

Vård i annan form enligt 27 § LVM

Lagstiftning, praktik och erfarenheter



**Therese Reitan
Ida Isaksson**

Institutionsvård i fokus ges ut av Statens institutionsstyrelse, SiS. Serien omfattar såväl sammanställningar, statistik, redovisningar och utvärderingar som forskningspublikationer. Forskningsrapporterna har en särskild markering på framsidan, en författarpresentation samt uppgifter om finansieringsförfarandet och den vetenskapliga granskningen.

Rapporterna som inte är forskningsrapporter produceras och bereds i regel inom avdelningen för utveckling av vård och behandling. Även företrädare för verksamheten och externa sakkunniga kan vara delaktiga i framtagningen av rapporter, antingen som medförfattare eller granskare.

Beslut om publicering fattas av ett redaktionsråd som består av företrädare från SiS avdelning för utveckling av vård och behandling samt kommunikationsavdelningen.

Ansvarig utgivare för Institutionsvård i fokus är SiS generaldirektör Kent Ehliasson.

ISBN 978-91-87053-23-8

Vård i annan form enligt 27 § LVM

Lagstiftning, praktik och erfarenheter

Nummer 1 år 2014 i rapportserien Institutionsvård i fokus

Publikationerna finns att beställa eller ladda ner från SiS webbplats.
www.stat-inst.se

Engelsk titel:
Institutional Care in Focus

Publikationsseriens adress:
Statens institutionsstyrelse, SiS
Box 16363
103 26 Stockholm

Vård i annan form enligt 27 § LVM

Lagstiftning, praktik och erfarenheter

Therese Reitan
Ida Isaksson

Sammanfattning

Alltsedan den första lagen om vård av missbrukare i vissa fall infördes 1982 har det funnits en möjlighet – senare en skyldighet – att erbjuda klienterna så kallad vård i annan form. Detta innebär att klienten fortfarande är inskriven i LVM-vården men att klienten vistas utanför institutionen och vårdas i öppnare former. I dag regleras denna ordning i 27 § LVM och 75–80 procent av de klienter som kan komma i fråga för detta vårdas också i annan form någon gång under sin placering.

Denna rapport är resultatet av ett utvecklingsprojekt inom Avdelningen för utveckling av vård och behandling, som syftar till att belysa vård i annan form från olika perspektiv och med hjälp av olika källor inom Statens institutionsstyrelse (SiS). Rapporten består således av fyra delstudier:

I delstudie I ges en historisk översikt över hur vård i annan form reglerats i lagen. Delstudien avslutas med en jämförande analys av vård i annan form enligt LVM och öppen psykiatrisk tvångsvård, med referens till två aktuella statliga utredningar på missbruks- och psykiatriområdena. Utgångspunkten är att det finns intressanta likheter och skillnader mellan vårdformerna, som båda innebär vård utan samtycke utanför en sluten institution.

I delstudie II presenteras ett antal tidigare studier och utredningar som berör vård i annan form på olika vis. Det gäller exempelvis LVM-utredningen från 2004 och utvärderingarna av de stora satsningarna på vårdkedjor och eftervård under åren 2004–2009 – Vårdkedjeprojektet och Ett kontrakt för livet. Flera forskningsstudier har också berört § 27-vården de senare åren. Det handlar dels om studier av hur frågan om vård i annan form präglar vardagen i LVM-vården, dels om studier av utslussning och eftervård, där vård i annan form är ett centralt led i processen. Flera studier pekar på att fenomenet vård i annan form rymmer en komplexitet och en paradox, där flera parter är beroende av varandra och måste komma överens för att en placering ska komma till stånd. Det inkluderar även klientens accept.

Delstudie III består av en kvantitativ och en kvalitativ beskrivning av vård i annan form inom dagens LVM-vård. Med hjälp av olika datakällor beskrivs omfattningen av § 27-vården, vilken typ av placeringar som används, hur många placeringar en klient har inom samma vårdtillfälle, hur lång vistelsetiden är på institutionen innan första § 27-placeringen och vad klienterna skrivs ut till. Vissa jämförelser görs också med

motsvarande uppgifter under Ett kontrakt för livet. Förutom detta beskrivs också processen kring en § 27-placering, dels generellt utifrån uppgifter och dokument från institutionerna, dels genom akt- och fallstudier av konkreta placeringar under 2012.

Den fjärde och avslutande delstudien redovisar socialtjänstens och klienternas syn på den del av LVM-vården som ges med stöd av 27 § LVM. Sedan ett antal år tillbaka har ansvarig socialsekreterare besvarat frågor om LVM-vården efter varje avslutad placering och en del frågor rör § 27-vården specifikt. På samma sätt har utskrivningsintervjuer genomförts med klienter, som också inkluderar ett antal frågor om vård i annan form. Här får klienterna möjlighet att dels redogöra för antal placeringar och orsaker till eventuella avbrott samt vårdinsatser under § 27-tiden, dels för hur nöjda de är med sina egna, socialtjänstens och institutionspersonalens insatser.

Rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion, där de viktigaste resultaten lyfts fram men även vilka lärdomar och reflektioner de kan bidra till.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Tabell- och figurförteckning	6
Inledning	8
Delstudie I	
Lagregleringen av tvångsvård i öppnare form	10
Institutions- och tvångsvård för personer med missbruk	10
Vård i annan form i förarbeten och lagtext.....	12
Vård i annan form och öppen psykiatrisk tvångsvård – en jämförelse med utgångspunkt i två aktuella utredningar	14
Sammandrag	21
Delstudie II	
Utredningar och studier med fokus på vård i annan form	23
LVM-utredningen 2004.....	23
Satsningar på utveckling av vårdkedjor 2004–2009: Vårdkedjeprojektet och Ett kontrakt för livet.....	27
Forskningsstudier om § 27-vården som del av tvångsvårdens vardag	32
Forskningsstudier om utslussning och eftervård i samband med LVM-vård.....	36
Sammandrag	41
Delstudie III	
Vård i annan form i dagens LVM-vård	44
Källor och tillvägagångssätt.....	44
Vård i annan form: Omfattning, frekvens och tid.....	46
Vård i annan form under Ett kontrakt för livet och första halvåret 2012.....	55
Hur går det till när en klient placeras enligt 27 § LVM?.....	56
Sammandrag	78

Delstudie IV	
Socialtjänstens och klienternas syn på § 27-vården	82
Socialtjänstens omdömen om klienternas § 27-vård.....	82
Klienternas beskrivning av och omdömen om § 27-vården	84
Sammandrag	96
Sammanfattande diskussion	98
Referenser.....	109
Bilaga 1: Mallar för behandlingsplaner/kontrakt vid vård enligt 27 § LVM.....	113
Bilaga 2: Vårdalternativ som använts under placeringar enligt 27 § LVM under perioden januari – juni 2012	132

Tabell- och figurförteckning

Tabell nummer	Rubrik	Sida
1	Utskrivningar, vårdtider och § 27-placeringar, 2000–2012.	47
2	Placeringsform vid klientens första eller enda § 27-placering, efter kön. Januari – juni 2012.	51
3	Placeringsform vid klientens första eller enda § 27-placering, efter institution/-avdelning. Januari – juni 2012.	52
4	Placeringsform vid klientens första eller enda § 27-placering efter åldersgrupp. Januari – juni 2012.	53
5	Anledning till vårdavbrott vid första eller enda § 27-placeringen. Januari – juni 2012.	54
6	Klientens boendeform efter utskrivning enligt 4 § LVM. Januari – juni 2012.	54
7	Placeringsform för vård i annan form i Ett kontrakt för livet och under perioden januari – juni 2012.	55
8	Boendeform efter utskrivning enligt 4 § LVM i Ett kontrakt för livet och under perioden januari – juni 2012.	56
9	Bedömning av svårighetsgrad i planering och genomförande av vård i annan form i ett urval ärenden januari – juni 2012.	75
10	Klientens skäl för ej inledd vård enligt 27 § LVM, män.	85
11	Klientens skäl för ej inledd vård enligt 27 § LVM, kvinnor.	86
12	Klientens skäl för ej inledd vård enligt 27 § LVM, efter åldersgrupp. År 2003, 2007 och 2011.	87
13	Placeringsform under första, andra och tredje § 27-placeringen. År 2003, 2007, 2011.	88
14	Placeringsform under första § 27-placeringen, efter åldersgrupp. År 2003, 2007 och 2011.	88
15	Klientens fullföljande av första, andra och tredje § 27-placeringen. År 2003, 2007, 2011.	89
16	Klientens skäl till att senaste § 27-placeringen ej fullföljdes, efter kön. År 2003, 2007 och 2011.	89
17	Klientens skäl till att senaste § 27-placeringen ej fullföljdes, efter åldersgrupp. År 2003, 2007 och 2011.	90
18	Vårdinsatser under § 27-placeringen. År 2003, 2007 och 2011.	91
19	Vårdinsatser under § 27-placeringen, efter åldersgrupp. År 2003, 2007, 2011.	92
20	Vårdinsatser under § 27-placeringen, efter kön. År 2003, 2007 och 2011.	93
21	Klientens nöjdhet med socialtjänstens insats i samband med § 27-placeringen. År 2003, 2007, 2011.	94
22	Klientens nöjdhet med placerande institutions insats i samband med § 27-placeringen. År 2003, 2007, 2011.	94
23	Klientens nöjdhet med sin egen insats i samband med § 27-placeringen. År 2003, 2007, 2011.	95
24	Klientens bedömning av om § 27-placeringen varit till stöd/hjälp, efter åldersgrupp. År 2011.	95

Figur nummer		Sida
1	Antal vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem som var i institutionsvård den 1 november år 2000–2011. Frivilligt inskrivna och tvångsintagna.	11
2	Likheter och skillnader mellan vård enligt 27 § LVM och öppen psykiatrisk tvångsvård samt förslag i Psykiatrilagsutredningen.	19
3	Klienter som vårdats enligt 27 § LVM januari – juni 2012, efter inskrivningsinstitution/-avdelning.	49
4	Antal dagar mellan intagning och § 27-placering. Klienter som vårdats enligt 27 § LVM under perioden januari – juni 2012.	50
5	Sammanfattning av placeringsprocessen för ett urval klienter som vårdats enligt 27 § LVM under perioden januari – juni 2012.	74
6	Socialtjänstens syn på § 27-vården, 2003–2010. Andel som svarat "bra" eller "mycket bra", eller andel som svarat "ja" om eventuell ny placering på samma institution.	83

Inledning

Alltsedan nykterhetsvårdslagen ersattes av lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) har det funnits en möjlighet och skyldighet att låta klienten prova vård i öppnare former utanför institutionen, så snart vården så tillåter. I nuvarande lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall regleras detta i 27 § och innebär att klienten fortsättningsvis är tvångsomhändertagen men vårdas utanför institutionen. Under åren 2004–2008 ansvarade Statens institutionsstyrelse (SiS) för två regeringsuppdrag som på olika sätt syftade till att förstärka vårdkedjan och skapa förutsättningar för fler kvalificerade och långsiktiga vårdinsatser med hjälp av olika styrinstrument: överenskommelser, subventionerade vårdavgifter, samordnare och utbildningsinsatser. Den del av vården som ges enligt 27 § LVM kom således att få stor uppmärksamhet under den perioden. När det nu gått några år sedan regeringsuppdragen avslutades finns det anledning att återvända till frågan om vård i annan form. Under 2012 genomfördes därför ett utvecklingsprojekt inom SiS¹ med syfte att belysa juridiska, organisatoriska och kliniska aspekter av denna vårdform historiskt och i nutid. Förutom de lagtexter och utredningar som granskats i rapportens första del, kommer underlaget från olika källor inom SiS: det klient- och institutionsadministrativa systemet (KIA), de strukturerade intervjuerna som klienter erbjuds att besvara i samband med utskrivning (DOK-intervjuer) samt strukturerade enkäter som socialtjänsten besvarar efter avslutad placering. Därutöver har ett antal placeringar i vård i annan form följts under pågående förlopp för att öka kunskapen om innehållet i vården och om hur klient, institutionspersonal och socialtjänst resonerar kring en så kallad § 27-placering. Projektet, liksom rapporten, består av fyra delstudier:

Delstudie I syftar till att, genom granskning av lagtexter och förarbeten, beskriva lagregleringen av tvångsvård i öppnare former² från 1982 och framåt. Dessutom jämförs vård i annan form enligt 27 § LVM med motsvarande institut inom den psykiatriska tvångsvården. Båda ska möjliggöra att personer som vårdas utan samtycke kan vistas i mindre inskränkta former, men arrangemangen ser olika ut.

¹ Projektnummer 70200/1702171. Projektet har genomförts av forskningsledare Therese Reitan och utredningssekreterare Ida Isaksson vid Vård- och behandlingsenheten. Vi vill rikta tack till kontaktpersonerna vid LVM-institutionerna som varit behjälpliga med information och underlag till projektet. Särskilt tack riktas till Caroline Björck, Åsa Hård af Segerstad och Diana Klugman för mycket värdefulla kommentarer till rapporten.

² Den korrekta benämningen för vård som ges enligt 27 § LVM är vård i *annan* form och innebär alltså att klienten vårdas i öppnare former utanför institutionen. Det är viktigt att hålla isär vård i annan form, enligt 27 § LVM, och exempelvis vård i öppnare former på en öppen avdelning inom institutionen. I rapporten kommer "vård i annan form" användas när det rör sig om vård enligt 27 § LVM specifikt. Begreppet "öppnare" former används när det handlar om öppnare vårdformer mer övergripande.

Delstudie II syftar till att sammanfatta de mest relevanta forskningsstudier, utvärderingar och utredningar som särskilt belyst vård i annan form.

Delstudie III syftar till att beskriva praktiken när det gäller vård i annan form i dag – dels kvantitativt, dels kvalitativt. Här redovisas exempelvis andel placeringar och återplaceringar, vårdtid på institution innan första placering i vård i annan form, typer av placeringar och anledningar till att en klient *inte* inleder vård i annan form. I den mån det är möjligt görs även jämförelser med motsvarande uppgifter från utvärderingen av Ett kontrakt för livet under åren 2005–2008. Därutöver ges en kvalitativ beskrivning av processen kring en § 27-placering, främst genom fallstudier, både retrospektivt och prospektivt.

Delstudie IV syftar till att beskriva klienternas och socialtjänstens syn på vård i annan form i ett tioårsperspektiv. Redovisningen baseras på utskrivningsintervjuer med klienterna och enkäter till ansvarig socialsekreterare efter varje LVM-placering. Den belyser främst hur vården och samarbetet har fungerat och om § 27-placeringen varit till hjälp eller stöd.

Varje delstudie innehåller ett kort sammandrag och rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion.

Delstudie I

Lagregleringen av tvångsvård i öppnare form

Delstudie I består av två delar. Efter ett inledande avsnitt om LVM:s tillkomst och institutions- och tvångsvårdens utveckling, ges en laghistorisk beskrivning av hur vård i annan form behandlats och reglerats i förarbeten och lagtext sedan LVM tillkom. Därefter jämförs regleringen av vård i annan form med en liknande ordning inom ramen för den psykiatriska tvångsvården – öppen psykiatrisk tvångsvård.

Institutions- och tvångsvård för personer med missbruk

Socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) utgår båda från att sociala eller medicinska insatser ska ges på frivillig grund. Att vårda en person utan samtycke, oavsett om det sker inom den sociala vården eller hälso- och sjukvården, är en åtgärd som endast ska användas i yttersta fall.

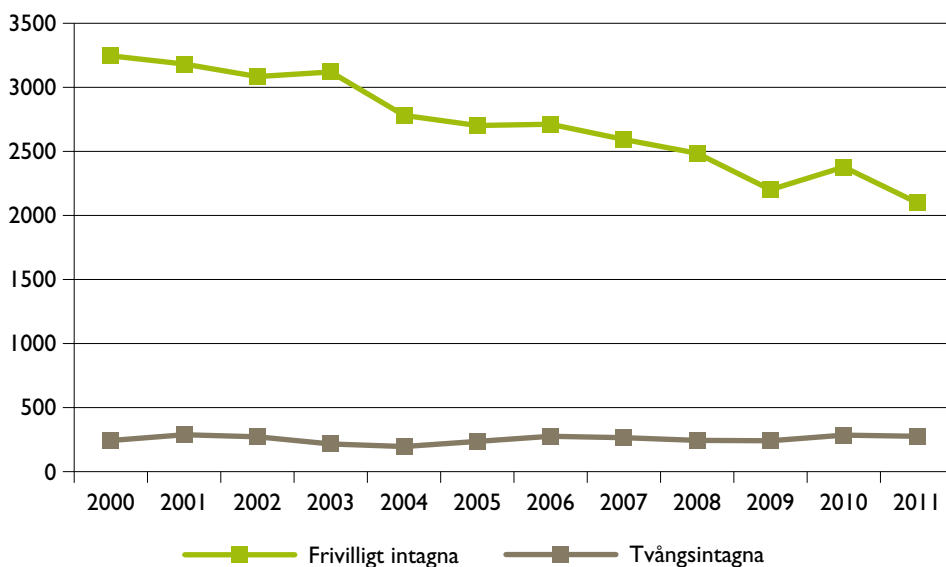
När den tidigare lagen om vård av missbrukare i vissa fall tillkom 1982 hade lagens utformning och innehåll debatterats under lång tid, främst i den parlamentariskt sammansatta socialberedningen. Diskussionerna gällde till exempel vårdtidens längd. Socialberedningen fick därför i uppdrag att följa LVM:s tillämpning och lämnade sedan sina bedömningar i betänkandet SOU 1987:22. Här framgick det att lagen behövdes preciseras, revideras och kompletteras. Regeringen lämnade förslag till ändringar i prop. 1987/88:147 och riksdagen antog sedan en ny lag om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870). En revidering gjordes sedan 1993/94, då huvudmannaskapet för LVM-vården blev statligt, och återigen 2005.

Syftet med lagen har hela tiden varit att avbryta ett livshotande missbruk och motivera klienten till vård i frivilliga former. Redan i socialberedningen hade man påpekat behovet av ett samarbete mellan tvångsvården och den frivilliga vården för att få bättre kontinuitet, flexibilitet och närhet i vården. För att kontinuiteten skulle kunna upprätthållas, skulle kontakten med öppenvården bevaras under institutionsvistelsen (prop. 1979/80:1; SOU 1987/88:25). I samband med införandet av den nya lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall avvisade flertalet inom socialutskottet (SOU 1987/88:25) förslaget att återföra huvudmannaskapet till staten. Ett av de viktigaste argumenten för att låta landstingen och kommunerna även i fortsättningen ansvara för tvångsvår-

den var just hänsyn till samordningen och övergångar mellan tvångsvården och andra vårdresurser.

FIGUR 1.

Antal vuxna personer med missbruks- och beroendeproblem som var i institutionsvård den 1 november, år 2000–2011. Frivilligt inskrivna och tvångsintagna.



Källa: Socialstyrelsen (2012a).

Missbruksvården, liksom både somatisk och psykiatrisk vård, har sedan länge genomgått en strukturförändring som har inneburit en generell avinstitutionalisering, kortare vårdtider och en förskjutning mot öppenvårdsinsatser (se figur 1). Utvecklingen, som inte på något vis är specifikt svensk eller nordisk, hänger ihop med nya behandlings- och vårdprinciper där exempelvis tillgång till bättre mediciner och behandlingsmetoder, ny kunskap om risker med långa institutionsvistelser samt etiska överväganden varit centrala. Tillsammans med ändringar i de politisk-ekonomiska samhällsförhållandena växte en ny vårdideologi fram som kom att präglade i princip alla välfärdsområden. I LVM-utredningen (SOU 2004:3) beskrivs exempelvis hur ändringar i statsbidragen på 1980-talet innebar att institutionsvård och öppenvård fick samma finansiella förutsättningar och att kommunerna därmed fick större incitament att omorientera vården mot öppnare former. Samtidigt visade det sig att tillräckligt kvalificerade öppenvårdsalternativ inte hade tillkommit i samma takt som institutionsresurserna hade minskat, särskilt för de tyngsta missbrukargrupperna (s. 59). Intagningarna i den frivilliga institutionsvården minskade med en tredjedel mellan åren 1989 och 1994, samtidigt som den genomsnittliga vårdtiden minskade (SOU 2004:3, s. 81). Indelningen i slut- eller öppenvård är ibland ett trubbigt mått på vårdens organisering. Även inom slutenvården kan man skönja en utveckling

mot öppnare vårdformer. Institutionsvården är i dag mer "porös" än tidigare, där helt låsta avdelningar har blivit "låsbara" eller där klienten kan förflyttas mellan låsta och halvt eller helt öppna avdelningar inom ramen för den slutna (tvångs)vården.

Efter att huvudmannaskapet blev statligt minskade även LVM-vårdens omfattning, från 941 platser fördelade på 25 hem år 1994 till 343 platser på 15 hem år 1998. Platsantalet har sedan stabiliserats och i dag finns cirka 350 platser på elva LVM-hem. Årligen görs ungefär 1 000 placeringar på LVM-hem, varav cirka 85 procent enligt LVM och cirka 15 procent enligt SoL (SiS årsredovisning 2012).

Vård i annan form i förarbeten och lagtext

Sedan den första lagen om vård av missbrukare i vissa fall tillkom 1982, har det funnits ett uttryckt önskemål om att klienten så snart den planerade vården medger detta bereds tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet. Men tanken att klienten ska få möjlighet att vistas i en öppnare vårdform under sin tvångsplacering fanns redan i dåvarande nykterhetsvårdslagen, som innehöll bestämmelser om försökspermissioner och villkorlig utskrivning från alkoholistanstalt (Runquist, 2012, s. 65). Vård i andra, öppnare former regleras i dag i 27 § LVM och har blivit ett viktigt instrument i relation till syftet att motivera klienten till vård i frivilliga former. Begreppen "§ 27-vård", "§ 27-placering", "P27-placering", "P27-vård", "vård i annan form" och "vård i öppnare former" används om vartannat (se fotnot 2 för kommentar). Ungefär 70 procent av klienterna i LVM-vården vårdas enligt 4 § LVM – och kan således komma i fråga för vård enligt 27 § LVM. Av de som kan komma i fråga för detta vårdas 75–80 procent enligt 27 § LVM någon gång under vårdtiden.

I den dåvarande lagen reglerades vård i annan form i 15 §. Som framgår av faktarutan här intill var skrivningen mer rekommenderande än förpliktigande; klienten "bör" beredas tillfälle att få vård utanför institutionen eller vistas i det egna hemmet.

I den nya lagen från 1988 skärptes skrivningen. Ansvaret för att vård i annan form anordnas förtydligades och "bör" ersattes med "skall". Den som förestod vården blev skyldig att besluta om beredning om vård i annan form och socialnämnden ansvarade för att anordna vården. Samtidigt slopades skrivningen om vistelse i det egna hemmet som exempel på vård utanför hemmet. Utöver detta introducerades även i 1988 års lag möjligheten att den intagne kan hämtas tillbaka till LVM-hemmet om förutsättningarna för vård i annan form inte länge föreligger. I Socialberedningens betänkande (SOU 1987:22) betonades vikten av en grundlig planering av vården och att klienterna skulle slussas ut till samhället. Vård utanför institutionen inom ramen för LVM-placeringen var ett viktigt verktyg i sammanhanget. Förslaget om att förlänga vårdtiden från två månader till sex månader motiverades med behovet av att åstadkomma en smidig övergång till vård i öppnare former och för att klienten sedan skulle vara motiverad till att gå vidare till frivillig vård (prop. 1987/88:147). År 1985 var det endast en femtedel av alla klienter som fick vård i annan form. Enligt LVM-institutionerna berodde detta till stor del på att vårdtiden var för kort för att vård i annan form skulle kunna beredas.

Lagens skrivningar rörande vård i annan form 1981–2005

Lag 1981:1243

15 § Den som vårdas med stöd av denna lag bör, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, beredas tillfälle att lämna det hem vari han intagits enligt 13 § för att på försök vårdas i annan form eller vistas i eget hem. *(Har upphävts genom Lag 1988:870)*

Lag 1988:870

27 § Den som förestår vården vid ett LVM-hem skall, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form.

Socialnämnden skall se till att sådan vård anordnas.

Om förutsättningar för vård i annan form inte längre föreligger, får den som förestår vården vid LVM-hemmet besluta att missbrukaren skall hämtas tillbaka till hemmet.

28 § Innan vård i annan form påbörjas skall socialnämnden, i samråd med den intagne och den som förestår vården vid LVM-hemmet, upprätta en plan för den fortsatta vården.

29 § Har en intagen vistats i ett LVM-hem i tre månader utan att vård i annan form kommit till stånd, skall föreståndaren anmäla detta till hemmets styrelse och ange orsaken till det. *(Har upphävts genom Lag 2005:467)*

Lag 2005:467

27 § Statens institutionsstyrelse skall, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form.

Socialnämnden skall se till att sådan vård anordnas.

Om det inte längre finns förutsättningar för vård i annan form, får Statens institutionsstyrelse besluta att missbrukaren skall hämtas tillbaka till hemmet.

28 § Innan vård i annan form påbörjas skall socialnämnden, i samråd med den intagne och Statens institutionsstyrelse, upprätta en plan för den fortsatta vården.

Som ett led i förtydligandet av ansvaret att anordna vård i annan form infördes en ny bestämmelse år 1988. Enligt 29 § blev institutionsföreståndaren skyldig att anmäla till hemmets styrelse varför en § 27-placering inte hade gjorts inom tre månader. På så vis kunde kontrollen av att klienten verkligen erbjöds vård i annan form underlättas (prop. 1987/88:147). När staten övertog ansvaret för LVM-vården år 1994 var den enda kvarvarande uppgiften för LVM-hemmets styrelse att ta emot sådana anmälningar och styrelsefunktionen fasades därför ut. Anmälningarna gjordes därefter till SiS centralt (SOU 2004:3).

År 2005 upphävdes 29 § (lag 2005:467). Anmälningsskyldigheten kom i stället att regleras i SiS arbets- och delegationsordning. Numera ingår det i LVM-institutionernas arbetsuppgifter att dokumentera om en intagen klient vistats på institutionen i tre månader utan att vård i annan form enligt 27 § LVM kommit till stånd samt ange orsakerna till detta (punkt 2.6.2). Ansvaret för uppföljning av utvecklingen rörande hinder för vård i annan form enligt 27 § LVM ligger numera på verksamhetskontoret för LVM-

vården (punkt 2.5.2)³. Uppgifter om andel § 27-placeringar inom tre månader har också presenterats i SiS årsredovisningar.

