåller ersättning med differentierat pris för olika typer av besök beroende på resursåtgången (se ersättningsbilagan). I den nya ersättningsmodellen ersätts besökstyper som vårdgivaren tidigare inte erhållit ersättning för. Det gäller framför allt nätverksmöte utan patient. Även i slutenvården införs ett differentierat pris där ersättningen sjunker ju längre vårdtiden är. Det differentierade priset i slutenvården har utnyttjats i beställningen för att öka beställningen av vårddygn nr 2-6 och 7 för att på så sätt beställa längre vårdtider vid behov samt skapa förutsättningar för utveckling av "lättare" slutenvård, gärna i samverkan med kommuner/stadsdelar.

Under förhandlingarna gjordes jämförelser med den specialiserade beroendevården i Skåne och Örebro. Priset där varierar mellan ca 3700 och 4900 kr per vårddygn. Detta i kombination med att upphandlingen visade på att kostnaderna för den specialiserade beroendevården i Stockholm har legat alltför högt, särskilt för slutenvården. Eftersom BCS har ersatts med en fast ersättning går det inte att exakt ange pris per insats men den beräknade ersättningen som de har erhållit per vårdgyn har legat strax över 7000 kr.

Med anledning av de höga priserna och skillnaderna mellan olika länsdelar har ett viktigt förhandlingsmål varit att sänka priset per insats vilket har varit framgångsrikt. I det föreslagna avtalet ersätts Beroendecentrum Stockholm med:

- 960 kr per poäng i öppenvården (priset för 1 poäng motsvarar priset som betalas för ett mottagningsbesök hos personal som inte är läkare)
- 5500 kr per vårddygnspoäng i slutenvården (motsvarar ersättning för vårddygn 1 (snittpriset för slutenvårdsdygn är 4740 kr)

Ett annat viktigt förhandlingsmål har varit att använda de resurser som frigjorts genom sänkning av priset till en utökning av beställda volymer. Justering av pris i förhandlingen har därför gjorts med målet att den totala kostnaden för avtalet skall vara oförändrad. För att kunna enas har krävts att den totala beställningen gjordes på en nivå som motsvarar en uppräknig av tidigare ersättning med 1,8 procent. Ökningen av kostnaden skall ses mot bakgrund av att den ger både en kvalitetsutveckling och produktionsökning i befintlig verksamhet, tidigare projektfinansierade verksamheter permanentas samt två nya verksamheter byggs upp under året.

Produktionsökningen är betydligt större än ökningen av den ekonomiska ramen. Förvaltningen har ansett det särskilt angeläget att utöka och utjämna produktionen inom den lokala integrerade vården samt få till stånd uppbyggnad av ett särskilt team för kvinnor samt fler neuropsykiatriska utredningar.

Några verksamheter föreslås även fortsättningsvis erhålla ett tillägg med fast ersättning. Det gäller Ewamottagningen, Familjesociala och akutmottagningen (BAS) vars kostnader inte täcks av den rörliga ersättningen om 960 kr per poäng. Inför 2010 bör beställningarna för dessa verksamheter ses över.

Några verksamheter föreslås även fortsättningsvis erhålla fast ersättning. Det gäller ITOK koordinators, väktare samt smittskyddsverk. Anledningen är att dessa verksamheter inte innebär direkt patientkontakt och därför inte genererar besök.

Ytterligare en viktig effekt av det föreslagna avtalet för 2009 är att det innebär en utjämning av ersättningen i lokal beroendevård. Tidigare har den ersättningen som vårdgivaren erhållit utslaget per besök varierat mellan olika delarna i länet (mellan ca 900 kr – 1200 kr), där norra länet erhållit högst ersättning och södra länet lägst ersättning. Utjämningen av ersättningen har även medfört en välkommen omfördelning av förväntade volymer. Avtalet innebär en omfattande ökning av antalet besök i den lokala vården i södra länet, en mindre ökning i norra länet samt en minskning av Stockholm (bilaga 2). Förvaltningen avser följa hur produktionen i olika delar av länet utvecklas för att kunna analysera effekterna av avtalet när det gäller tillgången på jämlik vård.

Den specialiserade beroendevården

Uppdraget avser specialiserad öppen och slutna beroendevård inklusive lokal integrerad beroendevård, läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende samt akut omhändertagande dygnet runt. Uppdraget omfattar vuxna över 18 år i Stockholms län, samt ungdomar from 13 år i delar av norra länet och Stockholms stad. Patientens fria val gäller i hela Stockholms läns landsting.

Den specialiserade beroendevårdens huvuduppgift är abstinensbehandling vid svåra och/eller komplicerade beroendeproblem. Den specialiserade beroendevården skall erbjuda ett differentierat och målgruppsanpassat vårdutbud för olika typer av drogberoende, konsultinsatser till vårdgrannar och stöd avseende sekundärprevention samt utveckling av behandlingsmetoder.