När det gäller innehållet i § 27-vården framgår det av förarbetena att den ska ske utanför LVM-hemmet och vara fristående från LVM-hemmet. Det räcker inte att klienten deltar i öppenvårdsverksamhet utanför institutionen och exempelvis sover på LVM-hemmet – eller tvärtom deltar i LVM-hemmets dagaktiviteter och sover utanför LVM-hemmet. Detta hindrar inte att SiS kan vara huvudman för § 27-verksamhet, vilket också har skett, men då ska verksamheten vara fristående och ha egen personal (Runquist, 2012, s. 66).

Vård i annan form och öppen psykiatrisk tvångsvård – en jämförelse med utgångspunkt i två aktuella utredningar

I detta avsnitt presenteras vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård och hur den aktuella Psykiatrilagsutredningen resonerar kring ordningen. Därefter presenteras skrivningarna kring vård i annan form i Missbruksutredningen, som lämnades år 2011. Huvuddelen av avsnittet består dock av en jämförande diskussion kring respektive vårdform, med utgångspunkt i de två nämnda utredningarna.

Öppen psykiatrisk tvångsvård och Psykiatrilagsutredningen

Öppen psykiatrisk tvångsvård, ÖPT introducerades i september 2008 genom en ändring i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). En motsvarande ordning infördes samtidigt i lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Avsikten med den nya vårdformen var att underlätta vården och omsorgen av en person med psykiska störningar som inte frivilligt accepterar att ta emot behövlig psykiatrisk vård men som inte behöver vårdas på en sjukvårdsinrättning. Om chefsöverläkaren bedömer att en patient fortsättningsvis kan vårdas i den öppna vårdformen ska han eller hon ansöka om detta hos förvaltningsrätten. Ansökan ska innehålla en samlad vårdplan och uppgift om vilka särskilda villkor som gäller för ÖPT.

Möjligheten att villkora öppen psykiatrisk tvångsvård innebär inte att behandlingsinsatser får genomdrivas med tvångsåtgärder i ÖPT – och sanktioner får heller inte tillgripas mot den som vägrar efterkomma uppställda villkor. "Om en patient i den öppna vårdformen vägrar att följa uppställda villkor om behandling med läkemedel kan i nuläget chefsöverläkaren inte göra annat än att försöka motivera patienten att ändra sig" (SOU 2012:17, s. 413). En eventuell återintagning kräver då en helt ny domstolsprövning av villkoren för sluten tvångsvård: "som betonas i förarbetena till den nya vårdformen får en återintagning [inte enbart ske] som en sanktion mot överträdelse av ett eller flera

³ Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, gällande från och med den 1 juni 2013.

särskilda villkor för den öppna psykiatriska tvångsvården” (s. 413).⁴ Psykiatrilagsutredningen anser att denna ordning inte är tillfredsställande och föreslår att det ges en möjlighet att vidta vissa åtgärder med tvång även i ÖPT, så att patienten inte ska behöva tas in för sluten psykiatrisk tvångsvård för att få nödvändig behandling med läkemedel. Mer konkret handlar det om följande åtgärder: hämtas till en sjukvårdsinrättning, ges läkemedel på sjukvårdsinrättningen som ingår i villkoren för ÖPT, underkastas drogkontroll samt underkastas kroppsvisitation (s. 412f).

Enligt gällande lag kan en patient inte överföras till ÖPT utan att först ”gå vägen om” slutenvård, men utredningen föreslår att det ska bli möjligt att bli föremål för ÖPT utan föregående psykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning. I dag krävs ett domstolsbeslut vid en övergång från sluten psykiatrisk tvångsvård till ÖPT, men i utredningen föreslås att chefsöverläkaren på egen hand ska kunna fatta beslut om övergång till ÖPT med vissa undantag. Utredningen föreslår dock att en övergång i motsatt riktning – från ÖPT till sluten psykiatrisk tvångsvård – även fortsättningsvis ska kräva ett domstolsbeslut (s. 428).

I Socialstyrelsens utvärdering av den nya vårdformen framgår att de nya bestämmelserna används ungefär som de gamla permissionsreglerna. Rätten har i mycket få fall avslagit ansökningar om överföring till eller fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård (SOU 2012:17, s. 418). Socialstyrelsen nämner också några problem i tillämpningen av de nya reglerna, bland annat att villkoren för ÖPT ibland är mycket detaljerade och ibland för ingripande i den personliga integriteten. I en uppföljande utvärdering anser Socialstyrelsen att det ibland är oklart hur villkoren förhåller sig till patientens behov och hur de på sikt kan öka patientens möjlighet att ta emot vård på frivillig väg (s. 421). Vidare anmärker Socialstyrelsen på att det i många fall ställs krav som griper in i den enskildes integritet, till exempel krav på drogtester. Likaså ifrågasätts krav på behandling av kroppsliga sjukdomar som villkor för ÖPT. Socialstyrelsen efterfrågar därför en översyn över de särskilda villkoren.

Under den aktuella uppföljningsperioden identifierade Socialstyrelsen 40 personer som återintogs från ÖPT till sluten tvångsvård. Detta berodde framför allt på att patienten avbröt sin medicinering eller använde droger med försämrat hälsotillstånd som följd. Återintagningar som pågick kortare än fyra dagar ingick dock inte i redovisningen – eftersom det är först efter denna tidsgräns som chefsöverläkaren måste ansöka om fortsatt sluten tvångsvård. Det förekommer alltså att personer återförs under några timmar eller dagar i samband med medicinering. ”I dessa fall har återintaget föranletts av att personen har återinsjuknat som en följd av utebliven eller dålig följsamhet i medicineringen” (s. 422).

För att åtgärda ”det kommunala underskottet” som identifierades i Socialstyrelsens genomgång av LPT-ärenden, föreslår utredningen också att det ska införas en skyldighet för behandlande läkare att underrätta bland annat kommunens socialtjänst om att en person har skrivits in i den slutna psykiatriska vården och kan komma att behöva insatser från socialtjänsten eller primärvården efter utskrivning.

⁴ Regeringsrätten konstaterar också att ”den öppna psykiatriska tvångsvården är – trots benämningen – inte förenad med något egentligt tvång” (dom 1552-09, meddelad i Stockholm 5 juli 2010).

Vård i annan form och Missbruksutredningen

I april 2008 gav regeringen Gerhard Larsson i uppdrag att se över Socialtjänstlagen (SoL), LVM, Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och LPT när det gäller missbruks- och beroendevård. "Målet ska vara en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård utifrån den enskildes behov" (Socialdepartementet, 2008). I uppdraget ingick att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och beroendevården skulle kunna tydliggöras och överväga eventuella förändringar i ansvarsfördelningen mellan huvudmännen.

Utredningen avrapporterade sitt uppdrag i tre skrifter. Först kom en promemoria som lämnades i januari 2010 (Missbruksutredningen, 2010) och som remissbehandlades inom utredningen. Därefter lämnades utredningens forskningsbilaga som ett separat betänkande (SOU 2011:6). Slutligen lämnades huvudbetänkandet i april 2011 (SOU 2011:35), ett betänkande som sedan blev föremål för en omfattande remissbehandling.

Utredningen lämnade ett 70-tal förslag inom åtta områden. Utredningen förordade bland annat att lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall skulle upphävas och att den vård som i dag ges med stöd av LVM i stort sett skulle kunna ges med stöd av LPT. Därutöver föreslogs en ny lag – lagen om missbruks- och beroendevård – som skulle reglera ansvarsförhållandet mellan kommun och landsting på ett tydligare sätt: Landstingen skulle ha huvudansvar för all somatisk och psykosocial behandling, medan kommunerna primärt skulle ansvara för psykosocialt stöd, rådgivning, motivationsarbete och annat stöd.

Enligt utredaren tillämpas inom LVM-vården relativt långa och närmast standardiserade vårdtider. "Ofta är det fråga om 2–3 månader på en låst institution och därefter några månader utan inlåsning, ibland i hemmet, ibland på en institution där dörrarna är olåsta" (s. 303). Utredaren uppfattar dessa gängse vårdtider som ett tecken på att vårdtiderna, trots lagens föreskrifter, inte alltid är individuellt avpassade efter en kontinuerlig bedömning av tvångets oundgänglighet (s. 304). Utredningen bedömer att en väsentligt större del av vården utan samtycke bör kunna genomföras i öppna former – och hänvisar bland annat till det stöd vård utan samtycke i öppen form fick i remissbehandlingen av utredningens diskussions-promemoria (2010).

Vård i annan form, enligt 27 § LVM, är således ingen huvudfråga i utredningen utan det är LVM som helhet som avhandlas. I kapitlet om vård utan samtycke finns emellertid ett eget stycke om "vård utan samtycke inom öppen vård", här citerat i sin helhet:

Det är utredningens uppfattning att övergången från tvångsvård till frivillig vård måste underlättas. Formerna för LVM-vården är i dag alldeles för oflexibla. Statens institutionsstyrelse har enligt 27 § LVM möjlighet att ge vård vid en öppen institution eller hemmet under senare delen av LVM-vården. Denna behandlingsform har dock sämre förutsättningar än den som nu finns enligt LPT med ett öppenvårdstvång som ger möjlighet att föreskriva villkor om medicinering och att delta i öppen vård. Att institutionsvård har ett mervärde framför öppen vård som vanligen är mindre kostsam, finns det generellt relativt svag evidens för. Frågan är emellertid komplicerad, och svaret beror förmodligen mycket

på vilken problemtyngd som det rör sig om, och hur öppenvårdsalternativen är utformade. Det kan vara fördelaktigt att inleda vården på en institution, vilket ger möjligheter till adekvat abstinensbehandling och intensiv utredning. Inom den psykiatriska vården finns det som redan påpekats möjlighet till vård utan samtycke inom öppen vård. Utredningen ser öppenvårdstvång med särskilda föreskrifter även för människor med beroendeproblematik som ett sätt att göra tvångsvården mer flexibel, minska antalet dagar av inlåsning och underlätta övergången till efterföljande vård med samtycke (s. 304).

I mars 2013 lade regeringen fram propositionen *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården* (prop. 2012/13:77). När det gäller vård utan samtycke föreslår regeringen att denna även fortsättningsvis bör "regleras i lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Inga lagändringar bör göras när det gäller tvångsvården" (s. 43). Propositionen bifölls i riksdagen 15 maj 2013.

Vård i annan form och öppen psykiatrisk tvångsvård – likheter och skillnader med utgångspunkt i Missbruksutredningen och Psykiatrilagsutredningen

Enligt Missbruksutredningen har möjligheten till öppen tvångsvård i LPT ingen "direkt motsvarighet inom LVM-vården [...] Enligt 27 § LVM ska dock den intagne så snart det kan ske beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form, men någon möjlighet att då meddela särskilda föreskrifter finns inte" (s. 311–312). Vår utgångspunkt är att dessa ordningar *kan* jämföras och att det är intressant i sig att studera såväl likheter som skillnader. I figur 2 jämförs vård i annan form enligt 27 § LVM, öppen psykiatrisk tvångsvård samt förslagen i den aktuella Psykiatrilagsutredningen med hänsyn till olika faktorer.

Bägge ordningarna uttrycker en ambition att göra vistelsen i slutna former så kort som möjlig och båda bygger på en föreställning om att det är möjligt att upprätthålla en tvingande ram även utanför institutionens fyra väggar. Missbruksutredningen anser att vård enligt 27 § LVM i praktiken är för osmidig och "institutionstung". Därför anser man att öppenvårdstvång med särskilda föreskrifter, som ÖPT, skulle göra tvångsvården – även av personer med missbruksproblem – "mer flexibel, minska antalet dagar av inlåsning och underlätta övergången till efterföljande vård med samtycke" (SOU 2011:35, s. 304). Den springande punkten i Missbruksutredningens jämförelse verkar vara möjligheten att genom föreskrift ange villkoren för tvångsvård i öppnare former, även om utredningen också konstaterar att den som bryter mot föreskrifterna "visserligen inte automatiskt tas in för slutna vård, men det kan förutsättas att vården och den behandlande läkaren noga följer patientens utveckling och hur föreskrifterna uppfylls och ingriper om avvikelser mot dessa leder till att det på nytt föreligger förutsättningar för slutna tvångsvård" (SOU 2011:35, s. 312). Vård i annan form är också villkorad, men inte genom föreskrift eller i ett dokument som prövas i domstol. Å andra sidan beivras troligen villkorsbrotten i större utsträckning inom LVM-vården. Klienten återförs oftast till LVM-hemmet vid villkorsbrott (i praktiken återfall i missbruk eller avvikning) efter beslut av institutionschefen. Det finns ingen automatik i att en klient ska återföras till institutionen inom den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen vid villkorsbrott.

ÖPT är en ny vårdform som introducerades långt efter att LPT tillkom, i motsättning till LVM:s vård i annan form som funnits med sedan begynnelsen. Vård i annan form är således en mer integrerad del av tvångsvårdslagstiftningen på missbrukssidan jämfört med den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen. Detta märks exempelvis i skyldigheten att så snart som möjligt bereda klienten tillfälle att prova vård i annan form, vilket understruktits med den tidigare bestämmelsen om att avvikelse från denna grundprincip skulle motiveras (enligt dåvarande 29 § LVM). Ambitionen i LVM har alltså varit att i princip *alla* klienter ska få möjlighet till vård i annan form – inte att detta ska vara en vårdform "utöver" eller "vid sidan om". I domstolsprövningen av ett omhändertagande enligt LPT ska det anges om vården avser sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård (7 § LPT), vilket innebär att rätten tar ställning till två parallella vårdformer.

Att ÖPT är en yngre företeelse har alltså inneburit att ÖPT har blivit en kompletterande eller parallell vårdform i förhållande till slutenvården – och inte nödvändigtvis något som alla patienter ska ta del av. Det har också inneburit att ÖPT är en mer självständig vårdform som är mer reglerad och samtidigt lösare kopplad till slutenvården i jämförelse med vård enligt 27 § LVM. Överföring mellan ÖPT och sluten vård ska exempelvis beslutas av förvaltningsrätten, inte av chefsöverläkaren – även om det är den sistnämnda som är initiativtagare och som ansöker om överföring. För att få gehör hos förvaltningsrätten krävs också att en samordnad vårdplan upprättas mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, där villkoren för vården anges. Enligt 28 § LVM ska socialnämnden (inte institutionschefen) upprätta vårdplanen i samråd med klienten och SiS innan vård i annan form påbörjas, men den är inte i sig föremål för domstolsprövning och det krävs heller inte att planen ska specificera vilka villkor som gäller, även om detta numera är praxis⁵. Den lösare kopplingen mellan öppen och sluten vård syns även genom det faktum att om en patient inte följer villkoren som ställts för ÖPT kan man inte vidta några tvångsåtgärder mot personen. Det kan man heller inte inom § 27-vården men klienten får återtas till institutionen efter beslut av institutionschefen om klienten exempelvis återfaller i missbruk (Statens institutionsstyrelse, 2012b). Att klienten återförs till institutionen i sådana situationer är den normala proceduren, vilket också innebär att institutionen alltid behöver ha beredskap för att en § 27-placering kan avbrytas på kort varsel. När det gäller ÖPT är det inte så att brott mot villkoren behöver innebära återintagning på institution – dels ska det ansökas om en återföring, dels kan varken ansökan eller beslut om återintagning enbart baseras på att patienten inte följer de villkor som uppställts eller som en sanktion för att ett villkor inte har iakttagits (prop. 2007/08:70, s. 116).

⁵ Socialstyrelsens granskning av hur ÖPT använts visade att de särskilda villkor som angetts i domsluten oftast gällde att patienten ska ta sin medicin, komma på regelbundna läkarbesök, ha kontakt med viss personal, tillåta hembesök, inte missbruka droger samt följa ordningsreglerna och villkoren för ett visst boende. För merparten av patienterna som förs över till ÖPT ingår *enbart* villkor om medicinintag och kontakt med den öppna psykiatriska vården. Därutöver kunde några patienter ha som villkor att de måste underkasta sig drogtest (ibland även utan villkoret att inte missbruka droger), ta emot hjälp från en god man, ta emot hjälp från en förvaltare och ta emot somatisk vård som till exempel insulinbehandling (Socialstyrelsen, 2010).

FIGUR 2.

Likheter och skillnader mellan vård enligt 27 § LVM och öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) samt förslag i Psykiatrilagsutredningen.

	27 § LVM	ÖPT	Förslag enligt Psykiatrilagsutredningen
<i>Tillkomst</i>	Inskriften sedan första lagen tillkom 1982.	Infördes som ny ordning inom LPT 2008.	
<i>Initiativtagare vid överflytt till vård i öppnare former</i>	Institutionschef	Chefsöverläkare	Chefsöverläkare
<i>Beslutsfattare vid överflytt till vård i öppnare former</i>	Institutionschef	Domstol	Chefsöverläkare
<i>Vårdplan</i>	Ska upprättas av socialnämnden, i samråd med SIS och klienten, innan vård i annan form påbörjas. Ej krav på att villkor ska specificeras ⁶ .	Krav på samordnad vårdplan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten där villkoren för vården anges. Vårdplan villkor för att ÖPT kan påbörjas.	Samma som i dag.
<i>Vanligt förekommande villkor</i>	Drogfrihet/-tester samt följa behandlingsplan/-rutiner och behandling på behandlingshemmet.	Mediciner, läkarbesök, kontakt med viss personal, tillåta hembesök, ej missbruk, följa ordningsregler/villkor för visst boende.	Se tvångsåtgärder.
<i>Ansvar för att vården anordnas</i>	Socialnämnden	Ansvarsfördelning enligt samordnad vårdplan.	Samma som i dag.
<i>Möjlighet för klient/patient att avstå vård i öppnare former</i>	Ja	Oklart	Oklart
<i>Beslut om eventuell återföring till institution</i>	Institutionschef	Domstol	Domstol
<i>Möjligt att direktplacera utan föregående institutionsvistelse</i>	Nej	Nej	Ja
<i>Tvångsåtgärder</i>	Återföring till LVM-hem kan ske om förutsättningar för vård i annan form inte längre finns.	Återföring till vårdinrättning kan ske om patienten inte följer villkoren i vårdplanen.	Läkemedelsbehandling, återföring till vårdinrättning, urin-, utandnings-, saliv-, svett-, blod- eller hårprov samt kroppsvisitation.

Psykiatrilagsutredningen föreslår flera ändringar som kan tolkas som en fördjupning av ÖPT som en egen vårdform "bredvid" tvångsvård på institution. Det gäller exempelvis förslaget om att det ska bli möjligt att inleda ÖPT utan föregående institutions-

⁶ Som det framgår i del III är det numera rutin med skriftliga överenskommelser mellan klienten och institutionspersonalen och/eller socialtjänsten om villkoren för vård i annan form enligt 27 § LVM.

vistelse⁷ och att chefsöverläkaren får besluta om tvångsåtgärder även inom ÖPT⁸. Psykiatrilagsutredningen föreslår att chefsöverläkaren ska kunna fatta beslut om övergång till ÖPT, med vissa undantag. Detta liknar med andra ord det förfarande som gäller inom LVM – här är det institutionschefen som beslutar om vård i annan form enligt 27 § LVM. Utredningen föreslår dock att en övergång i motsatt riktning – från ÖPT till sluten psykiatrisk tvångsvård – även fortsättningsvis ska kräva ett domstolsbeslut. Detta till skillnad från ordningen inom LVM, där en eventuell återintagning till LVM-hemmet också beslutas av institutionschefen. Den relativt omständligare proceduren för återintagning till institution inom den psykiatriska tvångsvården framhålls i Socialstyrelsens utvärdering som en anledning till att vissa kommuner inte använder ÖPT (i kombination med kommunala insatser) över huvud taget. I samråd med berörda landsting har då kommunerna valt att i stället skriva ut personen från tvångsvården och skriva in personen på nytt vid behov. "Socialstyrelsen konstaterar att detta förhållningssätt medför att tillgången till öppen psykiatrisk vård inte är lika i landet utan varierar beroende på var man bor. Mot bland annat den bakgrunden är det enligt Socialstyrelsen angeläget att klargöra hur bestämmelserna ska tillämpas och när det är möjligt att återinta en person." (SOU 2012:17, s. 423f).

När det gäller orsaker till vårdavbrott kan vi också konstatera vissa likheter mellan § 27-vården och ÖPT. Utvärdering av ÖPT visade att patienten oftast avbröt sin medicinerings eller använde droger med försämrat hälsotillstånd till följd (Socialstyrelsen, 2010). I del III i denna rapport framgår det också att återfall i missbruk och/eller avvikning är de vanligaste orsakerna till att vård i annan form avbryts inom en LVM-placering.

Vård i annan form är som nämnts inte en vårdform som i sig är föremål för domstolsprövning. När chefsöverläkaren ansöker om vård enligt LPT ska det anges om ansökan gäller vård i sluten eller öppen form. Detta innebär att patienten inte formellt har möjlighet att motsätta sig tvångsvård i öppnare former. För klienterna i LVM-vården är vård i annan form en möjlighet som de kan avstå. I Runquists avhandling (se del II) framgår det hur klienten faktiskt har ett maktmedel gentemot institutionen genom att han/hon kan vägra acceptera förslag till placeringar och stanna kvar på institutionen under hela LVM-perioden. I Socialstyrelsens utvärdering av ÖPT framgår det att bara ungefär en tredjedel av de patienter som vårdas i ÖPT har ställt sig positiva till eller godtagit att underkastas sådan vård (SOU 2012:17, s. 426).

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det i Missbruksutredningen finns en grundläggande positiv syn på tvångsvård i öppnare former, och att denna vårdform i första hand kan tillgodoses genom den ordning som finns inom ramen för den psy-

⁷ Inom LVM-vården förekom tidigare direktplaceringar i vård enligt 27 § LVM. Detta upphörde dock efter ett uttalande från Justitieombudsmannen år 1993 som påpekade att direktplaceringar inte hade något stöd i LVM och att lagen föreskrev att en klient skulle ha inrättat sig på en LVM-institution innan han eller hon kunde placeras i vård i annan form (SOU 2004:3).

⁸ De tvångsåtgärder som föreslås kunna användas inom öppen psykiatrisk tvångsvård är läkemedelsbehandling, återföring av patienten till vårdinrättning, urin-, utandnings-, saliv-, svett-, blod- eller hårprov samt kroppsvisitation.

kiatriska tvångsvården. Mot den bakgrunden föreslår alltså utredningen att "möjlighet till öppen tvångsvård för människor med missbruk eller beroende bör införas" (SOU 2011:35, s. 303). I detta avsnitt har vi argumenterat för att det är relevant att jämföra vård i annan form enligt 27 § LVM med öppen psykiatrisk tvångsvård – och har pekat på både likheter och skillnader.

Sammandrag

Delstudie I har visat hur vård i annan form reglerats i LVM från den första lagen tillkom 1982 fram till dagens skrivning. Den viktigaste ändringen som skett mellan den första och den andra lagen om vård av missbrukare i vissa fall är att det som tidigare var en möjlighet ("bör") omvandlats till en skyldighet ("ska"). För att ytterligare understryka betydelsen av att kunna erbjuda klienterna vård i annan form infördes också en anmälningsskyldighet om sådan vård inte kommit till stånd inom tre månader. Anmälningsskyldigheten togs bort från lagtexten 2005 i samband med organisatoriska förändringar i LVM-vården, men skyldigheten att bevaka och motivera avvikelser från "tremånadersregeln" finns kvar i SiS arbets- och delegationsordning.

Den andra huvudfrågan i delstudie I är jämförelsen mellan vård i annan form enligt 27 § LVM och öppen psykiatrisk tvångsvård, mot bakgrund av Missbruksutredningen (2011) och Psykiatrilagsutredningen (2012). Även om det finns betydande skillnader i tillkomst och praktik, har dessa två institut en grundläggande gemensam ambition om att minska intrånget i den personliga integriteten inom ramen för ett tvångsomhändertagande och underlätta övergången mellan slutna vårdformer och vård (i frivilliga former) på hemmaplan. En av de huvudsakliga skillnaderna mellan ÖPT och § 27-vård är att den förstnämnda tillkommit under senare år, likaså att den snarare är en *parallell* vårdform till slutenvård jämfört med vård i annan form som är en integrerad del av LVM-vården som i princip alla klienter ska kunna ta del av. Detta understryks också av det faktum att övergången mellan slutna och öppen vård är mer formaliserad inom psykiatrin och ska prövas av domstol. Psykiatrilagsutredningen föreslår också att en patient ska kunna inskrivas i ÖPT utan föregående slutenvård. Inom LVM-vården är det institutionschefen som beslutar om överföring och eventuell återintagning, och vård i annan form är inte möjlig utan föregående intagning på institution. I båda fallen finns krav på att en vårdplan ska upprättas innan vård i öppnare former påbörjas, men hur och när och av vem, skiljer sig åt: Inom LPT är det chefsöverläkaren som i sin ansökan om överföring till ÖPT ska uppvisa en samordnad vårdplan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, där villkoren ska framgå. Vem som ansvarar för vilka insatser ska då framgå av den samordnade vårdplanen. Enligt LVM är det socialnämnden som ska upprätta en vårdplan, i samråd med klienten och SiS – och det är socialnämnden som ansvarar för att vård i annan form anordnas. Här finns alltså inget motsvarande krav på samordning med hälso- och sjukvården. Tvångsåtgärder utöver eventuell återföring till institution vid villkorsbrott är inte tillåtna inom vare sig ÖPT eller § 27-vård, men Psykiatrilagsutredningen föreslår att det ska bli möjligt med tvångsåtgärder (läke-

medelsbehandling, urinprov, kroppsvisitation m.m.) även inom den öppna psykiatriska tvångsvården. Både Missbruksutredningen och Socialstyrelsens utvärdering av ÖPT har pekat på problem med stor regional variation i användningen av LVM respektive användningen av ÖPT, vilket i sig är ett bekymmer för rättssäkerheten.

Delstudie II

Utredningar och studier med fokus på vård i annan form

I denna delstudie presenteras tidigare projekt, utredningar och forskningsarbeten som på olika sätt riktat uppmärksamheten mot § 27-vården. Fokus ligger på vilka frågor som belysts, vilka källor och tillvägagångssätt som använts i studierna och vilka resultat eller rekommendationer som framkommit.

LVM-utredningen 2004

I januari 2002 tillsatte regeringen en särskild utredare med uppdrag att genomföra en översyn över tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Utgångspunkten för utredningen var att den socialtjänstbaserade missbruksvården sedan början av 1990-talet hade genomgått "en kraftig strukturförändring" (SOU 2004:3, s. 43), främst i form av en tyngdpunktsförskjutning från institutionsvård till öppna vårdformer och en minskad användning av tvångsvård över huvud taget. Som nämndes i förra kapitlet minskade antalet vårdplatser inom LVM-vården avsevärt under 1990-talet, för att sedan stabiliseras på ungefär nuvarande nivå. Samtidigt ökade de akuta omhändertagandenas andel av alla LVM-placeringar påtagligt. "Idag inleds LVM-vistelsen i tre av fyra fall genom ett omedelbart omhändertagande" (s. 43). Andelen ligger i dag stabilt kring 80 procent (SiS årsredovisning 2012)⁹. Utredaren fick i uppdrag att analysera orsakerna till denna utveckling mot bakgrund av missbrukets och missbruksvårdens utveckling i stort. Därutöver, vilket är särskilt intressant i detta

⁹ Andelen kan jämföras med situationen i Norge, där en utvärdering av tvångslagstiftningens praktik visade att så kallade "midlertidiga vedtak" är mycket vanligt förekommande. Bland knappt 600 fall av "vanliga" tvångsärenden hade 60 procent föregåtts av ett "midlertidigt vedtak", det vill säga ett omedelbart omhändertagande. Men för gravida som omhändertagits av hänsyn till fostret (enligt dåvarande § 6-2a) var andelen hela 98 procent (Lundeberg m.fl. 2010).

sammanhang, skulle utredaren belysa LVM-vårdens och eftervårdens¹⁰ utformning med fokus på samspelet mellan SiS och socialtjänsten. En tredje central fråga gällde rättssäkerheten och vad som kan bidra till att stärka rättsskyddet för den enskilde.

Utredningen samt en forskningsbilaga lämnades i januari 2004. Vård i annan form enligt 27 § LVM avhandlas i ett eget kapitel. Här diskuteras en del rättsliga frågor kring paragrafens tillämpning och hur den används i praktiken. Den tidigare anmälningsskyldigheten om en § 27-placering inte kommit till stånd inom tre månader kommenteras också, och utredningen konstaterar att varken förarbetena eller lagtexten ger exempel på vilka skäl som kan anses vara acceptabla för en utebliven § 27-placering (inom tre månader). I Socialstyrelsens allmänna råd kommenteras dock frågan och här nämns exempelvis klientens hälsotillstånd, att klienten fått plats på ett behandlingshem, fått bostad eller fått arbete vid en särskild tidpunkt och inväntar detta. Dessutom nämns möjligheten att klienten själv önskar kvarstanna på LVM-hemmet en längre tid innan eventuell överföring till vård i annan form. En sammanställning av data från år 2002 visar att cirka 60 procent av totalt 1 047 utskrivningar placerades i vård i annan form någon gång under vistelsen, men bara 34 procent inom tre månader (SOU 2004:3, s. 267). Vid själva utskrivningstillfället var cirka 40 procent placerade med stöd av 27 § LVM. Vidare konstateras det att andelen avbrutna § 27-placeringar varit ganska stabil de senaste åren och varierade kring 60 procent¹¹.

En närmare analys av § 27-placeringarna i samband med utredningen visade också att andelen § 27-placeringar vid LVM-hemmen varierade mellan cirka 60 och 90 procent. Skillnaden mellan könen var små, men andelen § 27-placeringar minskade med ökad ålder. De flesta klienter hade minst en § 27-placering under sin vistelse, men på vissa mansinstitutioner hade flertalet klienter mer än en placering.

Utredningen pekade också på hur svårt det kunde vara att hitta den rätta tidpunkten för § 27-placering; klienten bör vara i tillräckligt gott skick för att kunna klara av en vistelse i öppnare former utanför institutionen, men samtidigt inte "för" motiverad: "Gustafsson (2001) har [...] i sin rättsvetenskapliga analys framhållit att denna vårdform bör tillämpas i ett skede innan motivation till frivillig vård har uppnåtts, eftersom när det senare stadiet har uppnåtts har ju syftet med vården också uppnåtts och klienten skall då bli utskriven från LVM-hemmet" (SOU 2004: 3, s. 266).

När det gäller innehållet i vården utanför institutionen betonades det i förarbetena till den nuvarande lagen (1988:870) att vård i annan form skulle kunna innebära en

¹⁰ Begreppet eftervård tål att diskuteras, vilket också gjorts i till exempel Runquist (2012, s. 72f). Ibland används det såväl om insatser under LVM-tiden (§ 27-vården) som insatser efter utskrivning – utan särskilt stor precision vad gäller kvalitativt innehåll, syfte, eller temporalitet (vilka insatser följer egentligen på varandra, när och hur). Denna rapport är inte inriktad på frågan om eftervård i sig utan på § 27-vården som del i ett vårdförlopp, där vissa insatser rent logiskt följer efter andra. Således är § 27-vården inte egentligen en del av eftervården i strikt mening utan kan i bästa fall fungera som en förberedelse för fortsatt vård i frivilliga former på HVB eller på hemmaplan med strukturerade öppenvårdsinsatser.

¹¹ Det är viktigt att påpeka att det endast är klienter som vårdas enligt 4 § LVM som kan komma i fråga för vård enligt 27 § LVM. Eventuella diskrepanser mellan dessa uppgifter och de som framgår i tabell 1 har förmodligen samband med att man räknat andelen av alla utskrivningar (inklusive klienter som endast vårdats enligt 13 § LVM), respektive andelen av de som vårdats enligt 4 § LVM. I SiS årsredovisningar är det den senaste beräkningsformen som används.

mångfald av olika vårdalternativ, men att insatsen skulle vara väl planerad och att klienten skulle ingå i ett vårdprogram, "vilket var bakgrunden till att formuleringen 'eller vistas i eget hem' ströks från 1981 års LVM" (SOU 2004:3, s. 269). LVM-utredningen ville därför titta närmare på vilken vård som egentligen förekom under en § 27-placering. Utredningen tog därför del av exempel på överenskommelser som förekom i samband med § 27-placeringar¹². Därutöver refereras till en tidigare aktstudie där det konstateras att öppenvårdsbehandlingen sällan består av strukturerade behandlingsprogram utan oftast drogtester och samtalsstöd (s. 270). I en fokusgruppsintervju med fem institutionschefer framkom det att klienter med samsjuklighets-problematik kunde placeras i logiboende med deltagande i öppenvårdsverksamhet, men utan strukturerat behandlingsinnehåll – trots att cheferna erfarenhetsmässigt såg att sådana placeringar ofta var dåliga alternativ. Såväl intervjuerna som utredningens aktstudier visade att placeringar i egna bostaden sällan kombinerades med en strukturerad öppenvårds-behandling. I stället fungerade öppenvården snarare enbart som nykterhetskontrollstation. Institutionscheferna pekade också på svårigheten att hitta lämpliga alternativ till kvinnliga klienter och att familjehemsplaceringar minskat på grund av att andelen klienter med psykisk störning och annan tung problematik ökat.

I samband med utredningen skickades en enkät till kommunerna som bland annat innehöll frågor om samarbetet med LVM-hemmen inför § 27-placeringar¹³. Drygt 80 procent av de kommuner eller stads-/kommundelsförvaltningar som svarade ansåg att samarbetet fungerade mycket väl eller ganska väl, medan 18 procent tyckte det fungerade ganska dåligt eller mycket dåligt¹⁴. Frågan om samarbetet mellan socialtjänsten och LVM-hemmen inför en § 27-placering togs även upp i fokusgruppsintervjuerna med fem institutionschefer (se ovan). Här framkom bland annat att samarbetet kunde vara problematiskt, då kommunen kunde ha bundit upp sig med specifika HVB-hem eller andra placeringar genom olika ramavtal. Detta gjorde att § 27-placeringsalternativ i vissa fall var mindre bra för den enskilda klienten då kommunerna var tvungna att följa ramavtalen. Enligt cheferna var de främsta orsakerna till vårdavbrotten att klienten placerats för tidigt, att planeringen inte varit tillfredsställande, och att klienten inte varit tillräckligt motiverad. Erfarenhetsmässigt verkade klienter som inte kom direkt från en sluten avdelning, utan via en öppen avdelning, klara sig bäst vid en § 27-placering. Samtidigt påpekade cheferna att det var svårt att förutsäga vilka klienter som snabbt skulle avbryta en placering och vilka som skulle stanna kvar. I fokusgruppsintervjun framkom också ett behov av mer kunskap om vilka behandlingsalternativ som finns att tillgå samt deras styrkor och svagheter.

Utredningen hänvisar även till en pågående studie inom SiS¹⁵ om § 27-vården, där en annan viktig fråga har lyfts: svårigheten att hålla kontakten med klienten under dennes placering i annan form. Samtidigt påpekas betydelsen av att så sker, vilket också

¹² Antal och representativitet framkommer inte.

¹³ Svarsfrekvensen framgår inte.

¹⁴ Se även redovisning av SiS återkommande socialtjänstenkäter i del IV.

¹⁵ Det framgår inte tydligt men det rör sig troligen om den så kallade ESS-studien (Effektiv eftervård i SiS södra region) som omtalas senare i detta kapitel.

framgår av SiS verksamhetsplan för 2003 som betonar LVM-hemmens ansvar att noga följa placeringen utanför institutionen (s. 274).

Kapitlet om vård i annan form avslutas med en diskussion om andelen § 27-placeringar är ett lämpligt mått på hur framgångsrik LVM-vården varit. En placering i § 27-vård kan, enligt utredningen, inte automatiskt ses som en framgångsfaktor eftersom motivation till *behandling* inte är samma sak som motivation till *förändring* (s. 275). Sedan kan man ifrågasätta om en § 27-placering som endast innehåller ett boende och en stödkontakt med socialsekreteraren, vilket verkar vara vanligt förekommande, uppfyller lagens intention med vårdformen – ”nämligen *vård* i annan form” (s. 276).

Bland utredningens förslag och överväganden lyfts behovet av en adekvat eftervård. Utredaren skriver till exempel att det enligt 30 § LVM ”äligger [...] socialnämnden att verka för att klienten efter vårdtidens slut får ett personligt stöd för att varaktigt komma ifrån sitt missbruk samt att nämnden aktivt skall verka för att den enskilde får bostad och arbete eller utbildning” (s. 411). Trots detta har utredningen visat att en stor andel av de klienter som blir föremål för LVM-vård saknar en fast bostad och är hänvisade till provisoriska och otrygga lösningar för att ha någonstans att bo. Situationen är i många fall densamma vid tidpunkten för utskrivningen från LVM-hemmet¹⁶. ”Jag bedömer därför att insatserna efter avslutad LVM-vård måste intensifieras och förstärkas och att planeringen av insatserna måste påbörjas i ett mycket tidigt skede av LVM-vistelsen” (ibid.). Följande konkreta förslag lämnades:

Om socialnämnden och Statens institutionsstyrelse efter samråd med den enskilde – i anslutning till överenskomna åtgärder som ett led i behandlingsplaneringen – har träffat en överenskommelse som också innefattar insatser efter avslutad LVM-vård, föreslås att vårdavgiften reduceras under den tid som placering enligt 27 § LVM pågår. Länsstyrelsen bör inom ramen för sin ordinarie verksamhetstillsyn följa hur överenskommelsen om insatser efter avslutad LVM-vistelse har efterlevts (s. 428).

Prop. 2004/04:123 Stärkt rättssäkerhet och vårdinnehåll i LVM-vården m.m.

Ett drygt år efter att LVM-utredningen avlämnats presenterade regeringen sin proposition till riksdagen. När det gäller själva syftet med LVM-vården går regeringen på utredningens linje och skriver att ordalydelsen ”motivera till fortsatt behandling” innebär att behandlingsinsatser *ska* påbörjas under LVM-vistelsen, under vilken klienten ska motiveras till fortsatt behandling på frivillig väg. Regeringen hänvisar till den granskning som riksdagens revisorer gjorde 2002¹⁷ där man efterlyste ett större behandlingsinnehåll i vården. Enligt LVM-utredningen är dock revisorernas uppfattning om att behandlingsinsatser ”inte är en lagstadgad uppgift” för LVM-hemmen en missuppfattning. Tvärtemot ger förarbetena stöd för att påbörja behandlingsinsatser under LVM-tiden, insatser som sedan bör fortsätta under vård i annan form enligt 27 § LVM, och därefter – i bästa fall – i efterföljande frivillig vård. Regeringen önskar därför

¹⁶ LVM-utredningens huvudsekreterare, Weddig Runquist, utvecklar resonemanget i sin avhandling *Legitimering av tvångsvård* (se senare i detta kapitel).

¹⁷ Med tvång och god vilja – vad gör Statens institutionsstyrelse? (2002/03:RR9)

undanröja den oklarhet som råder, så att det tydligt framgår att syftet med vården är att genom behövliga insatser motivera till fortsatt behandling. Förutom behandlingsinsatser mot själva missbruket kan det vara frågan om åtgärder som tar sikte på den enskildes livssituation i stort, som arbete och bostad. Den tidigare lydelsen att tvångsvården ska syfta till att "motivera missbrukaren så att han kan vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk" ändrades så till att tvångsvården ska syfta till att "genom behövliga insatser motivera missbrukaren så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk".

Satsningar på utveckling av vårdkedjor 2004–2009: Vårdkedjeprojektet och Ett kontrakt för livet

En direkt följd av LVM-utredningen och dess förslag var lanseringen av två projekt som båda syftade till att förstärka samarbetet mellan SiS och kommunerna, förbättra långsiktigheten i vården och eftervården – och även stärka behandlingsinnehållet i LVM-vården. Först fick SiS i uppdrag att utarbeta och testa en modell för att stärka vårdkedjan inom LVM i mindre skala – det så kallade Vårdkedjeprojektet. Innan Vårdkedjeprojektet hade slutförts och utvärderats lanserades sedan Ett kontrakt för livet, som omfattade hela LVM-vården och som kom att pågå under åren 2005–2009.

Redan i december 2003, strax innan LVM-utredningen lämnat sitt betänkande och sina förslag, fick SiS i uppdrag att inom ramen för LVM-vården utveckla och pröva en modell med en förstärkning av vårdkedjans alla delar samt att öka kvaliteten på både LVM-vården och den frivilliga eftervården genom försöksverksamhet. Utöver utvecklingen av samverkans- och samarbetsformer med socialtjänsten, skulle särskilt fokus läggas på att förstärka utredningskompetensen vid SiS samt på att öka kvaliteten på såväl den vård som ges med stöd av 27 § LVM som den eftervård i frivillig form som ska följa på tvångsvården. SiS skulle beakta brukarperspektivet i försöksverksamheten och redovisa erfarenheterna i en slutrapport. Vårdkedjeprojektet utvärderades också av forskare från Stockholms universitet (Fäldt m.fl., 2007).

Projektet kom att omfatta kommunerna Eskilstuna, Uppsala och Örebro samt två stadsdelsförvaltningar i Stockholm och sedan även Enheten för hemlösa i Stockholm. Från SiS sida deltog LVM-hemmen Hornö (Enköping), Rällsögården (Kopparberg) och Runnagården (Örebro). Ett övergripande samarbetsavtal skrevs mellan de deltagande kommunerna och LVM-hemmen. Kommunerna hade dels omfattande erfarenheter av LVM-placeringar, dels en uttalad vilja att förändra och utveckla missbruksarbetet. En geografisk närhet mellan deltagarna eftersträvades också.

Projektet finansierades med särskilda medel, 7 miljoner kronor per år under perioden 2004–2006. Medlen gick i huvudsak till att anställa särskilda samordnare, och under sista halvåret 2004 fick kommunerna även en viss reduktion av vårdavgiften. Från och med 2005 omfattades de av samma subventionering som utgick i samband med Ett kontrakt för livet (se sidan 29).

De särskilda samordnarna skulle vara pådrivare i samarbetet mellan LVM-hemmen och socialtjänsten. För att parterna skulle ha en gemensam kunskapsbas och använda gemensamma metoder anordnades utbildningar, främst i Community Reinforcement Approach och Motiverande samtal. Samtidigt innebar satsningen en tydlig förstärkning av behandlande inslag i vården, som LVM-utredningen (och senare regeringen) efterlyst. En bärande tanke i projektet var att institutionspersonal, socialsekreterare, samordnare och klient så tidigt som möjligt under vårddagen skulle enas om en planering för såväl LVM-tiden som tiden efteråt. Planeringen skulle dokumenteras i en skriftlig överenskommelse. Samordnaren fick en nyckelroll i att följa klienten under vården och följa upp innehållet i överenskommelsen.

Totalt kom 150 klienter att ingå i projektet. Utvärderingen av projektet omfattade dock bara en del av projekttiden (juli 2004 – december 2005) och 74 klienter (Fäldt m.fl., 2007). Utvärderingen bestod av tre olika delstudier: en klientstudie, en programutvärdering och en implementeringsstudie. I klientstudien jämfördes klienterna som ingått i projektet dels med de klienter från samma kommuner som valde att inte delta i projektet (39 klienter), dels med 864 LVM-klienter från övriga landet under samma period. Analysen visade att klienterna i projektgruppen var yngre och i första hand narkotikaanvändare. Dessutom hade de en sämre försörjningssituation och hade i högre grad dömts för brott, vårdats för narkotika- och läkemedelsbruk och vårdats enligt LVU. Klienterna i Vårdkedjeprojektet placerades enligt 13 § LVM i större omfattning och stannade kvar längre tid på institutionen. En högre andel fick en § 27-placering, men det tog cirka två veckor längre tid innan placeringen kunde genomföras, jämfört med för andra klienter som placerades enligt 27 § LVM. Projektgruppen placerades oftare i eget boende, i öppenvård eller familjehem jämfört med de andra som oftare placerades på andra behandlingshem. Vid utskrivning från LVM skrevs de flesta ut till eget boende, men bland projektgruppen var det något vanligare att skrivas ut till eftervård, inackorderingshem eller stödboende, alternativt fortsatt vård på HVB/behandlingshem.

Klienterna som ingick i Vårdkedjeprojektet hade oftare än övriga genomgått utredningar under LVM-vistelsen, och hade oftare fått samtal av förändrande karaktär, deltagit i Återfallsprevention (ÅP) eller någon form av utbildning, arbetsträning eller social färdighetsträning. Skillnaderna i vilken vård klientgrupperna har fått gäller främst under tiden på LVM-hemmet. Under § 27-tiden förefaller klientgrupperna ha fått tämligen likvärdiga insatser (s. 71). Under såväl institutions- som § 27-tiden har klienterna som ingick i Vårdkedjeprojektet i högre utsträckning haft kontakt med socialtjänstens ekonomiska biståndsenhet och öppenvårdsprojekt. De planerade i högre grad att ha kontakt med behandlingsansvariga socialsekreterare och öppenvårdsmottagning för alkohol eller narkotika under § 27-tiden. När det gäller eventuella behandlingsplaneringar vid utskrivning skilde sig grupperna åt på två av sex områden: klienterna som ingick i projektet hade oftare en plan för försörjning samt för behandling av sitt missbruk.

Det fanns med andra ord en del signifikanta skillnader mellan klienterna i projektgruppen och övriga, men "analysen visar att i stort sett samtliga signifikanta skillnader försvinner när klienternas primär drog beaktas. De skillnader vi ser är därför en effekt

av primärdrog och det faktum att det i [Vårdkedjeprojektgruppen] finns många yngre narkotikaanvändare” (Fäldt m.fl., 2007, s. 151).

I SiS slutredovisning av projektet ingick klienter från hela projektperioden, totalt 147 placeringar (några klienter ingick flera gånger). Av dessa fullföljde 72 procent den planerade behandlingen och deltog ett år eller längre. De övriga deltog kortare tid än ett år och 17 kvinnor och 23 män valde att avbryta innan projekttidens slut. Några klienter omplacerades till institutioner som inte ingick i projektet och en del klienter gick det inte att få kontakt med efter återfall i missbruk. Några klienter avstod från vidare kontakt när de påbörjat sin eftervård, andra behövde inte kontakten med samordnarna under ett helt år. Sju klienter avled under tiden de deltog i projektet. Enligt slutrapporten hade samarbetet mellan socialtjänst och LVM-hem förbättrats, vilket manifesterades i de överenskommelser som upprättades för varje klient (Statens institutionsstyrelse, 2008). Överenskommelserna kom sedan att bli en viktig del av regeringens satsning Ett kontrakt för livet.

Ett kontrakt för livet

Vårdkedjeprojektet omfattade ett begränsat antal kommuner/stadsdelar och tre LVM-hem, medan Ett kontrakt för livet riktade sig till hela LVM-vården. Med uppdraget följde särskilda medel som till stor del skulle användas för att subventionera kommunernas vårdavgift under den tiden klienten vårdades enligt 27 § LVM. I gengäld skulle kommunerna aktivt medverka i vårdplaneringen och på så sätt utveckla en starkare vårdkedja (Hajighasemi, 2008). Det konkreta uttrycket för detta – tillika underlaget för en eventuell subvention – var upprättandet av en skriftlig överenskommelse, där socialtjänsten, LVM-hemmet och klienten tillsammans planerade för insatser under institutionstiden, under § 27-tiden samt efter utskrivning.

Projektet pågick under 2005–2007 men förlängdes, med varierande omfattning på subventionen, till och med 2009. Under åren 2005–2007 vårdades ungefär 80 procent av de aktuella klienterna enligt 27 § LVM någon gång under sin placering och 63 procent tecknade också en överenskommelse. Projektet inkluderade i något större utsträckning kvinnor och unga. För de övriga klienterna fanns det olika skäl till en utebliven § 27-placering. Vissa klienter gick exempelvis in i substitutionsbehandling, i vissa fall var det svårt att hitta lämpliga placeringsalternativ och några klienter vägrade. Den vanligaste placeringen enligt § 27-vård i Ett kontrakt för livet, var HVB/behandlingshem (54 procent) och egen bostad med öppenvårdsinsatser (30 procent). Övriga alternativ bestod av familjehemsplaceringar och ”omvårdnad”. HVB/behandlingshem var vanligare bland kvinnorna, medan öppenvårdsinsatser med missbruksbehandling var vanligare bland männen. För familjehem och omvårdnadsalternativen var det inga nämnvärda könsskillnader (Hajighasemi, 2008).

Utvärderingen av projektet baserades på tre huvudsakliga datakällor: SiS klient- och institutionsadministrativa system KIA, bedömnings- och uppföljningsinstrumentet DOK samt en särskild enkät till socialsekreterarna till 770 klienter inom Ett kontrakt för livet. Uppföljningen av klienterna, genom klientintervjuer och enkäter till berörda socialsekreterare, ägde rum sex månader efter avslutad LVM-vård. Svarsfrekvensen för

uppföljningsintervjuerna med klienterna var 72 procent och för socialtjänsten 78 procent. Den särskilda enkäten till socialsekreterarna visade att drygt hälften av klienterna inom Ett kontrakt för livet genomförde § 27-vården helt enligt planeringen och att ytterligare en fjärdedel genomförde delar av den planerade vården. I ungefär 25 procent av fallen avbröts den planerade vården, oftast på grund av återfall i missbruk. Samtliga klienter i projektet hade en dokumenterad eftervårdsplan för vård utöver 27 § LVM. Knappt 60 procent av klienterna påbörjade sådan eftervård, varav en tredjedel genomförde helt och ytterligare en fjärdedel genomförde till viss del. Klienterna som placerades på behandlingshem, i familjehem eller annan vårdinstitution genomförde sin vårdplanering i större utsträckning än de som erbjöds öppenvård. Enligt uppgifter från socialtjänsten hade 18 procent av klienterna någon form av aktiv försörjning sex månader efter utskrivningen, det vill säga lön, arbetslöshetsersättning, studiebidrag, föräldrapenning eller liknande. Ytterligare 12 procent hade pension eller sjukbidrag och 23 procent var under vård eller behandling. Socialsekreterarna uppskattade samtidigt att 29 procent inte hade någon sysselsättning eller aktiv försörjning.

Ungefär 60 klienter intervjuades sex månader efter avslutad LVM-vård. Den generella uppfattningen om § 27-vården bland klienterna var positiv. Flertalet klienter som intervjuades ansåg att de hade fått den vård och hjälp de behövde under sin § 27-placering. Av 19 klienter som kunde jämföra med en tidigare placering så tyckte tio att den aktuella placeringen under Ett kontrakt för livet hade varit bättre.

Den övergripande bedömningen av Ett kontrakt för livet är att satsningen bidrog till att utveckla samverkan mellan socialtjänsten och LVM-hemmen, att klienternas delaktighet ökade och att vården och särskilt planeringen av eftervården stärktes. Den stora utmaningen är dock, som alltid, att få bestående effekter av sådana satsningar och att upprätthålla samverkansformerna.

§ 27-vård i SiS regi

I samband med Ett kontrakt för livet startade SiS upp fyra § 27-hem under 2005–2006. Som tidigare nämnts saknades det lämpliga alternativ för många klienter. Verksamheterna upprättades i anslutning till ett LVM-hem, men det var separata enheter med egen personal och enheterna var fysiskt frångående från LVM-hemmet. Under åren 2005–2008 placerades 200 klienter enligt 27 § LVM på Thulegården (Älvgården), Brunnslov (Lunden), Villan (Runnagården) och 27:an (Renforsen). Försöksverksamheten har beskrivits och utvärderats i en separat rapport. Underlaget i utvärderingen var intervjuer med föreståndarna vid § 27-enheterna, uppgifter från verksamhetsbeskrivningar, klientuppgifter från institutionerna och SiS klient- och institutionsadministrativa system, KIA. Därutöver gjordes en sexmånadersuppföljning av 73 klienter som vårdats vid någon av enheterna under en viss period. Av dessa intervjuades 43 klienter med hjälp av flera intervjuinstrument. Klienterna fick även bedöma själva institutionsvården med hjälp av ett så kallat kvalitetsformulär. En modifierad variant av formuläret användes också i intervjuer med klienternas socialsekreterare (Hajjighasemi & Billsten, 2009).

I rapporten försöker författarna också belysa vilken typ av vård och behandling som bedrivits på SiS § 27-hem. Exempelen på aktiviteter och insatser är många, och

innehållet varierade mellan enheterna. Gemensamma inslag för alla fyra enheterna var exempelvis motivationsarbete och behandling med fokus på missbruket. Miljöterapi var också en viktig del, där klienten fick träna på praktiska göromål och att klara av vardagssituationer. Därutöver ingick individuell planering inför utskrivning, kontakt med barn och nätverk samt socialtjänst och andra myndigheter. Behandling med fokus på själva missbruket, såsom 12-steps-behandling eller Återfallsprevention, var schemalagd 3–5 gånger per vecka. Gruppbehandlingen kunde även kompletteras med individuella samtal.

Klienterna som vårdades på SiS § 27-hem genomförde vården i ungefär samma utsträckning som andra klienter inom Ett kontrakt för livet, trots ett generellt svårare utgångsläge. Men två av tre hade minst ett avbrott under sin § 27-placering. Var tredje genomförde alltså vården utan avbrott, jämfört med drygt hälften i andra behandlingshem. Avbrott har emellertid inte varit synonymt med sammanbrott – fler klienter har efter avbrottet fortsatt sin vård. ”På detta område har SiS § 27-hem varit mer tillmötesgående och gett sina klienter bättre möjligheter att fullfölja vården i öppnare former” (Hajighasemi & Billsten, 2009, s. 33).