Vårdgivaren skall tillhandahålla specialiserad beroendevård i öppen och slutenvård. Vårdgivaren ska svara för avgiftning och abstinensbehandling i öppen/slutenvård, återfallsprevention och vårda patientgrupper enligt Hälsa- och SjukvårdsLagen (HSL) och Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT). Beroendecentrum Stockholm svarar för all specialiserad beroendevård som bedrivs enligt LPT i länet.

Beroendevård enligt HSL bedrivs i länet av två vårdgivare som båda har ett länsövergripande ansvar, men svarar för lokal integrerad beroendevård i olika delar av länet. Maria Beroendecentrum AB (MBAB) bedriver lokal integrerad beroendevård på Södermalm och i de södra delarna av Stockholms stad samt i Nacka och Värmdö. I övriga och stadsdelar och kommuner, förutom Ekerö, driver BCS lokal integrerad beroendevård. I Ekerö har landstinget avtalat med kommunen om drift av lokal beroendevård vid mottagningen Fyren. Under 2009 kommer driften av Fyren att övertas av BCS och from 2010-01-01 kommer även lokal integrerad beroendevård att omfattas i detta avtal.

Aktuella utvecklingsfrågor

1. Lokal integrerad öppenvård

Kärnan i den specialiserade beroendevården är de lokala integrerade mottagningarna som finns i kommuner och stadsdelar. Det är där som samverkan och samordning sker mellan den specialiserade beroendevården, kommunen och vårdgrannar, exempelvis allmänpsykiatrin. Detta har förtydligats ytterligare i den reviderade länsolicyn för att behandla och förebygga missbruk och beroende som Landstingsfullmäktige antog den 7 oktober 2008 (LS 0808-0742).

Samtidigt som integrerade insatser och geografisk tillgänglighet för patienterna måste säkras är det viktigt att alla oavsett boendeort erbjuds ett differentierat vårdutbud och möjlighet att i dialog med vårdgivaren påverka sin behandling utifrån individuella behov. I vissa fall har mottagningar i mindre kommuner svårt att erbjuda ett tillräckligt brett behandlingsutbud och upprätthålla god kvalitet på grund av att antalet patienter är så litet. Det gäller bl. a. utredningar och behandling av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar samt läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende. Vidare är små mottagningar mycket sårbara, de klarar ofta inte att upprätthålla rimliga öppettider och samtidigt erbjuda personal och patienter säkra förhållanden.

Det är också viktigt att fokus på integrerade mottagningar inte begränsar patienternas valfrihet och leder till att de patienter som inte har behov av insatser från socialtjänsten avskräcks att söka på egen hand att komma i kontakt med socialtjänsten. I dialog med beställare prövas nu flera olika vägar för att utveckla den specialiserade beroendevården. Det gäller bl. a. försök att förlägga delar av verksamheten vid en vårdcentral (påbörjades under 2008 i Danderyd), sammanslagning av mottagningar eller utökad samverkan mellan flera mottagningar så att vissa typer av behandling kan koncentreras samtidigt som integrerade mottagningar bibehålls för andra delar av behandlingsutbudet.

En annan viktig utvecklingsfråga för de lokala mottagningarna är förbättring av samverkan mellan beroendevården och psykiatrin. Idag är samverkan bristfällig på många håll i länet. Frågan om samverkan mellan allmänpsykiatrin och beroendevården poängteras också i länets nya policy för att förebygga och behandla missbruk och beroende. Där förtydligas att även psykiatrin skall vara närvarande vid de lokala integrerade mottagningarna.

I avtal 2009 har uppdraget om samverkan mellan beroendevården och allmänpsykiatrin kring patienter med komplexa vårdbehov förtydligats och samma text återfinns i båda uppdragen. Vidare betonas att samverkan mellan psykiatri och beroendevård skall utgå från de lokala integrerade mottagningarna.

2. Slutenvården

Slutenvården och akutmottagningen omstrukturerades under 2007-2008. Det innebar bl.a. att Lövstalunds behandlingshem har stängts. Utredning av

patienter med komplicerade psykiatriska tillstånd inkl komplexa vårdbehov p g a missbruk och beroende och neuropsykiatriska tillstånd behålls och utförs av ett öppenvårdsteam i samverkan med de lokala mottagningarna. För de patienter som behöver vårdas i slutenvård i samband med utredningar används den nya narkomanavdelningen och för patienter som är i behov av strukturerat boende Krukis Örnsberg som har en avdelning för klienter med komplexa vårdbehov.