När det gäller innehållet i vården visar utvärderingen att klienterna och socialtjänsten överlag är nöjda med verksamheterna. Klienterna är mest nöjda med personalens bemötande och deras tillgänglighet. Dessutom lyfter de fram den sociala gemenskapen som finns på hemmen. Personalen pekar på betydelsen av att enheterna är små, vilket gynnar relationsskapandet mellan klienterna och mellan klienterna och personalen. Klienterna efterlyser dock mer hjälp för sina drogproblem och med att hantera sina sociala problem och familjeproblem, likaså större möjlighet att påverka behandlingens innehåll. Klienterna efterlyser även fler aktiviteter och mer sysselsättning. Den stora åldersspridningen medför ibland också problem med att hitta aktiviteter som passar alla.

Från socialtjänstens sida lyfter man fram samarbetet med § 27-hemmen som det mest positiva. Liksom klienterna själva är socialsekreterarna mindre nöjda med behandlingsprogrammen och resultaten av dessa, även om de uttrycker förståelse för det svåra utgångsläget i många fall.

Förutom en belysning av vårdens omfattning och innehåll, klientgenomströmning med mera, diskuterar författarna även huvudmannaskapsfrågan. I utgångspunkten var det inte helt oproblematiskt att SiS själv anordnade § 27-vård – lagen syftar ju till att låta klienten prova vård *utanför* LVM-hemmets regi. Men författarna pekar på några fördelar som ändå funnits med SiS som huvudman, exempelvis en smidigare övergång mellan vårdformerna, större kontinuitet i vården och personal som är vana att arbeta med målgruppen.

LVM-utredningen och de projekt som följde av den hade ett tydligt fokus på vårdkedjor, eftervård och därmed också § 27-vården. De studier som presenteras nedan har inte haft § 27-vården som en huvudfråga men har ändå belyst vård i annan form på olika sätt.

Forskningsstudier om § 27-vården som del av tvångsvårdens vardag

I det SiS-finansierade forskningsprojektet från 1997 – *LVM-vårdens arbete. En undersökning av vårdarbetet på behandlingshem* belystes LVM-vårdens olika faser och processer "från insidan". I Bengt Svenssons bok *Knarkare och plitar* (2003) beskrivs vardagen och vårdförloppets olika delar med utgångspunkt i projektledarens deltagande observation, klient- och personalintervjuer samt aktstudier vid ett LVM-hem under 1997–1998. Ett av kapitlen handlar om vård i annan form. Boken är skriven i romanform och i kapitlet följer författaren en klient som är på studiebesök på ett HVB inför en § 27-placering. Personalen presenterar verksamheten och berättar att de har gruppsamtal, individuella samtal och gör aktiviteter tillsammans. Just den dagen är klienterna på hästridning. Personalen berättar att klienterna inte får lämna området utan sällskap den första veckan. Under de påföljande tre veckorna har klienten rätt till en övernattningsutlösning utanför hemmet. Klienten är intresserad av att bli placerad på hemmet, men personalen uttrycker viss tveksamhet eftersom klienten gör klart att han tänker flytta hem när LVM-tiden går ut, vilket ligger ungefär en månad fram i tiden. De ställer sig frågande till vad de egentligen kan åstadkomma under så pass kort tid. Klienten blir till slut erbjuden en plats på hemmet, men blir efter ett par veckor ombedd att flytta efter ett vredesutbrott där han sparkar sönder en dörr. "Det är ett beteende som till nöds kan accepteras inom tvångsvården, men som frivilligvården kan välja att inte acceptera" (Svensson, 2003, s. 167).

I kapitlet beskrivs det dilemma som omgärdar LVM och uppdraget att motivera till vård i annan form; om klienten trivs så bra på LVM-institutionen att han inte vill åka därifrån, är det ett misslyckande. Klienten ska trivas lagom bra och institutionen ska inte utvecklas till att bli ett eget behandlingshem (s. 167). En annan svårighet är att hitta en lämplig placering som såväl klienten, socialtjänsten LVM-institutionen och den mottagande enheten känner sig bekväm med.

Nästan ingen av männen beskriver socialsekreteraren som en betydelsefull resursperson i planeringen. Oftare hör jag uppfattningen att socialsekreteraren av prestigeskäl motsätter sig klientens eget alternativ. Kontaktmännen fungerar i sådana situationer ofta som klientens advokat och försöker hjälpa till i övertalningen av den motsträviga socialsekreteraren (s. 168).

I detta sammanhang har socialtjänsten och LVM-institutionen tolkningsföreträdare, men klienten har handlingsföreträdare. Alternativet att stanna kvar finns alltid. "Trots allt lyckas Håkanstorp alltid hitta ett vårdalternativ och nästan alla klienter provar vård under frivilliga former" (s. 168). Om inte placeringen avbryts av någon anledning (oftast återfall och/eller avvikning), planeras utslussningen i samråd med LVM-institutionen, socialtjänsten och det aktuella HVB-/familjehemmet. I rapporten *Vård bakom låsta dörrar* (2001), som handlar om Lundens LVM-hem, lanserar Svensson fyra idealtyper för behandlingsplanering:

- socialingenjörsmodellen – ”det här visar testerna att du behöver”
- den intuitiva modellen – ”det här är vad jag tror du behöver”
- standardmodellen – ”som vi har kontrakt med, som vi brukar rekommendera”
- bestäm-självm-modellen – ”vad har du tänkt dig för behandling?”

Svensson noterar att skillnaden i behandlingsplanering är stor mellan de LVM-hem han studerat, men att klienterna alltid har sista ordet – oavsett modell. ”En annan möjlighet är att snabbt avvika från ett oattraktivt behandlingsalternativ” (Svensson, 2003, s. 170). LVM-hemmet kan också förhålla sig olika till hur snabbt en placering bör komma till stånd; Lunden-modellen, som Svensson anser har inslag av alla idealtyper men där socialingenjörsmodellen dominerar, tar längre tid än Håkanstorps mer intuitiva modell, men det är svårt att säga hur mycket (s. 83). I och med att det finns färre vårdalternativ för kvinnor blir det svårare att hitta något lämpligt. På Lunden betonas ofta vikten av att ta sig tid för att få till stånd en riktigt bra planering. Personalen på Håkanstorp ser i större utsträckning nödvändigheten av att klienten kommer iväg snabbt från institutionen ”så att dom inte fastnar här” (Svensson, 2003, s. 170).

Nästan alla klienter på dåvarande Håkanstorp provade vård i annan form under sin LVM-tid. Frågan Svensson ställer sig är dock vad som ligger bakom besluten att acceptera en § 27-placering. Han lanserar en grov kategorisering baserat på sina iakttagelser och intervjuer:

- Öppenvård kombinerat med placering i den egna bostaden väljs främst av dem som inte önskar bryta med narkotikamiljön, men som vill komma bort från institutionen till en tillvaro med så lite kontroll som möjligt.
- Behandlingshem väljs främst av klienter som är intresserade av en förändring. Ofta finns det en förhoppning om att hamna på ett ställe där det finns kvinnor [Håkanstorp är en mansinstitution] och att få större frihet. Några har också en genuin önskan om att få ”behandling”.
- Familjevård används främst för klienter som definitivt vill lämna narkotikavärlden och som anser att även behandlingshemmet är en del av den. I stället vill de vara samman med ”vanliga människor”. En annan grupp utgörs av de som vill slippa undan krävande konfrontationer från personal och klienter (Svensson, 2003, s. 171).

I intervjuerna med klienterna ställs frågor om deras bedömning av LVM som sådan och av den konkreta vården de fått vid den aktuella institutionen samt efteråt (i klientgruppen ingår även några som redan flyttat ut). Ideellt sett, påpekar Svensson, ska socialtjänsten ha en mycket aktiv roll under hela resan och samordna insatser såväl under som efter LVM-tiden. Han hänvisar till 30 § LVM, som lyfter socialtjänstens uppgift att aktivt verka för att klienten får bostad och arbete eller utbildning efter vårdtiden samt att klienten får det stöd och den behandling som behövs för att komma ifrån sitt missbruk. Men verkligheten ser annorlunda ut, och socialtjänstens stöd och engagemang varierar. I ett konkret fall, som återges i boken, nämns en socialsekreterare som har svårt att gå utanför de ramavtal som kommunen har med olika behandlingshem

och att konflikter uppstår kring vad som är lämplig planering. Den vanligaste kritiken Svensson upplever är dock socialtjänstens passivitet – att de inte hör av sig, inte kommer på besök, inte håller löften om att ordna saker inom en viss tid eller inte engagerar sig i eftervården (s. 192ff). Liknande erfarenheter förmedlas också i en studie av 35 LVM-klienter i Skåne i början av 2000-talet (Larsson Kronberg m.fl., 2005).

Inom ramen för samma projekt publicerades också bland annat en SiS-rapport om vardagen på Lundens LVM-hem (Svensson, 2001). Vård i annan form är ingen huvudfråga här heller, men berörs på olika sätt i beskrivningen av kvinnornas vardag i LVM-vården. I ett särskilt avsnitt om § 27-vården beskrivs vård i annan form som en "ur maktsynpunkt sammansatt och ambivalent åtgärd" (s. 84). Vårdformen kan ses som en "win-win"-situation. Personalen och institutionen lyckas med sitt uppdrag – att motivera till en annan vårdplacering. Klienten får flytta över till ett vårdalternativ som han/hon själv varit med om att välja, där friheten är större än på LVM-hemmet. Men friheten är samtidigt begränsad, menar Svensson. Om klienterna väljer att mot personalens önskan lämna institutionen riskerar de att förlora platsen och återföras till LVM-hemmet. Övervakningen är visserligen mindre på en § 27-placering, men andra former av kontroll tillkommer. Genom behandlingsarbetet, som syftar till att förändra klientens beteende, får den sociala kontrollen en intensivare karaktär. Kraven på följsamhet är starka och angrepp mot en missbruksorienterad livsstil är en viktig del av innehållet i behandlingen. Det människoförändrande inslaget är samtidigt mindre eller frånvarande om klienterna placeras i familjevård. Där handlar det snarare om att anpassa sig till ett vardagsliv, "där det är fullt tillräckligt att man gör vad man blir tillsagd, uppträder artigt, inte använder rusmedel och inte lämnar familjehemmet utan tillstånd" (Svensson, 2001, s. 84).

I slutet på rapporten summerar Svensson det han ser som institutionens främsta målvärden och kommenterar hur dessa uppfylls. En av punkterna Svensson nämner är att institutionen ska hjälpa kvinnorna att få tiden att gå. Här nämns även dilemmat att institutionen ska "ägna sig åt motivationsarbete, inte behandling och att det inte ska vara så trevligt att klienterna biter sig fast och inte vill iväg på 27§-placering" (Svensson, 2001, s. 164f). Ett annat mål för institutionen är "att skapa ett intresse för och åstadkomma en frivillig 27§-placering" (s. 164). Nästan alla kvinnorna på Lunden kommer ut på en § 27-placering och i det perspektivet lyckas institutionen väl med sitt uppdrag. Samtidigt pekar Svensson på att några avbryter placeringen snabbt och sedan inte gör några nya försök. Här jämför Svensson igen det förfarande som finns på Lunden med det som fanns på dåvarande Håkanstorp (se ovan) men kan inte bedöma om Lundens "professionellt genomförda, men omständliga [behandlingsplanering]" är mer framgångsrik än "exempelvis Håkanstorps mer intuitiva och erfarenhetsbaserade" (s. 164). Ett grundläggande problem i motivationsarbetet är, enligt Svensson, klienternas känsla av kränkning och inlåsningen som producerar uppgivenhet och protesthandlingar.

För institutionen betyder också uppdraget att motivera till vård i andra former, att klienten ska därifrån så fort som möjligt. "Det innebär att institutionen ständigt tappar sina mest motiverade klienter samtidigt som det sker en påfyllning med nya omotiverade. Det innebär i sin tur ständiga förändringar i institutionsklimatet" (s. 165).

År 2002 beviljades Svensson forskningsmedel från SiS för ett projekt om avvikningar från LVM-vården – orsaker, karaktär och omfattning. Genom intervjuer med ett 70-tal klienter och deltagande observation vid fyra LVM-hem, försöker han förstå hur klienterna resonerar kring kostnader och nytta vid en avvikning. Att välja rätt tillfälle för en avvikning ingår i detta resonemang. Bland de tillfällen som särskilt nämns är just studiebesök inför en § 27-placering – eller under en § 27-placering. Att avvika från en § 27-placering är inte särskilt svårt i sig men att ta sig därifrån kan vara besvärligt rent praktiskt, på grund av långa avstånd eller bristande kommunikationer. Enligt Svensson söker sig dock klienterna ofta till behandlingsalternativ nära hemorten, vilket innebär att flyktvägen kan vara ganska kort (Svensson, 2010, s. 52). Ett av de fallen Svensson beskriver närmare handlar om en 22-årig kvinna från en större svensk stad som avviker just från en § 27-placering i hemstaden. Avvikningen är välplanerad. Hon har sparat ihop 3 000 kronor och rymmer efter en halv dag. Hon håller sig borta under sju veckor, medan hon använder amfetamin och försörjer sig med kriminalitet. Mamman till kvinnan låter henne bo hos sig, men kvinnan grips när hon kommer till en rättegång hon kallats till (s. 59).

Kontaktsmannaskapet inom LVM-vården

Kontaktsmannaskapet har en särskild plats inom LVM-vården, och år 2005 beviljades Leila Billquist och Anette Skårner forskningsmedel för en studie om kontaktsmannaskapets utövande och villkor inom LVM-vården. Huvudfokus ligger med andra ord inte på § 27-vården, men det är ofrånkomligt att vård i annan form också tas upp i sammanhanget. Kontaktspersonen är ofta en viktig länk mellan socialtjänsten, klienten och exempelvis vårdhemmet inför och under en § 27-placering.

Studien baseras främst på deltagande observation, fokusgruppsintervjuer och enskilda klientintervjuer samt intervjuer med kontaktspersoner vid alla institutionerna. Därutöver gjordes intervjuer med ledningspersoner, enskilt eller i grupp. I rapporten framkommer det att § 27-placeringen är viktig för klienterna och att många vill komma ut så snabbt som möjligt. Samtidigt finns det ibland en frustration över att det tar för lång tid, med omständliga beslutsvägar; Elsa berättar exempelvis om sin frustration över att placeringen drar ut på tiden eftersom kontaktspersonen måste förankra varje steg hos socialtjänsten (Skårner & Billquist, 2009, s. 104). Vardagen på LVM-institutionen består ofta av förhandlingar om olika sätt att utöka friheten och om varför önskemålen inte alltid kan efterkommas. I Elsas fall blir det exempelvis diskussioner om antalet studiebesök inför en § 27-placering. "Hon vill göra många studiebesök, fler än vad som är tillåtet under en vecka, för att vara klar över vilket behandlingsalternativ som skulle passa henne, men kontaktspersonen och institutionen håller emot. Hon skall ta det lugnt och tänka efter. Hon behöver inte ha bråttom" (s. 121). Ovissheten kring när en § 27-placering kan komma till stånd är ett återkommande tema hos många klienter.

Den så kallade tremånadersregeln (tidigare 29 §) nämns ofta av både klienter och kontaktspersoner; vistelsen på LVM-hemmet ska helst inte överstiga tre månader eftersom motivationen annars kan riskeras. För enskilda klienter kan det dock ta längre tid än tre månader innan de placeras i § 27-vård. En av klienterna i studien menar att det är

socialtjänsten som har förhållat det hela i hennes fall – varför vet hon inte. Men väntan har gjort att hon tappat entusiasmen (s. 128). I ett annat fall har det gått fyra månader innan klienten ska på sitt första studiebesök på ett familjehem. Det är familjehemmet som slutligen bestämmer, men även institutionens personal och socialtjänsten är med. Klienten vill verkligen komma dit och önskar att komma i gång så fort det går, men hon upplever att det blir mycket "vänta och se" eller "vi tar det sedan". För andra klienter är det bestämt att de ska stanna kvar på institutionen hela LVM-tiden. "Exemplen kan göras flera där tremånadersregeln inte tillämpas och skälen är många" (s. 129). Klienten mår i många fall dåligt, både fysiskt och psykiskt, och placeringsalternativen har inte fungerat. Ibland har inte socialtjänsten varit tillgänglig och därmed har processen förhållats, eller så har klient, socialtjänst och kontaktperson inte varit överens, klienten har inte haft någon socialsekreterare och någon behandlingskonferens har inte kunnat anordnas. Tiden har runnit iväg på olika sätt (Skårner & Billquist, 2009, s. 129). Merparten av klienterna uttrycker att de varit för lång tid på institutionen och att det måste vara "större tryck på § 27-placeringen", att kontaktpersonen och institutionen borde göra mer och agera mer på egen hand. Klienterna förstår inte varför det ska ta så lång tid.

För klienterna ses § 27-placeringen som en möjlighet till större frihet, att få ta större ansvar för sig och sin situation, och att själva kunna disponera över sin tid även om regler finns. Reglerna kan exempelvis innebära att klienten dagligen eller ett par gånger per vecka ska höra av sig till institutionen och/eller till sin kontaktperson. Denna återkoppling innehåller både en stödjande och en kontrollerande aspekt. För kontaktpersonen ses placeringen som ett prov, ett test om klienten klarar ett mer nyktert liv. En av de intervjuade kontaktpersonerna beskriver det så här:

Paragraf 27, då får de prova vingarna litegrann, fast vi har ju tvånget bakom. Det tror jag känns som ett skydd för dom, att dom har LVM på sig, att händer det nåt så kommer dom tillbaka till institutionen och får börja om. Det tror jag de flesta tycker är skönt (s. 129).

Placeringar enligt 27 § LVM avbryts inte sällan på grund av återfall i missbruk. Detta borde, enligt en av klienterna i studien, också kunna utnyttjas på ett bättre sätt: Kontaktpersonen skulle kunna peppa, erbjuda fler alternativ och hålla kvar energin. "Man borde få prova och misslyckas [...]" (Skårner & Billquist, 2009, s. 12).

Forskningsstudier om utslussning och eftervård i samband med LVM-vård

Under 2003–2004 drog ett samverkansprojekt i gång som syftade till att förstärka eftervården för LVM-klienter i SiS södra region¹⁸. Projektet utgick från en erkännande av att flertalet kommuner inte kunde erbjuda personer som lämnade LVM-institutionerna det stöd som krävs för en god eftervårdsplanering och ett gott genomförande. "Genom

¹⁸ Effektiv eftervård i SiS södra region (ESS-projektet).

satsning på en effektivare eftervård bör det vara möjligt att uppnå ett bättre resultat av LVM-vården” (Berglund & Larsson Kronberg, 2004, s. 4). I projektet rekryterades särskilda eftervårdssamordnare för att arbeta enligt case managementmetodik. I samband med detta beviljades även medel till en randomiserad studie som påbörjades 2003. Den skulle jämföra klienter som fick särskilt eftervårdsstöd jämfört med klienter som fick ”treatment as usual”. Case manager-interventionen förbereddes medan klienten var på LVM-hemmet och pågick under sex månader efter utskrivning från LVM-hemmet.

Projektet beskrivs i en artikel i Marianne Larsson Lindahls avhandling. Vård i annan form enligt 27 § LVM omtalas dock inte direkt. Det framgår inte av beskrivningen i vilken grad vård i annan form ingick i vården, vare sig för interventionsgruppen eller kontrollgruppen, utan det som beskrivs är den lagstadgade planeringen av boende, sysselsättning och fortsatta missbruksinsatser enligt 30 § LVM. I studien ingick 36 klienter som efter intagningen randomiserades till den ena eller den andra gruppen. Under institutionstiden fick grupperna samma vård. ”In most cases the treatment period at the institution lasted around 3–4 months but could last as long as six months” (Larsson Lindahl, 2011, paper 4, s. 3)¹⁹. Studien visade sedan att försöket med case managers fallit väl ut. Inga klienter hoppade av under interventionstiden och uppföljningen gjordes med nästan alla klienterna. Klienterna i interventionsgruppen verkade hålla sig drogfria längre, men det var inga skillnader mellan grupperna när det gäller vårdkonsumtion (Larsson Lindahl m.fl., 2012).

I en annan av avhandlingens artiklar studerar Larsson Lindahl LVM-klienters upplevelser av LVM-vården – från omhändertagandet till eftervården (Larsson Kronberg m.fl., 2005). Inte heller i denna studie nämns § 27-vården explicit utan frågorna gäller i första hand institutionsvistelsen eller vårdvistelsen generellt.

”Utslussning av LVM-klienter – eftervårdsinsatser ur socialtjänstens och missbrukarens perspektiv”

Under 2006–2007 finansierade SiS ett forskningsprojekt under ledning av Mats Eken Dahl vid Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. Projektet bestod av två delstudier, varav den ena bestod av en intervjuundersökning av socialsekreterare som handlagt LVM-ärenden där några klienter fått eftervårdsinsatser och andra inte fått detta. I den andra delstudien intervjuades en grupp ”återkommare” om sina erfarenheter av eftervård i samband med tidigare LVM-ingripanden. Resultaten redovisades främst i två artiklar i vetenskapliga tidskrifter (Ekendahl, 2007, 2009). I artikeln *Aftercare and compulsory substance abuse treatment: A venture with potential?* kommenteras också satsningen Ett kontrakt för livet. ”However, the Swedish state does not regulate the form or the content of post-treatment interventions delivered by the municipal social welfare boards, and it is largely unknown how aftercare is organized in practice” (s. 139). Eken Dahl pekar också på den svåra balansen mellan det övergripande syftet med LVM – att motivera till vård i frivilliga former – samtidigt som begreppet ”eftervård” signalerar att man ska underhålla resultaten av redan genomgången vård och behandling (s. 140).

¹⁹ I den publicerade utgåvan av artikeln (Larsson Lindahl m.fl., 2012) är denna mening borttagen.

Frågan om vad eftervård egentligen är eller kan vara i förhållande till LVM-vård står därmed centralt i artikeln. Intervjupersonerna, 20 socialsekreterare som nyligen handlagt LVM-ärenden i Stockholm och Västmanland, betonar dock att eftervård bör underlätta övergången från strukturerade behandlingsprogram till en vardag, gärna i det egna hemmet, där en "ny livsstil" kan praktiseras (s. 144). I praktiken kan eftervården omfatta ett antal olika insatser och aktiviteter, som Ekendahl sammanfattar i tre kategorier: behandlingsavslutande åtgärder, kompensatoriska åtgärder samt ny behandling.

Den första kategorin utgår från att klienten är drogfri och kan ta del av exempelvis träningslägenheter, yrkespraktik, 12-stegsbehandling, AA/NA-möten eller Återfallsprevention. I den andra kategorin återfinns insatser som syftar till att förbättra klientens livssituation trots ett pågående missbruk och bristande motivation, exempelvis lågtröskelboende, hemservice, vårdhem, härbärge eller kontaktsamtal. I den tredje kategorin placeras nya insatser, det vill säga sådant som inte i första hand är en förlängning av tidigare insatser utan sådant som introduceras vid detta tillfälle. Exempel på insatser är gruppterapi, öppenvårdsprogram, KBT och 12-stegsbehandling. Enligt intervjupersonerna lämpar sig dessa insatser väl just under § 27-tiden eller efter utskrivning om klienten är motiverad att fortsätta förändringsprocessen. En del insatser låter sig dock inte kategoriseras enligt ovan, såsom medicinering, praktisk hjälp och ospecificerade gruppaktiviteter. I praktiken har eftervård många olika syften, menar Ekendahl, inte enbart att underhålla livsstilsändringar som redan uppnåtts (s. 146).

Ambitionerna med eftervården är ofta höga men arbetsbelastning och resursbrist sätter påtagliga hinder för genomförandet av en kvalitativt god eftervård. Socialsekreterarna beskriver också eftervården som en svag länk i vårdkedjan. Det saknas ofta sammanhållna eftervårdsprogram, och ofta måste man börja om från början efter utskrivning. För LVM-klienternas del handlar det oftast om att hantera deras sociala problem överlag, mer än deras missbruk specifikt. Insatserna behöver också anpassas till det faktum att klienterna inte är helt drogfria, att de får återfall, och att de inte är motiverade eller förmögna att ändra livsstil (s. 151).

I en annan artikel, som publicerades 2009, är frågeställningen likartad, men här är det klientperspektivet som främst beaktas. Artikeln bygger på intervjuer med 12 klienter vid tre LVM-hem. Även här är huvudtemat eftervård i samband med LVM-vård. Alla klienter hade vårdats enligt LVM minst en gång tidigare och hade således erfarenhet av omhändertagande, utslussning och sedan återinskrivning i LVM-vården. Centralt i klienternas berättelser är bristen på eftervårdsinsatser eller att dessa varit otillräckliga. Särskilt lyfts problemet med boendet, att LVM-vården upplevs som en tillfällig lösning på ett boendeproblem. De lågtröskelboenden som oftast står till buds efter utskrivning är otillfredsställande, och insatserna begränsas gärna till urin- och utandningsprov ett visst antal gånger per vecka. Ekendahl frågar vilken nytta klienterna egentligen kan ha av eftervårdsinsatser när dessa följer direkt efter ett tvångsomhändertagande grundat på klientens brist på motivation.

Båda artiklarna bygger på intervjuuppgifter med ett begränsat antal informanter, 20 socialsekreterare i det ena fallet och 12 klienter i det andra. Klienterna som ingår i den andra studien har alla tidigare vårdats enligt LVM och kan därför antas ha nega-

tiva erfarenheter av (bristande) eftervård. Sammantaget förmedlar artiklarna bilden av att eftervårdsbegreppet inte är särskilt väl definierat, likaså att det finns en diskrepans mellan de ambitioner/förväntningar som både socialsekreterare och klienterna har och den realitet som oftast möter parterna. Bristen på ett fungerande boende återkommer i många fall, liksom avsaknaden av mer kvalificerade stödinsatser under längre tid. Vård i annan form enligt 27 § LVM fokuseras inte specifikt i artiklarna, utan finns med som en del av ett större "eftervårdskoncept".

Hur formas och genomförs socialtjänstens insatser efter avslutad LVM-vård?

Åren 2004–2006 togs flera stora initiativ visavi LVM-vården; LVM-utredningen lämnades 2004, och i anslutning till den följde stora satsningar på att utveckla övergången mellan LVM-vård och fortsatta sociala insatser efter detta – främst genom Vårdkedjeprojektet och Ett kontrakt för livet. Samtidigt beviljade SiS forskningsmedel till ett projekt om socialtjänstens insatser efter avslutad LVM-vård. Projektledare var Bengt Svensson vid Malmö högskola och doktoranden Weddig Runquist – som hade varit huvudsekreterare i LVM-utredningen.