Under 2008 har narkomanvårdsavdelningen 110 på Danderyd flyttat till St Görans och heter nu avd 54. På så sätt samlas alla slutenvård inom Beroendecentrum Stockholm på S:t Görans sjukhus. Ombyggnad av akutmottagningen på S:t Görans har också påbörjats under 2008 och kommer att slutföras under första halvan av 2009. Ombyggnaden ger större lokaler och bättre vårdmiljö bl.a. för kvinnor genom att avskildhet på enkelrum vid tillnyktring kan erbjudas.

Under 2008 har också kritik framförts vad gäller hur beroendevården avgränsar avgiftning i slutenvården, bl.a. har Landstingsrevisorerna i sin rapport *Vården för hemlösa – multisjuka utan adress* (Rapport 10/28 RK 2000804-33) kritiserat beroendevården för att vårdtiderna i slutenvården är för korta, vilket leder till att personer ibland är i alltför dåligt skick när de skrivs ut och att utskrivningen sker med otillräcklig vårdplanering. Det rör sig ofta om patienter som har komplicerad och avancerad beroendeproblematik i kombination med sviktande somatisk hälsa och stor social problematik. För att skapa effektiva vårdprocesser är det viktigt att kunna erbjuda en smidig övergång mellan landstinget och kommunen för dessa patienter. Samtidigt måste framhållas att långsiktiga behandlingsresultat inte alltid tjänar på långa slutenvårdstillfällen. En möjlig utvecklingsväg är att i större utsträckning erbjuda "lättare" slutenvård i samverkan mellan kommunen och landsting t.ex. genom att i strukturerade boenden och behandlingshem erbjuda vård. Detta görs idag t.ex. vid Krukis Örnsberg. Avtalet för 2009 omfattar en utökad beställning av slutenvårdsdygn 2 och framåt för att utöka möjligheten att erbjuda förlängda vårdtider och "lättare" slutenvård.

3. Läkemedelsassisterad underhållsbehandling för opiatberoende
Introduktionen av läkemedlet buprenorfin (Subutex och Suboxone) har inneburit en ökad tillgång till underhållsbehandling vid opiatberoende i den lokala integrerade beroendevården.

Förvaltningen anser att decentralisering av läkemedelsassisterad underhållsbehandling är positivt och på sikt bör utökas. Det är angeläget att undvika hög koncentration av patienter vid stora mottagningar placerade i Stockholms innerstad. Under 2008 har problem med kriminalitet och otrygghet för de boende i området kring Mariatorget på Södermalm fått stor uppmärksamhet. Inte lika uppmärksammade är de negativa konsekvenserna för patienter då de tvingas besöka stora mottagningar där de ibland utsätts för langningsförsök vilket hotar påverka resultatet av behandlingen. Det är en viktig kvalitetsfråga att erbjuda ett vårdutbud som främjar individanpassning av insatserna i en miljö där patientens integritet respekteras och som stödjer och främjar patienternas drogfrihet.

Ytterligare en anledning att i större utsträckning erbjuda decentraliserad underhållsbehandling är att underlätta en integrerad behandling. Socialtjänstens arbete med t.ex. sysselsättning är en viktig för goda behandlingsresultat. Metadonsektionen inom BCS har vid ett flertal tillfällen, bl. a. i utvärderingen av Integrerat Team för Opiat beroende Kriminälvårdsklienter (ITOK), pekat på att sysselsättning är ett viktigt utvecklingsområde vid underhållsbehandling.

Det är angeläget att tillse att behandlingens kvalitet, patientsäkerheten och personalens arbetsmiljö kan upprätthålls vid decentralisering av vården. Under 2009 kommer ett första försök att erbjuda underhållsbehandling med metadon vid den lokala integrerade beroendemottagningen i Södertälje att göras.

Den s k Baslinjestudien som genomförts av MBAB i samarbete med Karolinska Institutet och som under hösten 2008 redovisade preliminära resultat pekar på stort sidomissbruk bland de personer som intervjuades. Utifrån studien är det emellertid svårt att dra generella slutsatser kring sidomissbruket inom den läkemedelsassisterade underhållsbehandlingen då de som nåddes av studien var företrädevis hemlösa och marginaliserade personer. Den större delen av patienterna i underhållsbehandling klarar att upprätthålla drogfrihet medan en mindre grupp har svårt att långsiktigt upprätthålla drogfrihet. Dessa patienter har inte sällan också andra problem exempelvis allvarliga personlighetsstörningar och kriminalitet. För dem är det angeläget att utveckla vård- och omsorgsinsatser som ökar deras möjligheter att lyckas i behandlingen eftersom utskrivning ur programmet leder till ökad risk för patientens liv och hälsotillstånd.