I november 2012 disputerade Runquist på sin avhandling *Legitimering av tvångsvård. Klienter och deras socialsekreterare om LVM*. I avhandlingen står frågan om LVM-vårdens legitimitet i fokus – dels från klienternas sida (anser klienterna att omhändertagandet var befogat och hur ser de på tvångsvårdens innehåll och resultat?), dels från ett samhällsligt perspektiv. Det senare innebär en granskning av socialsekreterarnas motiveringar av tvångsomhändertaganden de initierat och hur väl socialnämnden lyckas uppfylla uppdraget i 30 § LVM, nämligen att verka för att klienten ska få arbete, samsättning och stöd för sitt missbruk efter avslutad LVM-vård.

Underlaget består av kvalitativa intervjuer med 80 klienter som vårdats enligt 4 § LVM under perioden oktober 2005 – maj 2006. Klienterna intervjuades under slutfasen av LVM-vistelsen, då de var på institutionen eller placerade i annan form, och minst sex månader efter avslutad LVM-vård. Uppföljningstiden var i några fall flera år. Klienternas socialsekreterare intervjuades också i två omgångar, men även här kunde instabiliteten vara ett problem. Av totalt 79 socialsekreterare som intervjuades i andra omgången, var 21 nya jämfört med första intervjuomgången. § 27-vården berörs på flera ställen i avhandlingen, utan att vara en huvudfråga. I ett avsnitt belyses emellertid hur en (potentiell) placering kan gå till och beskrivningen kopplas också till eventuella fortsatta insatser efter utskrivning. Runquist försöker kategorisera olika typer av förfarande, utifrån socialsekreterarnas och klienternas agerande. När det gäller socialsekreterarnas agerande identifierar Runquist följande typfall (Runquist, 2012, 296ff): ansvarsförnekelse, partnerskap, pragmatism samt omvändelse.

Ansvarsförnekelse innebär att frågan om en viss § 27-placering skjuts över på någon annan – myndighetsföreträdare hänvisar till varandra, socialtjänsten "skyller på" ramavtal som inte kan frångås eller liknande. Att institutionspersonal och socialtjänst hänvisar till varandra är inte ovanligt och skapar frustration bland klienterna. Ibland uppstår i stället ett partnerskap mellan socialtjänsten och klienten. Ibland blir placeringen ett gemensamt projekt, där man förhandlar, diskuterar, hittar lösningar – och

går utanför ramavtalen om det behövs. Pragmatism kännetecknas av socialsekreterarens vilja och förmåga att anpassa reglerna till situationen. Det finns en benägenhet att "tänja på gränserna till sitt handlingsutrymme till klientens förmån" (s. 302). Omvändelse innebär att socialsekreteraren (och eventuellt institutionspersonalen) kan ändra sig under resans gång. Den initialt negativa inställningen till ett visst alternativ kan vändas till ett stöd.

När det gäller klienternas motiv för att acceptera eller inte acceptera § 27-vård kan dessa kategoriseras som institutionsanpassning, avståndstagande samt social förankring på hemmaplan. Kategoriseringen bygger på uppgifter om de 64 av undersökningsgruppens 80 klienter som hade en § 27-placering – de övriga "motsatte sig en sådan placeringsform" (s. 306). Kategorin institutionsanpassning omfattar situationer där klienterna helt enkelt inte önskar lämna LVM-hemmet – de önskar inte byta miljö, utan trivs bra där de är. Kategorin avståndstagande däremot omfattar klienter som konsekvent vägrar samarbeta med socialtjänsten och som därför föredrar att "sitta av tiden". Alternativt omfattar kategorin personer som accepterar en placering för att komma ifrån en institution de vantrivs på. Den tredje kategorin inrymmer fall där klienten placeras på hemmaplan, i egen eller partners bostad, och där klienten ofta har ett etablerat familjeliv som i huvudsak fungerar. Socialtjänsten kan vara mycket tveksam till en placering i hemmamiljön, men ett trots allt fungerande nätverk kan bidra till att alternativet ändå väljs.

Det saknas en sammanfattande beskrivning av vilken typ av placering som valdes för de klienter som ingår i studien, eller av motivkategoriernas fördelning. Runquist visar till "en viss överlappning" mellan parternas kategori av ställningstagande och eventuell överenskommelse om insatser efter avslutad LVM-vård: "av de 33 klienter där antingen båda eller en av parterna ansåg att man inte hade ingått någon överenskommelse beträffande insatser efter avslutad LVM-vård, var hälften (16 personer) identiska med dem i undersökningsgruppen som inte ville ha någon § 27-placering; omvänt lyckades ingen av dem som vägrade en sådan placering ingå överenskommelser om insatser efter tvångsvårdens slut. En slutsats som kan dras är att om ett samarbete mellan klient och socialsekreterare inte kan (åter)upprättas om LVM-vårdens innehåll, tycks parterna inte heller komma överens om insatser efter tvångsvårdens slut" (s. 336).

På en mer övergripande nivå konstaterar Runquist att nyttan med vården (från klienternas perspektiv) varierar, men att "den gemensamma nämnaren för dem som utvecklade en mer positiv syn på LVM-beslutet var att den förknippades dels med en förbättrad hälsosituation, dels med insatser som planerades och genomfördes i nära samarbete mellan klient och socialsekreterare både under pågående tvångsvård [...] och sedan LVM-vården avslutats" (s. 376). I alla dessa fall hade socialsekreteraren gått utöver ramarna och aktivt använt sitt handlingsutrymme i stödjande riktning.

Sammandrag

Delstudie II är en litteraturstudie av tidigare utredningar, projekt och forskningsstudier som haft ett huvudsakligt fokus på eller på annat sätt belyst vård i annan form. Som en direkt följd av LVM-utredningen 2004 lanserades först Vårdkedjeprojektet, som hade en mer begränsad omfattning, sedan Ett kontrakt för livet, som omfattade hela LVM-vården. LVM-utredningen hade pekat på betydelsen av långsiktighet, uthållighet och planering som avgörande förutsättningar för att lyckas med behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Här fanns ett stort förbättringsbehov och utredningen pekade på behovet av ge socialtjänsten bättre förutsättningar för att ta ett långsiktigt ansvar för klienten, genom bland annat vård med stöd av 27 § LVM.

Vårdkedjeprojektet omfattade ett begränsat antal LVM-hem och kommuner i Mälardalsregionen. I projektet ingick en satsning på gemensam utbildning av personal inom LVM-vården och socialtjänsten och därmed en förstärkning av behandlande inslag i vården, som LVM-utredningen också efterlyst. Därutöver användes de särskilda medlen till samordnare som skulle vara pådrivare i samarbetet mellan LVM-hemmen och socialtjänsten. Under en period fick kommunerna även en viss reduktion i vårdavgiften, men från och med 2005 omfattades de av samma subventionering som utgick i samband med Ett kontrakt för livet – en satsning som startade 2005 och som inkluderade alla placerande kommuner och hela LVM-vården. Utvärderingen av Vårdkedjeprojektet, som endast omfattade en del av projektperioden, visade att det fanns en del signifikanta skillnader mellan projektgruppen och jämförelsegruppen med hänsyn till andelen som fick en § 27-placering, typ av placering vid vård i annan form, samt andelen som genomgått en utredning och typ av insatser under såväl tiden på institution som under § 27-placeringen. Vid närmare granskning visade det sig dock att skillnaderna i stor grad kunde hänföras till klienternas primärdrog och ålder. I projektgruppen ingick många yngre narkotikaanvändare.

De bärande elementen i Ett kontrakt för livet var en subventionering av vårdavgiften under den tid klienten var placerad enligt 27 § LVM mot framvisning av ett kontrakt, en överenskommelse, där socialtjänst och klient tillsammans med institutionspersonal gjort en långsiktig vårdplanering även för tiden efter LVM-vården. Under åren då projektet pågick kom fler klienter att vårdas enligt 27 § LVM, både absolut och relativt. Flertalet tecknade också en överenskommelse och kunde då få del av subventionen. Utvärderingen visade att relativt fler kvinnor och unga hade inkluderats i projektet. Den vanligaste placeringen inom ramen för Ett kontrakt för livet var HVB/behandlingshem följt av eget boende med öppenvårdsinsatser. För att kunna erbjuda fler klienter ett lämpligt alternativ startade SiS också egna § 27-hem, som dock var åtskilda från LVM-hemmet både fysiskt och när det gällde personalen. Både Ett kontrakt för livet och § 27-vården i SiS regi utvärderades med uppföljningar av klienterna efter utskrivning. Tre fjärdedelar av klienterna inom Ett kontrakt för livet genomförde § 27-vården helt eller delvis enligt planeringen. Klienterna som vårdades på SiS § 27-hem genomförde, trots ett generellt svårare utgångsläge, vården i ungefär samma utsträckning som andra klienter inom Ett kontrakt för livet. Andelen avbrott i § 27-vården skilde sig dock

åt; var tredje fullföljde sin § 27-vård i SiS regi utan avbrott jämfört med hälften i andra behandlingshem. Den övergripande bedömningen av Ett kontrakt för livet är att satsningen bidrog till att utveckla samverkan mellan socialtjänsten och LVM-hemmen, att klienternas delaktighet ökade och att vården och särskilt planeringen av eftervården stärktes. Den stora utmaningen var att få bestående effekter av satsningen och att upprätthålla samverkansformerna. När det gäller § 27-hemmen i SiS regi lyfte socialtjänsten särskilt fram det goda samarbetet som det mest positiva. Socialsekreterarna, liksom klienterna, var emellertid inte lika nöjda med vårdinnehållet och vad vården åstadkommit.

I den resterande delen av litteraturgenomgången presenteras ett antal forskningsstudier som både finansierats av och studerat SiS verksamhet. Dels handlar det om studier av vardagen i LVM-vården, dels om hur frågan om en § 27-placering präglar relationen mellan klienten och personalen. Studierna har genomförts vid olika tillfällen, med olika källor och material och analyserats med olika metoder. Som nämnts har en del studier inte specifikt fokuserat på vård i annan form utan det har varit en bifråga eller ett bakgrundstema. Ett generellt problem med studier inom tvångsvården är att populationen i utgångspunkten är liten. Studiernas design gör dessutom att antalet klienter och/eller institutioner som ingår oftast är begränsat. Ekendahls studier omfattar 12 respektive 20 klienter, 36 klienter i Larsson Lindahls studie (2011), medan Skårners och Billqvists (2009), Svenssons (2010) och Runquists studier omfattar 70–80 klienter. Studierna kan också vara begränsade till ett hem eller en region, till exempel Svensson (2001, 2003) och Larsson Lindahl (2011) och ibland har det gått ganska lång tid mellan huvudsaklig datainsamling och publicering av resultaten. Alla studier som inkluderat uppföljningar har problem med bortfall och stor personalomsättning i socialsektorn.

Trots de metodologiska begränsningarna har studierna bidragit till att belysa § 27-vårdens roll i LVM-vården på olika vis. Både Svenssons studier och studien av kontaktmannaskapet inom LVM-vården visar på dilemmat som omgärdar LVM och uppdraget att motivera till vård i frivilliga former genom att förmå klienten att låta sig vårdas i annan form enligt 27 § LVM; om klienten trivs så bra på LVM-institutionen att han eller hon inte vill åka därifrån, är det ett misslyckande. Samtidigt är det ett misslyckande om klienten vill vårdas i annan form men det inte går att hitta ett alternativ som klienten, socialtjänsten LVM-institutionen och den mottagande enheten känner sig bekväm med. Forskarna ger en inblick i förhandlingarna som frågan om vård i annan form ger upphov till, där socialtjänsten och LVM-institutionen har tolkningsföreträdare, men klienten har handlingsföreträdare. Detta perspektiv lyfts även av Runquist, som i sin avhandling påpekar att klienten faktiskt förfogar över ett maktmedel – att vägra lämna LVM-hemmet för vård i annan form. Ekendahl pekar också på den svåra balansen mellan det övergripande syftet med LVM att motivera till vård i frivilliga former, samtidigt som begreppet "eftervård" signalerar att man ska underhålla resultaten av redan genomgången vård och behandling. Frågan om vad eftervård egentligen är eller kan vara i förhållande till LVM-vård står därmed centralt i Ekendahls arbeten. I praktiken kan eftervården omfatta ett antal olika insatser och aktiviteter, som Ekendahl sammanfattar i tre kategorier: behandlingsavslutande åtgärder, kompensatoriska åtgärder samt ny behandling.

Ambitionerna med eftervården är ofta höga men arbetsbelastning och resursbrist sätter påtagliga hinder för genomförandet av en kvalitativt god eftervård.

Runquists och Larsson Lindahls avhandlingar lyfter också frågan om hur eftervården fungerar för LVM-klienter, det vill säga vården efter utskrivning från SiS. Larsson Lindahl har studerat effekterna av ett försök med eftervårdssamordnare, case managers, som påbörjades i Skåne-regionen år 2003. LVM-klienterna lottades till försöksgruppen eller kontrollgruppen och överlag bedömdes försöket med case managers falla väl ut. Klienterna i försöksgruppen verkade hålla sig drogfria längre, men det var inga skillnader mellan grupperna när det gäller vårdkonsumtion. I en av Ekendahls studier beskriver klienterna hur eftervårdsinsatserna ofta brister, särskilt när det gäller boendet. Boendesituationen, såväl innan som under och efter LVM-vård, är likaså ett centralt tema i Runquists avhandling. På basis av de klienter som han följt i sitt arbete argumenterar han för att LVM-vårdens legitimitet hotas när insatserna efter tvångsvården inte bidrar till en påtaglig förbättring i klienternas situation, särskilt vad gäller boende och arbete, såsom 30 § LVM föreskriver.

Delstudie III

Vård i annan form i dagens LVM-vård

I delstudierna III och IV har vi använt ett antal källor inom SiS för att beskriva praktiken kring placeringar av LVM-klienter i vård i annan form enligt 27 § LVM. Inledningsvis presenteras datakällorna närmare och sedan redovisas i denna delstudie några kvantitativa mått kring § 27-vården, till exempel andel placeringar och återplaceringar, vårdtid på institution innan första placeringen i vård i annan form, typer av placeringar och anledningar till att en klient *inte* inleder vård i annan form. Där det är möjligt jämförs uppgifterna med utvärderingen av Ett kontrakt för livet. Slutligen innehåller delstudien en kvalitativ beskrivning av processen kring en § 27-placering, främst genom fallstudier, både retrospektivt och prospektivt.

Källor och tillvägagångssätt

I redovisningen av dagens praktik när det gäller vård enligt 27 § LVM har vi strävat efter att använda de källor som finns tillgängliga inom SiS. Det gäller även delstudie IV som sammanfattar klienternas och socialtjänstens syn på § 27-vården. I det följande beskrivs källorna och användningen av dessa i korta ordalag.

DOK-intervjuer

Klienter som placeras vid LVM-hem erbjuds att göra en DOK-intervju i samband med inskrivningen. Intervjun används för att kartlägga klientens problematik inom ett antal livsområden, som boende- och levnadsform, familj och relationer, utbildning och försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning, hälsa och kriminalitet. En viktig del av intervjun är dessutom att klarlägga hur klienten själv bedömer sitt hjälpbehov. Uppgifterna används sedan som underlag för behandlingsplanering, verksamhetsuppföljning och ibland till forskning. Vid utskrivning från institutionen erbjuds klienten också en liknande intervju, där fokus ligger på hur klienten ser på den hjälp han/hon har fått, om det har skett några förändringar inom de olika livsområdena under placeringen och hur planeringen ser ut för tiden efter utskrivning. I vissa fall görs även uppföljningsintervjuer efter sex månader²⁰.

²⁰ Se Armelius m.fl. (2010) och Statens institutionsstyrelse (2012) för mer information om DOK-systemet och DOK-formulärens innehåll och användning.

DOK-systemet bygger i första hand på att personliga intervjuer genomförs med klienterna. Om detta inte är möjligt ska personalen i stället besvara ett urval frågor med hjälp av befintligt aktmaterial – en så kallad kort-DOK. Andelen klienter som intervjuas med DOK inskrivningsintervju varierar mellan åren, mellan institutionerna och mellan kort-DOK eller reguljär intervju. Som exempel kan nämnas att år 2002 och 2008 saknades dokumentation för 15 respektive 13 procent av klienterna (Statens institutionsstyrelse, 2004, 2009). Bland de som dokumenterats hade emellertid andelen personliga intervjuer ökat betydligt mellan dessa tidpunkter. Täckningsgraden för utskrivningsintervjun var 71 procent år 2011 (varav 40 procent genomförda intervjuer och 31 procent personalens dokumentation med hjälp av aktmaterial – kort-DOK). I denna studie har åren 2003, 2007 och 2011 valts ut för analys. Detta för att få en spridning över tid och för att få med tiden innan, under och efter satsningarna på utveckling av vårdkedjor samt på vård i annan form i samband med Vårdkedjeprojektet och Ett kontrakt för livet.

SiS klient- och institutionsadministrativa system

SiS klient- och institutionsadministrativa system, KIA, är ett journalföringssystem där alla vårdhändelser inom SiS registreras – inskrivningar, överflyttningar, avvikningar, användning av särskilda befogenheter med mera. Här finns även vissa uppgifter om klientens missbruk (det vill säga placeringsorsak enligt socialtjänstens ansökan om vård) och vad klienten skrivs ut till. I KIA finns även daganteckningar, vårdplaner, vårdtidssammanfattningar, kontrakt i samband med § 27-placeringar samt andra liknande dokument. I rapporten redovisas statistik rörande 318 klienter som haft minst en § 27-placering under perioden 1 januari – 30 juni 2012. Av dessa görs även en kvalitativ granskning av journalanteckningar rörande 60 klienter för att beskriva processen kring placering i vård i annan form. Klienternas synpunkter, önskemål och bedömningar framkommer alltså indirekt, via personalens anteckningar.

Socialtjänstenkäten

Vid varje avslutad placering eller när en klient överflyttas från ett LVM-hem till ett annat, skickas en enkät till socialtjänsten i ansvarig kommun och besvaras av den ansvarige socialsekreteraren/handläggaren. Syftet med enkäten är att ge både den enskilda institutionen och myndigheten som helhet en bild av hur socialtjänsten upplever att ärendehantering och samarbetet fungerat samt ta del av socialsekreterarnas uppfattning om den vård och behandling som klienterna fått vid SiS LVM-hem. Enkäterna har därefter sammanställts på nationell nivå – tidigare under mätperioder om tre månader, sedan genom årsuppföljningar. Sammanställningar av socialtjänstenkäten har tidigare redovisats i Allmänna SiS-rapporter (se SiS webbplats) och uppgifterna används exempelvis i myndighetens årsredovisningar.

Enkäterna består av 15 frågor med fasta svarsalternativ samt öppna kommentarsfält. År 2011 besvarades 7 413 enkäter. I de enkäter som ingår i vår studie, från åren 2003–2011, ingår fyra frågor som direkt rör planeringen och genomförandet av vård i andra former enligt 27 § LVM. Därutöver ingår en mer övergripande fråga om socialtjänstens nöjdhet med institutionens arbete. I socialtjänstenkäten ingår även frågor om vård en-

ligt 27 § LVM samt en sammanfattande fråga om socialsekreteraren skulle kunna tänka sig att placera en klient på samma institution i ett liknande ärende.

”Följeforskning” av placeringsärenden

Under våren 2012 kontaktade projektets utredare ett antal LVM-hem för att fråga om det var någon klient som var aktuell för en § 27-placering inom den närmaste tiden och som skulle kunna tänkas vara med i studien. För klienten skulle det inte innebära något annat än att projektmedarbetaren sökte upp hans/hennes kontaktperson, socialsekreterare och/eller motsvarande på den mottagande enheten. Ett informationsbrev utformades som kontaktpersonen kunde använda i samtal med klienten. Syftet med denna del av studien var att få en bättre inblick i avvägningar och diskussioner som äger rum inför en placering, ställa följdfrågor och även få mer utförlig information om det konkreta innehållet i vården och behandlingen under § 27-placeringen. Initialt kontaktades ett flertal institutioner, för att rekrytera ärenden där klienten var på väg ut på en § 27-placering och där både kontaktperson och klient kunde tänka sig att ingå i projektet. Från vår sida var det önskvärt att få en spridning i kön och ålder och mellan institutioner och placeringsformer – men slumpen fick styra vilka klienter som kom att ingå, beroende på vilka placeringar som var aktuella just då och vilka klienter som ville delta.

Under projektets gång ringde projektmedarbetaren till kontaktpersonerna med jämna mellanrum för att höra hur socialtjänsten, klienten och institutionen hade resonerat inför en placering, hur det sedan gick för klienten under placeringen och vilka insatser han/hon fick under tiden. Projektmedarbetaren hade även kontakt med vårdgivare och var på studiebesök på en öppenvårdsmottagning som en av klienterna besökte under sin § 27-placering. Totalt ingick elva klienter i denna prospektiva datainsamling – sju män och fyra kvinnor från nio avdelningar vid sju olika institutioner. Datainsamlingen avslutades i december 2012, men för att få en bild av hur det sedan gick för klienterna som fortfarande var kvar i vården har redovisningen kompletterats med uppgifter från KIA under försommaren 2013. Följestudierna bygger med andra ord på uppgifter från personalen och inte klienten själv.

Andra dokument och informationskällor

Delstudie III syftar till att beskriva både omfattningen av och processen kring en placering i vård i annan form. Förutom nämnda källor har vi även tagit del av dokument och muntlig information från institutionerna. Viktigast i sammanhanget är de kontrakt och mallar som används i samband med en § 27-placering (se bilaga 1), och projektmedarbetaren har även fått muntlig information om praktiken och tillvägagångssättet som institutionerna generellt försöker arbeta efter. Individuella variationer förekommer dock alltid.

Vård i annan form – omfattning, frekvens och tid

Statens institutionsstyrelse är i dag huvudman för elva LVM-hem från Lund till Vindeln. År 2012 fanns sammanlagt 349 fastställda platser på institutionerna. Fem LVM-hem tar

enbart emot män, tre tar enbart emot kvinnor och tre hem tar emot både kvinnor och män. LVM-hemmen har olika målgrupper och delvis olika uppdrag inom ramen för LVM-vården. Förutom könsuppdelningen är hemmen också inriktade på olika åldersgrupper och på klienter med specifik problematik. En närmare beskrivning av LVM-institutionerna och den vård och behandling som erbjuds finns på SiS webbplats.

I samband med intagning på LVM-hemmet erbjuds alla klienter att genomgå en utredning. Utredningstiden är ungefär åtta veckor och kräver att klienten är närvarande på institutionen och är drogfri. Inskrivningsintervjun och utredningen ligger till grund för den fortsatta behandlingsplaneringen, vilket också innebär en planering av § 27-vistelsen och även insatser efter utskrivning (Statens institutionsstyrelse, 2012b). Klienten tilldelas också en kontaktperson (eller i några fall två kontaktpersoner) som har ett särskilt ansvar för klienten. Därutöver kan det bland annat finnas en behandlingssekreterare som särskilt ansvarar för kontakten med socialtjänsten och för behandlingsplaneringen. Klienten ska även ha tillgång till bland annat sjuksköterska, läkare och psykolog under sin vistelse på institutionen. När vården så tillåter ska vård i annan form, utanför institutionen, erbjudas. Klienten skrivs ut när syftet med vården är uppnått, det vill säga när klienten är mottaglig för frivilliga vårdinsatser, eller senast efter en maximal vårdtid om sex månader (Statens institutionsstyrelse, 2012b). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:27) är inte klienter som vårdas enligt LVM behöriga för läke-medelsassisterad behandling (substitutionsbehandling) vid opiatberoende.

TABELL 1

Utskrivningar, vårdtider och § 27-placeringar, 2000–2012.

År	Antal utskrivningar enligt 4 § LVM	Genomsnittligt antal vårddygn ^a		Procent § 27-placeringar någon gång under LVM-tiden	Andel § 27-placeringar inom tre månader ^b
		Män	Kvinnor		
2000	680	128	154	88	53
2001	701	133	152	75	56
2002	753	129	150	80	58
2003	668	124	162	79	56
2004	641	134	148	80	54
2005	633	127	151	80	57
2006	794	139	151	79	57
2007	856	136	144	78	55
2008	861	138	149	79	60
2009	710	124	142	77	48
2010	820	133	141	75	53
2011	812	139	141	78	49
2012	754	134	147	75	46

^a Inklusive klienter som vårdats enligt SoL.

^b Det vill säga andelen av de som vårdats enligt 27 § LVM. Med tre månader menas inom 92 dygn mellan intagningen och den första § 27-placeringen.

Som tidigare nämnts vårdas de flesta LVM-klienter i annan form minst en gång under en placering enligt 4 § LVM. Under åren 2000–2012 har andelen § 27-placerade varierat mellan 75 och 88 procent (SiS årsredovisningar). Den genomsnittliga totala vårdtiden under perioden 2000–2012 varierade mellan 124 och 139 dygn för män (medelvärde 132), och mellan 141 och 162 dygn för kvinnor (medelvärde 149). Uppgifterna gäller både frivilligt och tvångsvårdade klienter.

Andelen som beretts möjlighet att vårdas i annan form inom tre månader efter in-tagning har varit relativt stabil under de senaste 12 åren – varierande mellan 49 och 60 procent.

En § 27-placering kan innebära vård exempelvis på ett HVB/behandlingshem, i ett familjehem eller boende i det egna hemmet med öppenvårdsinsatser. För att en klient ska kunna bli § 27-placerad måste klienten medverka i ett strukturerat vårdprogram under sin placering. Innan en § 27-placering påbörjas ska socialtjänsten, SiS och klienten upprätta en vårdplan/behandlingsplan för att ge klienten möjlighet till att följa ett strukturerat vårdprogram (jfr 28 § LVM). En klient har dock, som redan påpekats, alltid rätt att avvisa ett specifikt alternativ eller en § 27-placering över huvud taget.

Inför en placering genomförs oftast ett eller flera studiebesök, vilket också beskrivits i flera av de studier som redovisades i delstudie II. Formellt är det institutionschefen som fattar beslut om vård i annan form, samtidigt som socialnämnden ska se till att vården anordnas. Under tiden klienten vårdas enligt 27 § LVM ska institutionen hålla regelbunden kontakt med vårdpersonalen där klienten placerats och/eller med klienten. Institutionen har fortfarande ett behandlingsansvar och i vårdplanen ska det framgå att klienten kan återföras till institutionen om han eller hon till exempel återfaller i missbruk eller avviker. Det är viktigt att klienten fått information om vad som gäller under sin § 27-placering (Statens institutionsstyrelse, 2012b).

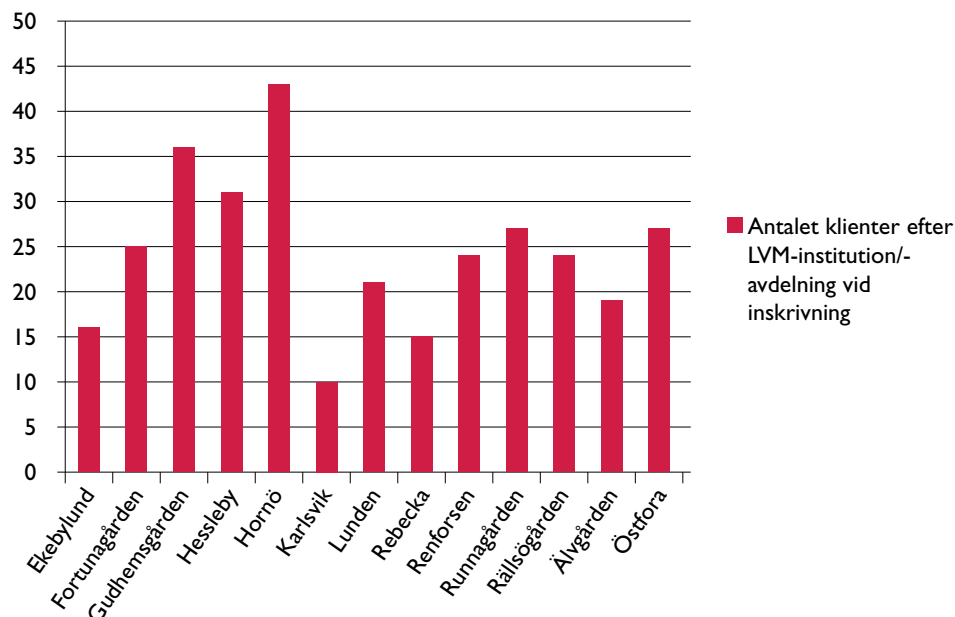
Antal avvikningar, eller vårdavbrott, från § 27-vård har minskat något under de senare åren – från 67 procent (456 av 681 placeringar) år 2008, till 60 procent (338 av 564) år 2012.

Placeringar enligt 27 § LVM under första halvåret 2012

I detta avsnitt görs en fördjupad studie av placeringar enligt 27 § LVM under första halvåret 2012, det vill säga klienter som avslutat minst en § 27-placering under perioden 1 januari 2012 till 30 juni 2012. Några klienter skrevs alltså in under senare hälften av 2011 och andra skrevs ut efter halvårsskiftet 2012. För att ha något att jämföra med, så utgör antalet ärenden i vårt urval 64 procent av alla utskrivningar efter vård enligt 4 § LVM under andra halvåret 2011. Uppgifterna är hämtade från KIA. Materialet består av 317 individer, fördelade på 318 placeringar (107 kvinnor och 210 män). Av figur 3 framgår hur klienterna fördelar sig på de olika institutionerna utifrån inskrivningsinstitutionen (avdelningarna Ekebylund och Östfora redovisas för sig, liksom Lunden och Karlsvik).

FIGUR 3.

Klienter som vårdats enligt 27 § LVM januari – juni 2012, efter inskrivningsinstitution/-avdelning.



Källa: KIA.

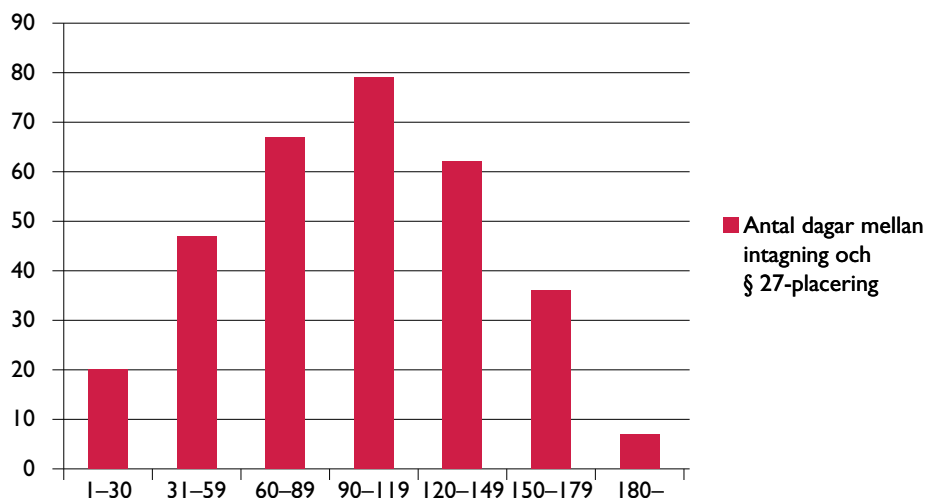
Vistelsetid mellan intagning och första § 27-placering

Som tidigare nämnts, har det både formellt och informellt funnits en ambition att klienterna ska prova vård i annan form inom den maximala vårdtiden på sex månader. Hur ser detta ut i praktiken? I vårt material varierade vistelsetiden på institutionen från en dag till 186 dagar – det vill säga från det minsta möjliga till det mesta möjliga. Medelvärdet och medianen låg på 98 dagar, det vill säga drygt tre månader. Sammantaget § 27-placerades klienten inom tre månader i knappt hälften (47 procent) av fallen. Totalt fanns 75 anmälningar registrerade i KIA angående utebliven vård i annan form innan tre månader, och det saknades anmälningar i 93 fall där klienten inte placerats i § 27-vård inom tre månader. I anmälningarna nämndes brist på lämpliga vårdalternativ som den vanligaste orsaken till att vård enligt 27 § LVM inte hade inletts "i tid".

I figur 4 framgår fördelningen av § 27-placeringar i 30-dagarsintervaller. I 20 fall gick det mindre än en månad mellan intagning och första § 27-placering och i några fall skrevs klienten ut till vård i andra former i slutskedet av vistelsen. Tyngdpunkten ligger dock på dag 90–119 och 30-dagarsperioderna innan och efter detta.

FIGUR 4.

Antal dagar mellan intagning och första § 27-placering. Klienter som vårdats enligt 27 § LVM under perioden januari – juni 2012.



Källa: KIA.

Antal § 27-placeringar

I urvalet från första halvåret 2012 § 27-placerades 57 procent av klienterna en gång och 43 procent två gånger eller mer under samma vistelse. I ungefär 60 procent av fallen återplacerades klienten minst en gång på samma HVB/behandlingshem som under den första § 27-placeringen.

Placeringsform

Den vanligaste placeringsformen, även i detta urval, är ett HVB/behandlingshem. Där efter följer placering i den egna bostaden. Tillsammans stod dessa två alternativ för drygt 80 procent av placeringarna. Resterande placeringar skedde i familjehem, stöd-boende eller till exempel på vårdhem, sjukhem och gruppboende. Skillnaderna mellan könen var små men placering på HVB/behandlingshem var något vanligare bland männen och placering i egen bostad något vanligare bland kvinnorna.

TABELL 2.

Placeringsform vid klientens första eller enda § 27-placering, efter kön. Januari – juni 2012. Procent

Placeringsform	Kvinnor (n=107)	Män (n=211)	Totalt (n=318)
Egen bostad med öppenvårdinsatser	23	28	20
Familjehem	7	10	9
HVB/behandlingshem	56	65	62
Stödboende	8	3	5
Annat	6	4	4
Totalt	100	100	100

Källa: KIA.

Även om målgrupperna varierar mellan LVM-hemmen, dominerar HVB/behandlingshem som alternativ för § 27-placeringar på alla institutioner. Det enda undantaget är avdelningen Ekebylund, där flertalet klienter placerades i det egna hemmet (56 procent), efterföljt av stödboende (25 procent) och endast 19 procent på HVB/behandlingshem. Östfora, SiS LVM-hem Ekebylund/Östforas manliga avdelning, hade också en jämförelsevis låg andel placeringar på HVB/behandlingshem (48 procent) och 41 procent i det egna hemmet. I den andra ändan av skalan hittar vi Älvgården, med 85 procent av placeringarna på HVB/behandlingshem under den aktuella perioden. På de övriga institutionerna/avdelningarna varierade andelen HVB/behandlingshemsplaceringar mellan 52 och 75 procent. Förutom Ekebylund och Östfora var placeringar i det egna hemmet vanliga på Hessleby, Runnagården och Karlsvik men ovanliga bland klienterna från Lunden, Älvgården, Hornö och Gudhemsgården samt obefintliga på Rebecka, vars målgrupp är yngre kvinnor.

TABELL 3.

Placeringsform vid klientens första eller enda § 27-placering, efter institution/avdelning. Januari – juni 2012. Radprocent (n=318)

Institution/avdelning	Placeringsform					Totalt
	Egen bostad	Familjehem	HVB/ behandlingshem	Stödboende	Annat	
Ekebylund (n=16)	56		19	25		100
Fortunagården (n=25)	20		64	4	12	100
Gudhemsgården (n=36)	8	14	70		8	100
Hessleby (n=31)	33	3	52	3	9	100
Hornö (n=43)	7	21	70		2	100
Karlsvik (n=10)	30		60	10		100
Lunden (n=21)	5	29	57		9	100
Rebecka (n=15)			73	20	7	100
Renforsen (n=24)	13	4	75	8		100
Runnagården (n=27)	33		56		11	100
Rällsögården (n=24)	21	8	71			100
Älvgården (n=19)	5	5	85	5		100
Östfora (n=27)	41		48	7	4	100

Källa: KIA.

Familjehemsplaceringar är generellt ovanliga, men för Lundens kvinnor valdes den placeringsformen i 29 procent av fallen. Även klienterna från Hornö använde denna placeringsform i ett av fem fall. Utöver Ekebylund (se ovan) användes stödboende relativt ofta på Rebecka (20 procent).

Val av placeringsform styrs av olika faktorer och vissa av de skillnader som påvisades mellan institutionerna hänger förmodligen samman med skillnader i målgruppernas ålder. I tabell 4 redovisas placeringsform efter åldersgrupp.

Placering på HVB/behandlingshem är den enskilt vanligaste placeringsformen oavsett åldersgrupp, men vanligast bland de yngre och mindre vanlig bland de äldsta. De äldre klienterna placeras i högre grad i egen bostad, medan familjehem i första hand förekommer bland de yngre klienterna. Stödboende förekommer nästan inte alls bland de yngsta.

TABELL 4.

Placeringsform vid klientens första eller enda § 27-placering, efter åldersgrupp. Januari – juni 2012. Procent

Placeringsform	Åldersgrupp		
	18–29 (n=127)	30–44 (n=67)	≥45 (n=124)
Egen bostad	7	21	32
Familjehem	16	7	3
HVB/behandlingshem	69	60	55
Stödboende	2	6	7
Annat	6	6	3
Totalt	100	100	100

Källa: KIA.

Överenskommelser och villkor under placeringen enligt 27 § LVM

Fyra–fem år efter att Ett kontrakt för livet avslutades ser vi att det i 267 av de 318 ärendena fanns en dokumenterad överenskommelse inför vård i annan form. Det är möjligt att fler klienter hade överenskommelser men att dessa inte registrerats i KIA. Innehållet i överenskommelserna eller kontrakten varierar, men i samtliga fall framgick det att klienten skulle lämna någon form av nykterhetstest. I 190 fall specificerades typ, frekvens och plats för testerna, medan det i övriga fall framgick att testerna skulle lämnas i enlighet med exempelvis behandlingshemmets rutiner. Alla kontrakt informerade också om möjligheten att återföra klienten till institutionen vid kontraktsbrott. Drygt hälften av kontrakten (56 procent) innehöll utförligare beskrivningar av vilken vård eller vilka insatser klienten skulle få under § 27-placeringen. Det kunde exempelvis stå att klienten skulle erbjudas samtal, grupperapi eller genomgå en utredning, erbjudas sysselsättning, social färdighetsträning, arbetsträning eller delta i AA-/NA-möten, Återfallsprevention eller 12-stepsbehandling.

Vårdavbrott

I vårt urval uppgick antalet vårdavbrott i samband med första § 27-placeringen till 196 (62 procent). Avbrotten är oftast oplanerade men kan också vara planerade – om klienten av någon anledning vill återvända till institutionen, om parterna är överens om att den aktuella placeringen inte fungerar och man vill försöka hitta en ny eller att syftet med vården helt enkelt är uppnått och klienten skrivs ut²¹. Orsakerna till avbrotten framgår av tabell 5. I övriga 122 fall avslutades första § 27-placeringen på grund av att LVM upphörde (89 fall), att syftet med vården var uppnått (30 fall) eller att klienten gick in i ett substitutionsprogram (3 fall).

Avvikning och återfall i missbruk (vilka oftast sammanfaller) är de två huvudsakliga skälen till vårdavbrottet. I några enstaka fall kan det finnas andra orsaker, såsom

²¹ Det är kanske diskutabelt om detta ska definieras som ett vårdavbrott, men i detta sammanhang handlar det om att en uppgjord planering avbryts efter överenskommelse mellan parterna.

att klienten önskar avbryta placeringen. Innan utskrivning var det 76²² procent av klienterna som genomfört en DOK utskrivningsintervju.

TABELL 5.

Anledning till vårdavbrott vid första eller enda § 27-placeringen. Januari – juni 2012. Procent

	Andel (n=196)
Avvikning	49
Återfall	42
Klientens önskan	6
Annat ^a	3
Totalt	100

^a Akut psykisk sjukdom, disciplinära problem, klienten avliden, familjehemmet ska på semester, klienten inställt sig hos kriminalvården.

Källa: KIA.

Vårdform vid utskrivning och boendeform efter utskrivning

Vid utskrivning vårdades två av tre (207 av 318) klienter i vårt urval enligt 27 § LVM, och av dessa hade 28 procent fler än en § 27-placering. De två vanligaste boendeformerna efter utskrivning var eget boende (42 procent) och fortsatt vård vid HVB/behandlingshem (25 procent). Den resterande tredjedelen fördelade sig på andra boendeformer eller bostadslöshet.

TABELL 6.

Klientens boendeform efter utskrivning enligt 4 § LVM. Januari – juni 2012. Procent

Boendeform	Andel klienter (n=316 ^a)
Eget boende	42
Fortsatt vård på HVB/behandlingshem	25
Särskild boendeform ^b	10
Anhöriga	8
Fortsatt vård på familjehem	5
Bostadslöshet	5
Annat	5
Totalt	100

^a Två av klienterna var ej utskrivna när sammanställningen gjordes.

^b Sjukhem, träningslägenhet och stödboende.

Källa: KIA.

²² Två av klienterna var ej utskrivna när sammanställningen gjordes.

Vård i annan form under Ett kontrakt för livet och första halvåret 2012

Ett kontrakt för livet syftade till att förstärka vårdkedjan för klienterna inom LVM-vården genom sänkta vårdavgifter för § 27-vården och krav på en skriftlig planering och överenskommelse kring insatser under och efter LVM-tiden. Eftersom det nu har gått några år sedan projektet avslutades, kan det vara intressant att jämföra placeringsformer samt vad klienten skrevs ut till i KFL-studien och i vårt urval från 2012.

I tabell 7 jämförs placeringsformen i de två grupperna. Placering på HVB/behandlingshem är fortsättningsvis den dominerande placeringsformen och har mellan dessa två mätningar blivit ännu vanligare: sex av tio år 2012, jämfört med drygt hälften i Ett kontrakt för livet. Ökningen i användningen av HVB/behandlingshem syns i en motsvarande minskning av placeringar i egen bostad med öppenvårdsinsatser (28 respektive 20 procent). Familjehemsplaceringarna utgör fortsättningsvis runt 10 procent av placeringarna och ungefär lika stor andel fördelar sig på andra placeringsformer.

TABELL 7.

Placeringsform för vård i annan form i Ett kontrakt för livet (KFL) och under perioden januari – juni 2012^a. Procent

Placeringsform	KFL (n=763)	Januari – juni 2012 (n=318)
HVB/behandlingshem	54	62
Egen bostad med öppenvårdsinsatser	30	20
Familjehem	11	9
Annat	5	9
Totalt	100	100

^a Uppgifterna rörande KFL härstammar från den särskilda socialtjänstenkäten som skickades ut i samband med projektet och avser *planerade* placeringsformer under § 27-tiden.

Källa: Hajjghasemi, 2008; KIA.

Boendeform efter utskrivning redovisas i tabell 8. Fortsatt vård på HVB/behandlingshem och eget boende är de två vanligaste boendeformerna efter utskrivning vid båda tillfällena, men fördelningen mellan dessa två huvudalternativ har ändrats så att eget boende har blivit ännu vanligare (42 procent jämfört med 34 procent) och fortsatt vård på HVB/behandlingshem mindre vanligt (25 procent jämfört med 35 procent). Det saknas information om eventuella öppenvårdsinsatser eller annat stöd som klienten får om han/hon bor hemma eller hos anhöriga, så det är svårt att bedöma om kvaliteten i boendeformerna har ändrats över tiden.

TABELL 8.

Boendeform efter utskrivning enligt 4 § LVM i Ett kontrakt för livet (KFL) och under perioden januari – juni 2012. Procent

Boendeform	KFL (n=1135) ^a	Januari – juni 2012 (n=316)
Anhöriga	5	8
Bostadslöshet	3	5
Eget boende	34	42
Fortsatt vård på familjehem	6	5
Fortsatt vård på HVB/behandlingshem	35	25
Särskild boendeform ^b	8	10
Annat	9	5
Totalt	100	100

^a Omfattar endast klienter som hade en överenskommelse och som ingick i Ett kontrakt för livet.

^b Sjukhem, träningslägenhet eller stödboende.

Källa: Hajjghasemi, 2008; KIA.

Hur går det till när en klient placeras enligt 27 § LVM?

I föregående avsnitt redovisades ett antal kvantitativa uppgifter rörande klienter som vårdats i annan form under första halvåret 2012: antal klienter, vårdtider, placeringsformer med mera. Detta avsnitt innehåller närmare beskrivning av processen kring en placering i vård i annan form. Under arbetet med projektet kontaktades alla LVM-institutioner och ombads beskriva hur de arbetar med § 27-placeringar samt lämna kopior av kontrakt, mallar eller annat material som används i sammanhanget. Därutöver har ett antal klienter följts prospektivt inför och under en § 27-placering sommaren och hösten 2012. Uppgifterna har då hämtats från kontaktpersoner och andra informanter. I slutet av avsnittet redovisas resultat från en närläsning av ett urval akter tillhörande klienter som vårdats enligt 27 § LVM under perioden januari – juni 2012.

Exempel på typiska kontrakt finns i bilaga 1. Alla institutioner försöker genomföra en inskrivningsintervju inom de första veckorna efter intagning och ska erbjuda klienten att genomföra en LVM-utredning. Under klientens första veckor bokas ett möte med socialtjänsten, och frågan om vård i annan form kommer gärna upp redan i samband med intagningen eller vid första mötet med socialtjänsten. Några institutioner är tydliga med att de inte börjar planera för vård i annan form innan en eventuell utredning är färdig, som exempelvis Hornö och Rebecka. Alla understryker att inskrivningsintervjun, eventuell utredning och annat underlag ska ligga till grund för val av placeringsform. Om klienten tackar nej till en utredning används annan tillgänglig information i planeringen.

Variationen är emellertid lite större när det gäller "initiativrätten" i frågan om typ av placering eller konkreta förslag. I det första skedet är det tre parter som ska komma

överens: klienten, institutionen och socialtjänsten. Av underlaget som lämnats verkar det variera något vem som driver frågan. I vissa fall är institutionen initiativtagare och presenterar vissa förslag för klienten efter att ha konfererat med socialtjänsten. I andra fall är det socialtjänsten som tar fram förslagen, efter samråd med en eller flera av de övriga parterna. Det ska samtidigt påpekas att processen kring en § 27-placering också varierar, även inom en institution.

Normalt tas mellan en och fyra placeringsalternativ fram, oftast ett par stycken. Studiebesök är rutin på alla institutioner men antalet studiebesök som genomförs varierar. På Fortunagården genomför man i regel bara ett studiebesök. Det är också vanligt att inget studiebesök görs om klienten (nyligen) varit placerad på det aktuella stället. Ibland är långa avstånd ett hinder och då försöker man hitta praktiska lösningar som att träffas halvvägs, att företrädare för mottagande enhet kommer till institutionen i stället, att anordna telefonkonferens eller förbereda för direktplacering som inte föregås av studiebesök.

Samtliga institutioner genomför en behandlingskonferens med socialtjänsten där en § 27-placering tas upp. De olika placeringsalternativen tas fram på olika sätt, men samtliga institutioner påpekar att socialtjänstens ramavtal är styrande för valet av placering i mer eller mindre grad. När placeringsalternativen väl är beslutade besöker institutionerna minst ett av dem. För att kunna avgöra vilket alternativ som är bäst, gör vissa institutioner flera studiebesök tillsammans med klienten. Beslutsprocessen kan vara ganska komplicerad, där flera aktörers bedömningar och önskemål ska jämkas och synkroniseras med utanförliggande faktorer såsom ramavtal, kötider eller klient-sammansättning på mottagande enhet vid den aktuella tidpunkten.

Alla institutioner, förutom Hessleby och Rebecka, upprättar ett § 27-kontrakt när beslut om vård i annan form tagits. Hessleby och Rebecka har i stället valt att använda en checklista respektive ett informationsblad. I Rebeckas fall har man kommit fram till att det är bättre om mottagande enhet står för formulering av strukturen, vilka regler som gäller och liknande. Alla kontrakt eller motsvarande innehåller skrivningar om drogfrihet och eventuellt hur drogfriheten ska kontrolleras. Vissa anger ett standardiserat antal kontrolltillfällen per vecka, medan andra anger att klienten ska lämna prov på uppmaning. Andra vanliga villkor är att klienten ska följa det program eller den behandling som finns på mottagande verksamhet och att klienten kan återföras till LVM-hemmet vid återfall eller kontraktsbrott. Om en kontraktsmall finns, undertecknas den alltid av klienten och en eller flera företrädare för LVM-hemmet (till exempel kontaktperson, behandlingssekreterare, avdelningsföreståndare eller institutionschef). Oftast skriver även socialsekreteraren under och ibland även en företrädare för mottagande verksamhet. Under tiden klienten är placerad enligt 27 § LVM har institutionen kontakt med klienten och/eller mottagande verksamhet. Frekvensen och hur kontakten upprätthålls varierar men oftast är det kontaktpersonen på LVM-hemmet som ansvarar för telefonkontakt en gång i veckan. Ibland läggs ansvaret för kontakten på klienten (se bilaga 1).

Placeringar i vård i annan form sommaren/hösten 2012 – en följestudie

Vi valde att följa några klienter i "realtid" för att få en fylligare bild av både planeringsprocessen inför en § 27-placering och vilka insatser klienten får under § 27-tiden.

Genom muntlig kontakt med institutionspersonal, socialsekreterare och andra involverade kan information komma fram som inte alltid dokumenteras i andra källor. I insamlingen av data har vi varit helt beroende av vilka klienter som varit på väg ut till en § 27-placering under den aktuella tiden, vilka klienter som har varit intresserade av att ställa upp och vilka informanter som har kunnat medverka. Totalt elva klienter följdes under "resans gång" – sju män och fyra kvinnor. Genomsnittsåldern var 41 år, varierande från 20 till 59 år. Könsfördelningen och genomsnittsåldern motsvarar alltså LVM-gruppen som helhet. Spridningen mellan avdelningar/institutioner är förhållandevis god. Klienterna kom från nio olika enheter vid sju institutioner. Fyra institutioner var alltså inte företrädde. Datainsamlingen avslutades i december 2012, men för att få en bild av hur det gick med placeringen för de som fortfarande var kvar i vården har redovisningen kompletterats med uppgifter från KIA under våren/sommaren 2013.

Lars

Lars är en 58-årig man som har missbrukat alkohol de senaste tio åren. Han har sedan tidigare haft olika frivilliga vårdinsatser, såväl öppenvårdsinsatser som dygnsvård, men är nu omhändertagen enligt LVM för första gången. Socialtjänstens initiala önskemål är att Lars får möjlighet till MI-samtal och CRA-samtal för att försöka ge honom bättre insikt i den sjukdomsbild han har. Ett par dagar senare har Lars ett samtal med sin kontaktperson där han får berätta om sina framtidsplaner och vad han vill ta upp på ett kommande möte med socialtjänsten. Själv menar han att växelvis vård på och utanför institutionen skulle hjälpa honom att hålla sig nykter. Vidare kan han tänka sig sysselsättning på två olika intresseorganisationer. Han kan inte tänka sig någon form av öppenvård – han tror inte det skulle hjälpa. Ungefär en månad efter intagningen träffas Lars, socialsekreteraren och institutionspersonal för att diskutera den fortsatta vården. Socialtjänsten föreslår en placering på en öppenvårdsmottagning och dagverksamhet med sysselsättning i form av svetsning och lättare snickerier, enskilda samtal och social samvaro med andra tillnyktrande personer. Eftersom detta handlar om dagverksamhet ska Lars bo i egen lägenhet under § 27-placeringen. Enligt socialtjänstens bedömning är inte behandlingshem något lämpligt alternativ – Lars har haft flera sådana placeringar tidigare men har återfallit så fort han har kommit hem igen. Om personalen på LVM-hemmet ändå har förslag på ett lämpligt behandlingshem så är socialtjänsten dock intresserade av att diskutera detta. Efter mötet åtar sig socialtjänsten att skaffa mer information om öppenvårdsprogrammet och eventuellt ordna ett informationsbesök. Personalen på LVM-hemmet får i uppdrag att titta efter ett lämpligt behandlingshem som Lars skulle kunna besöka.

I samtal med kontaktpersonen dagen efter berättar Lars att han är positiv till en § 27-placering på ett annat behandlingshem, men att det får vara en blandad klientgrupp och inte alltför långt hemifrån. Lars betonar också betydelsen av sysselsättning. Tre veckor senare får LVM-institutionen ett mejl från socialtjänsten med planeringen inför Lars § 27-placering. Planen är att han ska bo hemma med öppenvårdsinsatser via dagverksamheten, som diskuterades på mötet. I samband med öppenvårdsverksamheten ska Lars lämna utandningsprov varje dag. Uppdraget till öppenvårdsmottag-

ningen ska vara att hjälpa Lars hitta alternativa sysselsättningar och sällskap utanför mottagningen, gärna med besök på exempelvis intresseorganisationer, bibliotek, kyrkan och Pensionärernas riksorganisation, PRO. Därutöver är tanken att kontaktpersonen på öppenvårdsmottagningen ska ha behandlande samtal med Lars två gånger per vecka, med inriktning på Återfallsprevention och motivation till nykterhet. Hon och annan personal ska även göra hembesök hos Lars med syfte att umgås.