Sedan 2007 har Beroendecentrum Stockholm tillsammans med Kriminalvården drivit ett särskilt projekt (ITOK). Projektet utvärderades under 2008 och visade mycket goda resultat (HSN 0902-0176). I avtalet för 2009 permanentas verksamheten och kommer att ersättas i enlighet med det rörliga ersättningssystemet. För att finansiera hälften av den koordinatorstjänst som sjukvården samfinansierar med Kriminalvården avsätts medel i form av fast ersättning.

4. Särskilda insatser för kvinnor inom den specialiserade beroendevården

Kvinnors erfarenhet av missbruk och beroende är ofta annorlunda än männens. De utsätts oftare än andra kvinnor för våld i nära relationer och detta är viktigt att beakta i behandlingen. Genuskompetens kring kvinnors specifika problematik och utsatthet i samband med beroende är viktigt för att kvinnor ska få en beroendevård som är anpassad till deras behov.

Under 2008 fattade Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN 0603-0617) beslut rörande utvecklingen av särskilda insatser inom beroendevården för våldsutsatta kvinnor. Beslutet innebar bl. a att ett särskilt team för kvinnor skall skapas inom den öppna beroendevården. Teamet skall ha särskild kompetens kring kvinnors behov och arbeta för att fånga upp och erbjuda behandling till kvinnor i behov av särskilt stöd. I avtalet för 2009 med BCS ingår att detta team ska byggas upp och börja arbeta under året.

5. Personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Ett bristområde inom beroendevården har varit kapaciteten att utreda och behandla personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Under 2008 har BCS påbörjat uppbyggnaden av sådana utredningsresurser. Under 2008 genomfördes 120 utredningar inom BCS. I avtalet för 2009 beställs 175 utredningar (46 % ökning).

6. Mångbesökare på akutmottagningarna

En fortsatt ökning av antalet sökande till Beroendeakuten har skett under 2008, vidare har antalet patienter med psykiatriska diagnoser och antalet patienter som tvångsvårdas enligt LPT ökat på Beroendeakuten. Patienter som gör minst 5 besök per år vid beroendeakuten utgör ungefär 1/3 av det totala antalet patienter på Beroendeakuten. Denna patientgrupp brukar kallas "mångbesökare" och många av dem får sin huvudsakliga vård vid akutmottagningarna. En kartläggning av vårdkonsumtion, sjuklighet och social situation bland dessa har genomförts av BCS. Kartläggningen visar att gruppen har stor vårdkonsumtion, stor ohälsa och får bristfällig vård.

Förvaltningens uppföljning av vårdflödena visar också att en stor del av patienterna som besöker akutmottagningarna saknar kontakt i den lokala beroendevården. Sammantaget pekar detta på behovet av mer målgruppsanpassade vårdarbetsformer för dessa patienter i den lokala vården. Diskussioner kring hur akutmottagningen ska stödja dessa patienter att istället vända sig till den lokala vården har påbörjats inom BCS under 2008. Avtalet för 2009 omfattar uppbyggnad av ett särskilt team på akutmottagningen som skall arbeta enligt ACT modellen (Assertive Community Treatment) för att knyta dessa patienter till den lokala vården.

7. Insatser för att förstärka smittskyddet

Under 2008 fattade Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN 0806-0731) beslut om förstärkning av insatserna för att minska blodsmitta bland intravenösa missbrukare. Förslaget omfattade permanentning av det smittskydds nätverk som finns i länet. Nätverket skall också rikta sig till alla kommuner och vårdgivare inom den specialiserade beroendevården. I Hälso- och sjukvårdsnämndens beslut ingår också att beroendevårdens aktiva smittskyddsarbete skall utvecklas och att testning, rådgivning och vaccination i större utsträckning skall erbjudas till patienter inom den specialiserade beroendevården. Beroendevårdens uppdrag att bedriva aktivt smittskyddsarbete har förtydligas i avtal 2009. Inom BCS finns rutiner för hur smittskyddsarbetet skall bedrivas och utsedd smittskyddsansvarig person finns på alla enheter inom BCS.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Kostnaden för avtalet är 304 500 000 kr vilket är 1.8 procent högre än den fasta ersättningen Beroendecentrum Stockholm erhöll för 2008.

Rörlig ersättning, lägre pris per producerat besök/vårddygn, ökad produktion, uppbyggnad av ny verksamhet samt högre kvalitet ger vinster som uppväger det något högre priset vilket ger en förbättring vad gäller ekonomin jämfört med föregående år.

Konsekvenser för patientsäkerheten av beslutet

Utveckling av den lokala beroendevården samt möjlighet att vid behov förlägna vårdtiderna innebär förbättringar vad gäller patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Utjämning av priser i länet och uppbyggnad av särskilt team för kvinnor innebär förbättringar vad gäller jämställd och jämlik vård.

Miljökonsekvenser av beslutet
Konsekvenserna för miljön är oförändrade.

Catarina Andersson Forsman

Olle Olofsson