Lars åker på studiebesök till öppenvårdsmottagningen. Han har tidigare varit där och är bekant med personalen och några klienter som fortfarande är kvar. Några dagar efter studiebesöket ångrar sig Lars och vill inte bli § 27-placerad där längre – han tycker det är för långt mellan den egna lägenheten och öppenvårdsmottagningen. En placering i vård i annan form blir uppskjuten, och socialtjänsten och LVM-institutionen påbörjar en ny planering. Socialsekreteraren frågar Lars om han kan tänka sig att bo på mottagningens gruppboende i stället, så avståndet inte ska vara ett hinder. Lars är positiv till detta och socialtjänsten ansöker därför om en lägenhet i gruppboendet på öppenvårdsmottagningen. Ansökan beviljas och två veckor efter studiebesöket kan Lars påbörja sin § 27-placering – 78 dagar efter intagning. I samband med placeringen skrivs ett § 27-kontrakt där planeringen framgår – den enda ändringen jämfört med tidigare är att Lars ska bo på öppenvårdsmottagningens gruppboende samt att Lars ska lämna utandningsprov efter varje gång han varit utanför mottagningen.

Under placeringen tycker Lars att det överlag går bra. Han lämnar negativa utandningsprov och kan så småningom göra hembesök till sin egen lägenhet. Samtalskontakten med kontaktpersonen på öppenvårdsmottagningen fungerar emellertid inte så bra eftersom Lars är en fåordig person. Samtalen upphör efter ett tag. Lars socialiserar sig dock med andra klienter och är dagligen iväg för att träffa vänner. Han följer med personalen på ett besök på en intresseorganisation men är inte så intresserad av verksamheten. Socialtjänsten, öppenvårdsmottagningen, institutionen och Lars själv är alla nöjda med § 27-placeringen till en början – Lars håller sig nykter och klarar av det i sin hemmamiljö. Efter 25 dagar återfaller Lars i missbruk och återplaceras på LVM-hemmet. I KIA framgår det att Lars återförs till LVM-hemmet med hjälp av personal från stödboendet²³. Lars har trivts på stödboendet och vill gärna tillbaka dit, vilket personalen på boendet också stödjer. Ungefär en vecka senare är Lars återigen placerad på samma ställe men återfaller och avviker igen en månad senare. Han ringer själv till socialtjänsten och återförs till LVM-hemmet, där han är kvar till LVM-tiden går ut en och halv månad senare. Under denna tid diskuteras olika alternativ för Lars efter att vårdtiden är slut – han har själv förslag på ett par HVB där han tror förutsättningarna är bättre för att han ska kunna hålla sig nykter. Ett av alternativen är dock inte aktuellt eftersom hemmet inte vill ta emot Lars. Lars skrivs ut till eget boende och hämtas av socialtjänsten, som kommer att fortsätta planeringen tillsammans med honom. Lars har inte placerats på SiS sedan detta.

²³ Eftersom återfallet skedde precis vid stopptiden för inhämtning av ytterligare information, hämtades kompletterande uppgifter från KIA.

Oskar

Oskar är 20 år och har ett blandmissbruk. För fem år sedan började han röka marijuana och hasch och har under det senaste året regelbundet använt amfetamin, LSD, MDMA/Ecstasy med mera. Efter några dagar på institutionen har Oskar ett samtal med sin behandlingssekreterare och berättar att han snabbt vill ut på en § 27-placering. Han berättar vidare att han nyligen varit på ett behandlingshem och trivs mycket bra där. Han uppskattade friheten som fanns där i jämförelse med situationen på institutionen. Han kände sig delaktig i behandlingen men det hade inkommit droger på behandlingshemmet efter ungefär två månader. Då kunde han inte stå emot, återföll i missbruk och blev därefter utskrivna från behandlingshemmet. Oskar vill gärna återvända till samma behandlingshem men tror inte att han skulle vara välkommen dit igen. Behandlingssekreteraren föreslår att Oskar påbörjar institutionens behandlingsprogram för att förbereda sig för en § 27-placering och för att visa sin motivation till drogfrihet.

Behandlingssekreteraren kontaktar Oskars socialsekreterare några dagar efter det inledande samtalet. Socialsekreteraren berättar att det inte har fungerat så bra på behandlingshemmet eftersom Oskar inte varit delaktig i behandlingen och gruppsamtalen. Enligt socialsekreteraren har han också varit inblandad i införseln av droger på hemmet och han är därför inte välkommen tillbaka dit. Socialsekreteraren har dock ett förslag till ett annat behandlingshem inom samma vårdföretag på annan ort, med en annan målgrupp och med personal dygnet runt. Socialsekreteraren vill dock att Oskar uppvisar sin motivation till drogfrihet och behandling och att han därför stannar kvar på LVM-institutionen i två månader innan § 27-placering.

I ett senare samtal berättar Oskar för behandlingssekreteraren att han inte vill bli placerad på ett hem med bara unga killar och att behandlingshemmet ska ligga långt från hemorten.

Det första planeringsmötet med socialtjänsten äger rum drygt en månad efter intagningen. Socialtjänstens förslag är att § 27-placeringen ska genomföras på ett mindre behandlingshem som har personal dygnet runt eller i ett familjehem. Till mötet har socialsekreteraren med sig tre förslag på behandlingshem. Oskar motsätter sig ett av dessa på grund av deras 12-stegsbehandling. Även institutionspersonalen lämnar ett förslag till behandlingshem men kommunen saknar ramavtal med hemmet. Socialsekreteraren måste därför konsultera sin chef innan ett studiebesök kan bokas in. Oskar vill helst placeras på samma ställe som han tidigare varit på, men när det inte går enas de om att prova ett annat hem inom samma vårdföretag. Det beslutas att Oskar ska göra två till tre studiebesök så snart som möjligt. Socialtjänsten kräver samtidigt att han ska bli mer aktiv i behandlingen på LVM-institutionen för att uppvisa motivation och förberedelse inför en § 27-placering.

En vecka efter planeringsmötet är Oskar på studiebesök på ett behandlingshem inom samma vårdföretag som det hemmet han tidigare vistats på. Verksamhetschefen visar runt och intervjuar sedan Oskar om hans missbruksproblematik. På vägen tillbaka till LVM-hemmet berättar Oskar för SiS-personalen att behandlingshemmet är perfekt, att han vill bli § 27-placerad där och inte behöver göra fler studiebesök.

Efter helgen kontaktar behandlingssekreteraren Oskars socialsekreterare för att få klartecken att gå vidare med § 27-placeringen. Socialsekreteraren är positiv till placeringen och behandlingssekreteraren kontaktar behandlingshemmet. De vill gärna ta emot Oskar men det är kö för tillfället. Två veckor senare finns en ledig plats och 69 dagar efter intagning placeras Oskar enligt 27 § LVM. I kontrakten som skrivs framgår bara att Oskar ska delta aktivt i den vård och behandling som görs upp vid inskrivningen och under vistelsen samt att han ska rätta sig efter de regler och tider som gäller på behandlingshemmet. Kontraktet skrivs under av Oskar, socialsekreteraren och kontaktpersonen på LVM-hemmet.

Behandlingshemmet har heldygnsvård och behandlingen bygger på en kognitiv beteendeterapeutisk och systemteoretisk grund. De arbetar mycket med gruppterapi men varje individ har sin egen planering. Gruppbehandlingen bedrivs i grupper om 6–8 klienter som träffas tre gånger i veckan i ungefär två timmar. Under gruppbehandlingen utgår de från olika teman som de gemensamt i gruppen reflekterar kring. Skulle det var något som hänt på behandlingshemmet tas det upp i gruppen för diskussion och reflexion. På behandlingshemmet erbjuds också Återfallsprevention, ART (Aggression Replacement Training) samt ett program med inriktning på kriminalitet. Oskar har även individuella samtal med sin kontaktperson på behandlingshemmet en gång i veckan och erbjuds att gå på AA/NA-möten om han så önskar.

Oskar var fortfarande § 27-placerad och allt flöt på bra vid stopptiden för inhämtning av information. Enligt uppgifter som fanns i KIA i juli 2013 var Oskar kvar i placeringen till dess att han skrevs ut 142 dagar efter intagning, då syftet med vården hade uppnåtts. Han hade heller inga nya placeringar inom SiS efter detta.

Sara

Sara är 40 år och har haft ett missbruk sedan 30 års ålder. Hon började med att missbruka amfetamin och gjorde så regelbundet i fem år, innan hon gick en 12-stegsbehandling och var drogfri i två och ett halvt år. För ungefär ett år sedan började hon missbruka bensodiazepiner regelbundet samt amfetamin och alkohol ungefär sex månader senare.

Ungefär tre veckor efter intagningen har LVM-personalen kontakt med Saras socialsekreterare. Deras plan är att Sara så småningom ska placeras i det egna hemmet med 12-stegsbehandling via öppenvården i hemkommunen. Sara åker på studiebesök till hemkommuns öppenvårdsverksamhet och placeras i hemmet med öppenvårdsinsats efter 53 dagar på LVM-institutionen. Ett kontrakt upprättas och undertecknas av Sara och institutionschefen. Efter 26 dagar avslutas placeringen efter diskussion mellan Sara och socialsekreteraren. Sara har inte följt vårdplaneringen i kontraktet och de beslutar tillsammans att avsluta § 27-placeringen. Sara återförs till LVM-hemmet.

Efter ytterligare 25 dagar § 27-placeras Sara igen. Eftersom Sara redan haft en § 27-placering i det egna hemmet och hon uttryckligen sagt att det är det enda tänkbara alternativet, placeras hon återigen där. Öppenvårdsinsatserna ska emellertid ges via en annan, nystartad, verksamhet. Även här handlar det om 12-stegsprogram, såväl i grupp som individuellt under vardagarna. Under primärbehandlingens 16 veckor sätts individuella mål/delmål. Varje vecka är det ett nytt tema som avhandlas genom

olika föreläsningar och gästföreläsare. I behandlingen ingår utflykter/aktiviteter, två AA/NA-möten samt urinprov/utandningsprov två gånger i veckan. Utöver 12-stegs-behandlingen får Sara även KBT-terapi.

Sara var fortfarande § 27-placerad vid stopptiden för inhämtning av information. Av KIA framgår dock att Sara avvek från den andra placeringen efter cirka sju veckor. Hon återfördes till institutionen dagen efter och var då påverkad av alkohol. Sara och kontaktpersonen pratade genom det som har hänt och Sara ville gärna fortsätta på samma öppenvårdsverksamhet som också välkomnade henne tillbaka. En vecka senare placerades Sara återigen i det egna hemmet med öppenvårdsinsatser men det gick bara två dagar innan vården återigen avslutades eftersom Sara inte varit anträffbar i enlighet med kontraktet. En begäran om polishandräckning gjordes men personalen fick senare kontakt med Sara som var kvar i hemmet och som hade lämnat negativt prov. Vård i annan form fortsatte till dess att Sara skrevs ut vid vårdtidens slut några veckor senare. Det fungerade då i huvudsak bra, hon ville fortsätta på öppenvårdsmottagningen och hade även börjat med antabus. Fram till juli 2013 hade Sara inte återinskrivits i LVM-vården.

Fredrik

Fredrik är en 53-årig man som haft ett regelbundet intag av alkohol de senaste 38 åren. Under hösten 2011 börjar han dricka mer och mer intensivt efter att ha förlorat sitt arbete. Till slut blir Fredriks drickande så pass destruktivt att han blir omhändertagen enligt LVM. Cirka två veckor efter inskrivningsintervjun har Fredrik och hans kontaktperson sitt första samtal. Fredrik berättar att han tittat på olika behandlingshem på HVBguiden. se och hittat ett behandlingshem han är intresserad av, men det saknas ytterligare information. Kontaktpersonen och Fredrik beslutar att han ska ringa socialsekreteraren för att få information och diskutera ett eventuellt studiebesök. Fredrik berättar också under samtalet att han inte har bråttom att komma hem utan vill att det ska kännas bra. Egentligen vill han stanna kvar på LVM-institutionen hela vårdtiden men kontaktpersonen förklarar att det är viktigt att Fredrik kommer ut på en § 27-placering. Några dagar efter samtalet med kontaktpersonen återfaller Fredrik i missbruk på institutionens öppna avdelning och flyttas tillbaka till intagningsavdelningen igen.

Nästan 50 dagar efter intagningen äger det första planeringsmötet med socialtjänstens rum. På mötet förmedlar Fredrik att han tycker tiden på institutionen är bortkastad och att han lika gärna kan vara hemma. Han vill styra upp sitt liv och bland annat hitta ett arbete. Socialtjänsten vill att Fredrik genomgår en LVM-utredning men han är inte lika intresserad. Två veckor senare tillfrågas Fredrik igen om han vill genomföra en utredning. Han är fortfarande tveksam men kan tänka sig att börja delta mer aktivt i de olika behandlingsinslagen på institutionen, vilket både kontaktpersonen och behandlings-sekreteraren önskar. Han berättar också att han vill se på möjligheterna för ett behandlingsalternativ i hemkommunen så att han kan bo hemma samtidigt.

Efter fyra månader på institutionen är det klart att Fredrik ska göra två studiebesök på två olika behandlingshem som han själv föreslagit. Fredrik fastnar för ett av alternativen, ett hem där han varit förut och trivts. Samtidigt uttrycker Fredrik en önskan om

att vistelsen på behandlingshemmet inte ska bli så långvarig utan att han vill komma hem så snart som möjligt. Han är dock införstådd med att det behövs en utslussningsperiod och stegvis övergång från institutionen.

Institutionspersonalen kontakter socialtjänsten som ställer sig positiv till Fredriks förslag. Tillsammans med det aktuella behandlingshemmet utarbetas en behandlingsplan som de tror Fredrik kan acceptera. I stället för en behandling på åtta veckor kan behandlingshemmet erbjuda Fredrik en primärbehandling på fyra veckor med boende på behandlingshemmet. Efter detta kan en diskussion om eventuell hemflytt inledas.

Fredrik accepterar förslaget, ett § 27-kontrakt skrivs och undertecknas, och efter 128 dagar på institutionen placeras Fredrik i vård i annan form. På behandlingshemmet får han under sex timmar varje dag ta del av ett 12-stepsprogram med gruppsamtal, individuella samtal, föreläsningar och introduktion till självhjälsgrupper. Därutöver ska Fredrik delta på AA-möten tre valfria dagar i veckan. Som boende på behandlingshemmet har han tillgång till personal dygnet runt, och om han flyttar hem kan han delta i behandlingen som öppenvårdsklient.

Uppgifter om hur det gick sedan har hämtats från KIA, eftersom Fredrik fortfarande var placerad då den reguljära datainsamlingen avslutades. Det visade sig att han återföll i missbruk och avvek från § 27-placeringen efter ungefär en månad. Han återvände till LVM-hemmet efter en natt på sjukhus och fortsatte att vårdas där till han skrevs ut då vårdtiden tog slut en knapp månad senare. Han var både positiv och negativ till den vård han hade fått under § 27-tiden. I samtal med kontaktperson framkom det bland annat att han inte trivdes med gruppsamtal. Fredrik insåg att han behövde stöd men inte i grupp. Han var heller inte helt övertygad om att han ville vara helt nykter – han ville kunna dricka sporadiskt. Fram till juli 2013 hade han inte återplacerats inom SiS.

Hanna

Hanna är en 26-årig kvinna som har druckit alkohol regelbundet i 14 år och dagligen det senaste halvåret. Hennes primära drog är dock heroin som hon använt periodvis de senaste tio åren och veckovis det senaste halvåret. Hon har även använt bland annat metadon, kokain, amfetamin och hallucinogener. Hanna har tidigare vårdats inom såväl öppen- som slutenvård men har inte tidigare vårdats enligt LVU eller LVM.

Drygt två veckor efter intagningen gör Hanna sin inskrivningsintervju och erbjuds även en LVM-utredning vilket hon tackar ja till. Efter två månader besöker Hanna en beroendemottagning för bedömning inför en eventuell subutexbehandling. Besöket var inplanerat redan innan tvångsomhändertagandet. Planen är att hon ska påbörja behandlingen efter utskrivning från LVM-vården. Efter att utredningen är färdig bokas ett möte med socialtjänsten, och Hanna och hennes kontaktperson börjar diskutera en § 27-placering. Kontaktpersonen föreslår en familjehemsplacering, vilket Hanna kan tänka sig – hon tror det är en vårdform som kan passa henne.

På mötet med socialtjänsten uttrycker även de att en familjehemsplacering skulle vara det bästa för Hanna. LVM-utredningen har också påpekat att hon behöver ett tryggt och stabilt boende över en längre period, då hon sedan tidigare har övergivenhetsproblem och behöver känna sig trygg. Förslaget är därför att Hanna fortsätter att

bo i familjehemmet efter avslutad LVM-placering. Några dagar senare kommer en behandlingssekreterare från familjehemsorganisationen på besök på LVM-hemmet och presenterar deras verksamhet samt intervjuar Hanna för att kunna hitta det bästa alternativet för placering.

Eftersom tiden har löpt på görs en anmälan om att § 27-vård inte har inletts inom tre månader. Orsaken som anges är att Hannas utredning precis blivit klar och att sökning efter passande placeringsalternativ pågår. En vecka efter att familjehemsorganisationen varit på besök meddelar de att de hittat ett familjehem med en gård, hästar och hundar. En vecka senare åker Hanna och hennes kontaktperson på studiebesök. Både Hanna och familjehemmet är mycket nöjda och vill att hon placeras där. Kontaktpersonen kontaktar socialsekreteraren som meddelar att de vill ha ett bedömningsamtal med familjehemmet innan en eventuell § 27-placering. Socialsekreteraren vill även att institutionen ska påbörja ett § 27-kontrakt tillsammans med Hanna. Ungefär en vecka senare är bedömningen genomförd och socialtjänsten godkänner en § 27-placering där. Efter 129 dagar på LVM-hemmet placeras Hanna för vård i annan form i familjehemmet.

På familjehemmet har Hanna en individuell vårdplan där man utgår från ett missbruks- och beroendeprogram med Motiverande samtal, positiv beteendeförstärkning, Återfallsprevention, KBT/psykoterapi, individuella samtal med socialsekreteraren, socialisering och drogkontroller. Av § 27-kontraktet framgår också att CRA (Community Reinforcement Approach) ingår i det aktuella vårdbolagets program. Hanna har även sysselsättning på gården där hon hjälper till med hästarna, vilket hon uppskattar mycket. Hon har själv ansvar för att höra av sig till kontaktpersonen på LVM-hemmet en gång i veckan. Planen är att hon ska bo kvar på familjehemmet även efter att LVM-tiden är slut och hon får under tiden också beviljat subutexbehandling.

Hanna var fortfarande § 27-placerad vid stopptiden för inhämtning av information från fallbeskrivningarna. Information om hur det sedan gick har därför hämtats från KIA. Vid vårdtidens slut var Hanna kvar i familjehemmet och trivdes bra där. Hon beviljades sex månaders fortsatt placering där enligt SoL. Inför utskrivningen var hon ambivalent inför en eventuell subutexbehandling eller fortsättning med ADHD-medicineringen hon redan påbörjat. Det framgår således inte om Hanna startade i subutexprogram eller inte. Fram till juli 2013 hade hon inte återkommit till SiS.

Adam

Adam är en 22-årig ung man som under de senaste fem åren bland annat missbrukat opiat, amfetamin, GHB och alkohol, men främst bensodiazepiner. Adam är känd hos socialtjänsten sedan 2009 då han omhändertogs enligt LOB första gången och har sedan dess genomfört ett flertal frivilliga behandlingar. Men efter långa perioder av nykterhet har Adam alltid återfallit i sitt missbruk. Han vårdades enligt LVM första gången för två år sedan och § 27-placerades då på ett behandlingshem. Han var nykter ett tag efter utskrivningen innan han återföll i missbruk. Under det senaste halvåret har Adam vårdats frivilligt på ett behandlingshem men efter utskrivningen återföll han direkt i missbruk. Socialtjänsten gjorde ett akut omhändertagande efter att Adam förts livlös till sjukhus.

Efter drygt en månad på LVM-institutionen ringer Adams socialsekreterare som har pratat med Adam om en § 27-placering. Adam vill placeras i det egna hemmet, men socialsekreteraren tycker det är viktigt att han är kvar på institutionen i ungefär tre månader först. Adam ska göra en ADD-utredning som komplement till den LVM-utredning som gjordes under Adams förra LVM-placering. Adam vill gärna skynda på ADD-utredningen, så att § 27-planeringen kan påbörjas. Han tar upp frågan i ett samtal med sin kontaktperson, men personalen på hemmet och socialtjänsten har beslutat att han ska vara kvar på institutionen en längre period för att bli drogfri och få distans till missbruket.

Efter att Adam varit på institutionen i två månader tar socialsekreteraren upp Adams § 27-placering med personalen. Deras förslag är att han placeras i hemmet med öppenvårdsprogram med 12-stegsinriktning måndag till torsdag och praktikplats på eftermiddagarna – i enlighet med Adams önskemål. Tidigare placeringar på behandlingshem har inte lyckats, så det finns anledning att försöka få Adam att hantera en nykter tillvaro på hemmaplan samtidigt som han fortfarande är tvångsomhändertagen. Adam behöver lära sig att vara drogfri hemma och har tidigare klarat av att vara drogfri under längre perioder.

Efter cirka tre månader på LVM-institutionen kommer det fram att Adam tagit tre Lyrica-tabletter. Socialtjänsten kontaktas och eftersom Adam varit väldigt ångerfull anser socialtjänsten att de kan fortsätta med planeringen som tidigare. Efter 104 dagar på institutionen placeras Adam enligt 27 § LVM i det egna hemmet. Adam har själv beslutat att bo hemma hos sin mamma de två första veckorna för att underlätta övergången.

På öppenvården tilldelas Adam en kontaktperson som han känner sedan tidigare och har stort förtroende för. Han lämnar urinprov och utandningsprov tre gånger i veckan och tar antabus i samband med detta. Adam och socialsekreteraren har tät kontakt under § 27-placeringen och planerar fortlöpande in träffar för att stämma av läget. I början meddelar socialtjänsten LVM-institutionen att Adam varit sjukskriven ett flertal gånger och att det gått upp och ner med behandlingen. På veckosamtalet med Adam förklarar institutionspersonalen att han kan komma att återföras till LVM-hemmet om han inte följer kontraktet.

Adam får en annan praktikplats än den som varit planerad, men han ser fram emot detta eftersom han varit där förut och de inte haft ledig plats tidigare. Handledaren på praktikplatsen ska kontakta socialsekreteraren om det uppstår problem.

Tjugoen dagar in på sin § 27-placering återfaller Adam i missbruk och återförs till LVM-institutionen. Detta sker strax innan stopptiden för inhämtning av information till denna studie, så Adam är då kvar på institutionen och ingen ny planering har hunnits med. Enligt uppgifter från KIA i juli 2013 hade Adam hamnat på intensivvård efter en överdos av GBL. Efter ankomst till LVM-hemmet följde han ett nedtrappningsschema och deltog i olika behandlingsaktiviteter medan ny planering för vård i annan form påbörjades. Ungefär tre veckor efter att Adam återvänt till LVM-hemmet gjordes ett nytt studiebesök – denna gång på ett HVB. Han var nöjd med besöket, men önskade ändå inte placeras där utan ville hellre åka direkt till deras utslussningsverksamhet.

En månad senare, några dagar innan vårdtiden var slut, åkte han på studiebesök till utslusningshemmet och bestämde sig för en placering där när LVM-tiden var slut. Vid utskrivningen skjutsades Adam till tåget som skulle ta honom till utslusningshemmet, där han skulle påbörja sin eftervård. Per juli 2013 hade han inte återkommit i LVM-vården.

Johan

Johan är en 54-årig man som har ett missbruk av alkohol sedan lång tid tillbaka. Han dricker i perioder med några månaders nykterhet emellan. Johan har vårdats enligt LVM en gång tidigare, för cirka elva år sedan, och har sedan dess även vårdats en period enligt SoL.

Under denna LVM-placering vårdas Johan i annan form två gånger, båda gångerna i det egna hemmet. Under första placeringen, som äger rum drygt tre månader efter inskrivning²⁴, återfaller Johan redan efter fem dagar, då han använder otillåtna bensodiazepiner. Vård i annan form avslutads. Han avviker i samband med återresan till LVM-institutionen och är avviken i 21 dagar.

Socialtjänstens önskemål är att Johan ska placeras på behandlingshem, något Johan själv inte vill eftersom han tidigare testat detta utan framgång. Institutionspersonalen tycker det är svårt att motivera Johan till en placering på ett behandlingshem och kommer därför överens med socialtjänsten om att han till en början ska ha samtal med sin kontaktperson och ta del av Återfallsprevention, för att sedan § 27-placeras i det egna hemmet. Institutionspersonalen anser att det är viktigt att det fungerar på hemmaplan för Johan och han beviljas därför ledigheter till hemmet inför en § 27-placering. Efter ett antal ledigheter med någon övernattnings som fungerar bra, beslutar socialtjänsten och LVM-institutionen att Johan återigen ska placeras i hemmet för vård i annan form.

Knappt 170 dagar efter intagningen placeras Johan igen i sin lägenhet med öppenvårdsinsatser via kommunen. Johan har även fortsättningsvis kontakt med sin kontaktperson på LVM-institutionen en gång i veckan. Öppenvårdsinsatserna består av samtal tre gånger i veckan med en behandlingspedagog, tillika drogterapeut, som inriktar sig mot 12-stepsprogram och Motiverande samtal – samma person som Johan haft samtal med under institutionsvistelsen och även under sin första placering. Johan har även under sin institutionsvistelse haft samtal med behandlingspedagogen/drogterapeuten och hade det också under sin första placering. Dessutom träffar Johan en arbetsmarknadssekreterare för att hitta en meningsfull sysselsättning. Johan hinner inte komma i gång med sin sysselsättning innan han skrivs ut men han har haft önskemål att arbeta några timmar om dagen på ett äldreboende. Han har lämnat urinprov och utandningsprov tre gånger i veckan enligt överenskommelse.

I Johans kontrakt, som upprättas för § 27-placeringen, framkommer följande: "Johan skall vara nykter och drogfri; 2–3 gånger i veckan skall Johan ha behandlingssamtal inom kommunens öppenvård; Johan skall lämna alkotester samt urinprover 2–3 gånger i veckan i samband med behandlingssamtalen, samt även vid spontana kontroller;

²⁴ I KIA finns en "tremånadersanmälan" där det framgår att Johan väntar på behandlingsplacering.

LVM-institutionens läkare är medicinskt ansvarig under placeringen och all eventuell medicinändring skall ske i samråd med honom; Johan skall med hjälp av arbetsmarknadssekreteraren beredas en meningsfull sysselsättning några timmar i veckan". Denna gång fungerar placeringen bra och Johan är också nöjd med planeringen. Johan var kvar i placeringen till han skrevs ut i och med att vårdtiden upphörde. Efter detta fortsatte Johan med öppenvårdsinsatsen och kontakt med arbetsmarknadssekreteraren för att hitta en sysselsättning.

Per

Per är en 36-årig man med missbruksproblem sedan lång tid tillbaka. Per är inte särskilt motiverad till vård över huvud taget och heller inte intresserad av vård i annan form. Han har återfallit i missbruk flera gånger under tidigare och nuvarande LVM-placering. Per kan dock tänka sig substitutionsbehandling, vilket även socialtjänsten och institutionspersonalen förordar.

Per placeras på ett behandlingshem efter 65 dagar på LVM-institutionen. Planen är att så småningom inleda substitutionsbehandling, och eftersom det behandlingshem han vistas på erbjuder detta skulle inte Per behöva flytta igen. Utifrån den planeringen kunde Per gå med på att bli § 27-placerad på behandlingshem.

På behandlingshemmet ska Per delta i bland annat fysiska aktiviteter och miljöterapi i form av gräsklippning och iordningställandet av ett gym. I Pers vård ingår KBT-terapi, Motiverande samtal och Återfallsprevention i grupp. Per påbörjar Återfallsprevention men fullföljer inte eftersom han träder in i substitutionsbehandling. Han har samtal med en kontaktperson på behandlingshemmet och veckovis kontakt med LVM-institutionen för att stämma av läget. Per lämnar även utandningsprov och urinprov regelbundet, och behandlingshemmet rapporterar resultaten till LVM-institutionen. Efter fem dagar på behandlingshemmet lämnar Per ett positivt urinprov och LVM-institutionen kontaktas. Det beslutas att behandlingshemmet ska ta ett nytt test och samtala med Per om händelsen. Två dagar senare är provet fortfarande positivt och behandlingshemmet kontaktar LVM-institutionen igen. LVM-hemmet kontaktar Pers socialsekreterare för att höra hur denna ställer sig till situationen. Socialsekreteraren bedömer att Per ska stanna kvar och fortsätta att lämna urinprov. LVM-institutionen meddelar detta till behandlingshemmet och kommer överens om förnyad kontakt efter helgen. Ytterligare fyra dagar senare ringer behandlingshemmet till LVM-hemmet och berättar att Per hämtat ut ett paket på posten som de misstänkte innehöll droger. Personalen på behandlingshemmet konfronterade Per som genast gav paketet till personalen och det visade sig innehålla tabletter. Per var då ångerfull och behandlingshemmet bestämde sig för att ge honom en sista chans. Personalen på LVM-hemmet håller med om att det vore bäst om Per stannade kvar till dess att Per får plats i substitutionsprogrammet. Per är efter detta lugn och aktiverar sig under resterande tid på behandlingshemmet för att inte återfalla än en gång. Metadonprogrammet påbörjas 26 dagar efter att § 27-placeringen inleddes. I samband med det avslutades LVM-vården.

Även om Per bröt överenskommelsen under placeringen så är institutionen och socialtjänsten nöjda med behandlingen och att Per kvarstannade på behandlingshemmet

så att han kunde påbörja metadonprogrammet där. Per är också nöjd med behandlingen och den substitutionsbehandling han fick efter LVM-placeringen. Han anser att detta, i kombination med ADHD-medicinering, är det enda som fungerar för honom. Per juli 2013 hade Per inte återvänt till LVM-vården.

Richard

Richard är en 48-årig man som har missbrukat heroin i flera år men slutade i början av 00-talet. Efter en tid började Richard dock missbruka alkohol och blev tvångsomhändertagen på grund av sitt alkoholmissbruk.

Richard har varit svårplacerad då hans vårdbehov inte är tillräckligt tydligt, han har språksvårigheter och en misstänkt alkoholdemens. Socialtjänsten och LVM-institutionen planerar för en § 27-placering i det egna hemmet. Eftersom Richard inte pratar tillräckligt bra svenska för att kunna tillgodose sig en behandling på exempelvis ett behandlingshem, bedöms öppenvårdsinsatser vara det bästa alternativet. Richard har även tidigare fått avsluta frivillig behandling på ett behandlingshem, då han inte kunde ta till sig behandlingen.

Efter cirka 70 dagar på LVM-institutionen anser personalen att Richard har återhämtat sig tillräckligt psykiskt och fysiskt för att § 27-placeras i hemmet. LVM-institutionen vill testa vård i annan form med möjlighet att återföras till institutionen om det inte fungerar.

Placeringen skjuts emellertid upp då det visar sig att Richards hemsituation är osäker och det finns oklarheter kring Richards vårdbehov. Richard är sedan många år tillbaka inneboende hos en vän i 70-årsåldern, men varken institutionspersonalen eller socialtjänsten har någon information om denna person och kan därför inte bedöma hur hemsituationen ser ut och vilken hjälp Richard möjligen skulle kunna få. Det hela försvåras också av att Richard själv sagt upp den personliga assistans han haft i hemmet.

Efter tre månader på LVM-institutionen står planeringen fortfarande still. Försäkringskassan har gjort en utredning av Richard men institutionspersonalen anser att den är svårbedömd eftersom den gjorts under tiden då Richard varit i ett aktivt missbruk. En bedömning av hur Richards vårdbehov ser ut då han är i nyktert tillstånd finns inte, och institutionens rekommendation är att han placeras på ett behandlingshem med tanke på oklarheterna i hemförhållandena. Det finns också bekymmer kring Richards bristfälliga språkkunskaper i svenska och tillgången på behandlingspersonal med rätt språkkompetens.

På LVM-institutionen genomförs en bedömning av Richards vårdbehov baserad på beteendeobservationer, socialtjänstens utredning samt Försäkringskassans funktionsbedömning. Här framkommer att Richard har svårt att ta till sig information och hänga med i samtal med personalen på LVM-institutionen, och att det kan upplevas som att han inte lyssnar. Han behöver en klar och tydlig struktur omkring sig för att fungera. Vidare anser personalen att Richard inte har någon insikt i sin missbruksproblematik och därför är det också svårt för personalen att få en tydlig bild. Richards oförmåga att klara sig i vardagen hemma är ett bekymmer, liksom hans svårigheter att ta sig till en beroendemottagning för till exempel provtagning. I brist på kända stödfunktioner i

hemmet och utredning av kognitiva funktioner, anser inte behandlingssekreteraren att det är möjligt att ge någon behandlingsrekommendation. Förslaget är i stället att LVM-tiden används till att utreda Richards kognitiva förmåga och hans vårdbehov.

Socialtjänsten bokar in ett möte med den vän som Richard bott hos, och även personal från LVM-institutionen deltar för att få en inblick i Richards hemsituation. Efter mötet bedömer man att Richard kan § 27-placeras i hemmet. En placering på behandlingshem är inte lämplig med tanke på språksvårigheterna. Institutionen och socialtjänsten anser att Richard ska testa att hantera nykterhet och att ta mediciner själv under en tid – med möjlighet till ny planering om detta inte fungerar.

Richard placeras för vård i annan form i det egna hemmet efter 140 dagar. Tre gånger i veckan ska han besöka beroendemottagningen för nykterhetskontroll. Utöver detta är bedömningen från socialtjänsten och institutionspersonalen att han inte kommer att klara fler strukturerade insatser. Behandlingssamtal försvåras av bristande språkkunskaper och minnesproblem.

Kontaktpersonen gör upp ett detaljerat dagsschema där besöken på beroendemottagningen och läkartiderna är inskrivna. Eftersom Richard är orolig för att han inte ska klara av detta, sker besöken på beroendemottagningen vid samma tidpunkt varje måndag, onsdag och fredag så att han ska kunna ta sig dit med samma buss. I § 27-kontraktet som upprättats framgår vidare att kontaktpersonen från LVM-institutionen ska ringa en gång i veckan under Richards placering i hemmet. En ansökan om stöd från Vuxenförvaltningen ska också göras, men stödet kommer inte att vara aktuellt under LVM-tiden.

När den reguljära datainsamlingen avslutades var Richard fortfarande placerad enligt 27 § LVM. Av KIA framgår dock att behandlingsassistenten kontaktade såväl Richard som öppenvårdsmottagningen regelbundet och att det hela fungerade enligt planen. Richard följde planeringen och tyckte själv det gick bra. På dagarna handlade han och lagade mat, bland annat. Richard var således kvar i § 27-placeringen till dess att han skrevs ut vid vårdtidens slut. Fram till juli 2013 hade han inte återkommit till LVM-vården.

Anna

Anna är en 39-årig kvinna som, enligt egen utsägo, haft en överkonsumtion av alkohol sedan något år tillbaka i samband med att hon fick en utmattningsdepression. Missbruket har utvecklats mycket snabbt sedan dess. Hon har inte tidigare omhändertagits enligt LVM men har vårdats under frivilliga former på samma behandlingshem två gånger. Båda gångerna har hon återfallit i missbruk.

Själv önskar Anna en § 27-placering i hemmet med öppenvård bestående av utandningsprov, KBT-samtal och tät kontakt med socialtjänsten. Efter drygt två veckor på LVM-hemmet görs en första bedömning av Annas situation. Konklusionen är att hon anses ha behov av en längre behandlingsperiod för att vidmakthålla nykterheten. Vidare anser man att hon behöver en strukturerad eftervårdsbehandling, dygnsvård på behandlingshem – gärna med 12- stegsinriktning – och inte en gradvis återgång till det egna hemmet. Institutionspersonalen tror inte att socialtjänsten har särskilt stor insikt i Annas missbrukssituation och det är därför svårt för LVM-institutionen att göra en

gemensam vårdplanering. Socialtjänsten föreslår att Anna placeras i hemmet medan institutionspersonalen anser att det är för tidigt. Socialtjänsten har inga förslag på öppenvårdsinsatser som skulle kunna vara aktuella.

Ungefär en månad efter den första bedömningen av Annas vårdbehov anser institutionspersonalen att hon är redo att vårdas i hemmet, men då med ett välstrukturerat öppenvårdsprogram. Socialtjänsten försöker att hitta lämpliga öppenvårdsinsatser, men har svårigheter med detta. De hittar däremot en resursperson som socialsekreteraren tror ska passa Anna. Leif är en nykter alkoholist som bland annat arbetar med Återfallsprevention och som kan fungera som stödperson för Anna under hennes § 27-placering.

När Anna varit 110 dagar på institutionen inleds vård i annan form. I kontraktet framgår att Anna ska lämna utandningsprov hos socialsekreteraren tre gånger i veckan på överenskomna tider. Här framgår också att Leif och Anna ska gå på "måndagsmöten" och AA-möten på onsdagar och att Anna själv väljer när hon vill gå på möten övriga dagar. Vidare framgår att Anna kan ringa Leif när som helst om hon känner att hon behöver stöd. Anna ska också delta på sessioner i Återfallsprevention varje vecka och påbörja KBT-samtal på vårdcentralen där hon står på väntelista.

Under placeringen ringer Leif till Anna ett par gånger i veckan för att stämma av hur hon mår och hur det är hemma. Sedan träffas de också en dag i veckan för att umgås och prata. Mot slutet av placeringen återvänder Leif och Anna till LVM-institutionen för att bland annat genomföra Annas utskrivningsintervju. Under intervjun framkommer det att placeringen har följt behandlingsplanen och att alla parter är nöjda. Anna återvänder sedan hem och fortsätter vårdas i annan form innan hon skrivs ut ungefär två veckor senare. Per juli 2013 hade Anna inte återkommit till LVM-vården.

Maria

Maria är en 59-årig kvinna som har haft ett fortgående missbruk av alkohol under de senaste tio åren. Hon har tidigare vårdats vid missbruksenheten i hemkommunen. På grund av sin dåliga fysiska hälsa blev Maria då erbjuden ett omvårdnadsboende för att återhämta sig. Hon kvarstannade i drygt 20 dagar för att sedan skriva ut sig själv. Därefter sökte Maria en 12-stegsbehandling på en annan missbruksenhet i hemkommunen. Hon deltog endast sporadiskt och avslutade till sist insatsen på grund av svårigheter att ta sig till och från gruppmötena. Maria har också medicinerats med antabus men hon lyckades inte avhålla sig från alkohol och behandlingen avbröts. Så småningom omhändertogs hon enligt LVM.

Ganska snart efter intagningen berättar Maria att hon vill hem på en § 27-placering och att hon är motiverad till nykterhet. Institutionspersonalen anser att det är för tidigt, men tycker det är värt att diskutera. I ett senare samtal berättar Maria att hon skulle vilja få en placering i hemmet och gå i öppenvård på missbruksenheten i hemkommunen där hon tidigare deltagit i 12-stegsbehandling – men att det inte skulle fungera eftersom hon inte beviljats färdtjänst och det är för långt att ta sig dit med buss.

Ungefär 70 dagar efter intagningen träffas institutionspersonalen, inklusive psykologen som gjort en utredning på Maria, och socialtjänsten och diskuterar den fortsatta

vården. Alla är överens om att Maria bör erbjudas vård i annan form snart och att en placering i hemmet med öppenvård skulle passa henne bra. Maria är själv positiv till detta, och eftersom hon nu känner sig starkare i benen kan hon tänka sig att ta bussen till öppenvården.

Kort därefter åker Maria och personalen på informationsbesök på öppenvården. På enheten får de in remisser från socialtjänsten och tar upp dessa på sina behandlingskonferenser. Klienterna fördelas bland behandlarna och bjuds därefter in till ett informationsmöte, tillsammans med personal från LVM-institutionen och socialsekreteraren. Under mötet går behandlaren igenom öppenvårdens metoder och behandlingsplan, delar ut ett veckoschema och låter klienten skriva på öppenvårdens regler. Klienten får även med sig information om 12-stepsprogrammets upplägg och AA:s traditioner och historia. Personalen använder även Motiverande samtal som ett allmänt förhållningssätt.

Maria är mycket nöjd med besöket. Hon känner sig positiv till att påbörja en behandling där. Vård i annan form påbörjas efter 88 dagar på institutionen.

Programmet består av 12 veckors behandling i grupp i 12 olika steg och med åtta fasta uppgifter. Klienterna berättar sin livshistoria och diskuterar kring vilka konsekvenser missbruket har fört med sig. De går igenom de olika stegen och hur de uppfattar dem, för att sedan försöka acceptera ett steg i taget och gå vidare till nästa. Gruppverksamheten pågår på måndagar, tisdagar, torsdagar och fredagar, och på onsdagar har de möten i AA, NA eller DAA (Drug Addicts Anonymous). Klienterna ska gå på ytterligare ett möte på helgen. Enskilda samtal erbjuds om klienten så önskar. En eftermiddag i veckan är det friskvårdsprogram och en annan eftermiddag görs utflykter, till exempel bio- eller museibesök. Behandlarna gör även hembesök en gång i månaden för att kontrollera situationen hemma. På öppenvården görs även nykterhetskontroller innan morgonsamlingen och urinprov lämnas två gånger i veckan. Efter att klienten har gått igenom de 12 olika stegen genomförs en tillfrisknandeplanering och ett avslutningssamtal. Vissa går vidare till beroendemottagningens utslussningsprogram, vilket också är planen för Maria.

Utslussningsprogrammet pågår också i 12 veckor, med grupper tre gånger i veckan på liknade sätt som 12-stepsprogrammet. En del aktiviteter sker tillsammans med 12-stepsprogrammet och sedan har utslussningsgruppen egna inslag. Under utslussningen är det mindre behandlingstid och klienterna går i stället ut och "provar på" samhället. Gruppen besöker bland annat arbetsplatser, arbetsförmedlingen, skolor och utbildningar.

Ungefär två veckor in på Marias § 27-placering får socialsekreteraren indikationer på att Maria inte trivs. Hon känner sig dum och känner inte att hon passar in i gruppen. Socialsekreteraren ordnar ett möte med Maria och behandlaren på öppenvården, där de diskuterar de tankar och känslor Maria har kring sin medverkan i gruppen. De kommer överens om att Maria ska få tydligare positiv förstärkning och mer uppmärksamhet. Efter mötet börjar Maria trivas mycket bättre i gruppen och är nöjd med behandlingen. Vården fortsätter enligt planen till dess att Maria skrivs ut från SiS. Maria hade per juli 2013 inte återkommit till LVM-vården.

Från Anna till Adam – varierande komplexitet

I detta avsnitt har vi beskrivit hur § 27-processen artat sig för de klienter som vi följt under några veckor under sommaren/hösten 2012. Genom att följa klienterna prospektivt och komplettera detta med uppgifter från KIA, har vi kunnat få lite utförligare information om det som sagts på möten, diskussioner som förts och hur personalen (såväl socialtjänst som institutionspersonal) har resonerat i stunden. Likaså har det inneburit möjligheter att få mer information om vården och behandlingsinsatserna under själva § 27-placeringen. Trots att antalet fall är begränsat ger de ett gott intryck av variationen i klienternas problematik, önskemål, behov – och vilka hänsyn de andra aktörerna lägger vikt vid. I arbetet med att hitta ett lämpligt alternativ är det många faktorer som ska vägas samman och det hela ska även fungera praktiskt. Inte sällan finns det till exempel köer till ett bestämt alternativ som gör att placeringen försenas eller att andra alternativ måste skaffas fram. Det gäller att sammanföra klienternas behov och preferenser med personalens och socialtjänstens bedömningar, eventuella ramavtal – och inte minst mottagande enhets godkännande²⁵. Som vi anar av bilaga 2 är vårdlandskapet stort och konkurrensen om klienterna kanske stor, men enheterna är samtidigt fria att bestämma vilka klienter de vill ta emot.

Ska man gradera dessa exempel efter svårighetsgrad, befinner sig förmodligen Anna, Hanna, Maria och Oskar i den relativt enkla änden av skalan, Adam i den andra – och övriga klienter däremellan. I nästa avsnitt sammanfattas § 27-processen, bland annat efter svårighetsgrad, för klienter som vårdats enligt 27 § LVM minst en gång under perioden 1 januari – 30 juni 2012.

Placering i vård i annan form – en process med varierande svårighetsgrad

Fallbeskrivningarna i förra avsnittet bygger på ett bekvämlighetsurval och kan inte ses som representativa i strikt mening. Exempelen illustrerar ändå komplexiteten i en sådan placering, där många aktörer ska samsas och ett antal praktiska hänsyn måste tas. Vård i annan form är också en arena där frivillighet och tvång brottas, krockar och förenas. Processen kan alltså vara mer eller mindre besvärlig. För att beskriva denna komplexitet med ett något större underlag gjordes en närläsning av 60 av de 316 ärenden som redovisats i förra avsnittet, det vill säga klienter som haft minst en § 27-placering under perioden 1 januari – 30 juni 2012. Ambitionen var från starten att inkludera 100 klienter i denna närläsning men av tidsskäl fick urvalet begränsas. Vi såg däremot till att alla institutioner var företrädda i urvalet.

Urvalet bestod av 37 män och 23 kvinnor i åldrarna 20 till 71 år, med en medelålder på 40 (se figur 5). När det gäller könsfördelning och medelålder är alltså urvalet representativt för klientsammansättningen i LVM-vården i stort. De allra flesta klienterna, 72 procent, hade inte vårdats enligt 4 § LVM tidigare. De resterande klienterna hade vårdats enligt 4 § LVM minst en gång tidigare och hade också haft en § 27-placering under någon av sina tidigare placeringar enligt LVM. Om man jämför med uppgifter från DOK-intervjuerna (Statens institutionsstyrelse, 2012a) anger ungefär 60 procent

²⁵ "Det är ett beteende som till nöds kan accepteras inom tvångsvården, men som frivilligvården kan välja att inte acceptera" (Svensson, 2003, s. 167).

där att de inte varit omhändertagna enligt LVM tidigare, men då ska man beakta att uppgifterna om LVM-klienterna bygger på just intervjuuppgifter och att frågan i DOK-intervjun inte skiljer mellan enbart akuta omhändertaganden och vård enligt 4 § LVM. Skillnaden torde alltså inte vara så stor mellan vårt urval och LVM-klienterna i stort.

Alla klienterna i urvalet har alltså haft minst en placering enligt 27 § LVM under den aktuella vistelsen, varav 67 procent hade enbart en § 27-placering, 20 procent två § 27-placeringar och 13 procent tre eller fler § 27-placeringar. I 65 procent av ärendena genomfördes studiebesök, 50 procent genomförde ett eller två studiebesök och 15 procent tre eller fler. Den vanligaste placeringsformen var HVB/behandlingshem, både under första och andra placeringen. Exempel på konkreta placeringsalternativ som använts finns i bilaga 2.

Hälften av klienterna i urvalet upplevde ett oplanerat vårdavbrott efter första § 27-placeringen som innebär att vård i annan form avslutades. Klienterna spenderade allt från 26 dagar till 183 dagar på LVM-institutionen innan de blev § 27-placerade, medeltiden låg på 101 dagar. Vid utskrivning var det totalt 63 procent som var § 27-placerade. Skillnaden mellan "svårighetskategorierna" var som förväntat stor; alla klienter i kategorin enkel (se nedan) var § 27-placerade vid utskrivning, inom kategorin medelsvår var det 15 av 17 klienter och inom kategorin svår var det endast två av 23 klienter som var § 27-placerade vid utskrivning.

Alla anteckningar som rörde vård i annan form under ett och samma ärende sammanställdes i ett dokument. Förutom uppgifter om när och var klienten placerades enligt 27 § LVM, var vi särskilt inriktade på hänvisningar till överväganden av olika vårdalternativ, diskussioner och eventuella schismer mellan socialtjänst, klient och institutionspersonal, samt studiebesök som genomförts och hur val av placeringsform har motiverats. Sammanställningen av journalanteckningarna bekräftade detta men visade också att själva planeringsprocessen kan vara mer eller mindre svårartad. En till synes lyckad placering (det vill säga att klienten placeras i vård i annan form utan några oplanerade avbrott och fortsätter att vårdas i frivilliga former efter utskrivning) kan ha föregåtts av en relativt besvärlig planeringsprocess, med många vändor och förhandlingar kring val av placeringsform eller -ort. Båda projektmedarbetarna läste dokumentet för att bedöma den sammantagna svårighetsgraden och kategoriserade var för sig fallen som antingen enkla, medelsvåra eller svåra.

FIGUR 5.

Sammanfattning av placeringsprocessen för ett urval klienter som vårdats enligt 27 § LVM under perioden januari – juni 2012. (n=60)

Könsfördelning	Procent
Kvinnor	62
Män	38

Åldersfördelning	År
Minimum	20
Maximum	71
Genomsnitt	40

Antal gånger tidigare vårdats enligt 4 § LVM	Procent
Ingen	72
Minst en gång	28

Genomförda studiebesök innan första § 27-placeringen	Procent
Minst ett	65
Ett eller två	50
Tre eller fler	15

Antal dagar på institutionen innan första § 27-placeringen	Dagar
Minimum	183
Maximum	26
Genomsnitt	101

Antal § 27-placeringar detta ärende	Procent
En	67
Två	20
Tre eller fler	13

	Procent
Andel sammanbrott efter första § 27-placeringen	51
Andel placerade enligt 27 § LVM vid utskrivning	63

Placeringsform första § 27-placeringen	Procent
Egen bostad med öppenvård	20
Familjehem	12
HVB/behandlingshem	56
Stödboende	2
Annat	10

TABELL 9.

Bedömning av svårighetsgrad i planering och genomförande av vård i annan form i ett urval ärenden januari – juni 2012. Procent

Bedömning	Andel (n=59)	Kommentar
Enkel	32	Alla fullföljer placeringen och är kvar i § 27 vid utskrivning
Medelsvår	29	Knappt hälften upplever ett sammanbrott, bara två som inte är kvar i § 27 vid utskrivning
Svår	39	Nästan 60 % hade två eller fler § 27-placeringar, endast två klienter är kvar i § 27 vid utskrivning
Totalt	100	

^a Eftersom en av klienterna avled under sin § 27-placering var det svårt att göra en bedömning av processen som helhet och klienten uteslöts.

Källa: Journalanteckningar KIA.

Centralt i bedömningen var just om det varit många "turer" kring val av placering, svårigheter att hitta ett lämpligt alternativ, ett eller flera sammanbrott, och om klienten vårdades i annan form vid utskrivning. Därefter jämfördes bedömningarna och eventuella diskrepanser diskuterades. I de flesta fall var bedömningen likartad. Fördelningen av fallen utifrån svårighetsgrad framgår av tabell 9. Det bör samtidigt påminnas om att det underlaget bygger på klienter som faktiskt har placerats enligt 27 § LVM och att de som inte fått någon placering alls, och därmed i någon mening är de mest komplicerade, inte ingår i urvalet.

I det vi kallar enkla processer har socialtjänsten oftast haft en planering som varken LVM-institutionen eller klienten har motsatt sig. I de fall socialtjänsten inte hade någon planering utformades den utifrån LVM-institutionens observationer av klienten och av en eventuell LVM-utredning. I hälften av fallen gjordes ett studiebesök inför § 27-placeringen. Ett § 27-kontrakt upprättades och klienten placerades i vård i annan form. Därefter fullföljde alla klienter sina § 27-placeringar och skrevs sedan ut från LVM, antingen på grund av att syftet med vården hade uppnåtts eller att den maximala vårdtiden uppnåtts. Mindre hinder kan ha förekommit, men dessa har lösts utan större svårigheter. Nedan följer ett exempel på en, enligt vår definition, enkel placeringsprocess.

Enkel placering i vård i annan form – Linda

Linda är en 52 år gammal kvinna som omhändertagits enligt LVM för första gången. Hon har redan i samband med intagningen många funderingar kring vården och önskar frivillig 12-stepsbehandling. Socialtjänsten vill att hon placeras på ett behandlingshem där hon vårdats frivilligt tidigare, och 26 dagar efter intagningen placeras Linda där efter att ett § 27-kontrakt skrivits. Hon stannar kvar på behandlingshemmet till dess att LVM-tiden nästan gått ut – då hon skrivs ut eftersom ändamålet med vården har uppnåtts. Hon flyttar därefter hem till sin egen lägenhet och börjar återigen arbeta deltid på sin tidigare arbetsplats.

För Linda finns det en upparbetad kontakt med ett behandlingshem där hon tidigare vårdats frivilligt och där behandlingen kan ta vid. Hon placeras således ganska snabbt och stannar kvar där till hon skrivs ut och kan återgå till egen bostad och tidigare arbete.

I medelkategorin ingår fall där processen för planeringen och genomförandet av vård i annan form varit besvärligare på olika sätt. I denna kategori var det 47 procent som upplevde ett sammanbrott som innebar att vård i annan form avslutades. Det var samtidigt bara två klienter som inte var placerade i vård i annan form vid utskrivning. I den medelsvåra gruppen har processen överlag varit mindre "linjär", det vill säga med mycket diskussion kring val av placeringsform/-ort och svårigheter med att hitta lämpliga placeringsalternativ. Nedan följer ett exempel på det vi kallat en medelsvår placeringsprocess:

Medelsvår placering i vård i annan form – Ivar

Ivar är 20 år och det är första gången han omhändertas enligt LVM. Ungefär en månad efter intagningen kontaktar institutionen Ivars socialsekreterare för att diskutera planeringen framöver. Socialsekreteraren förklarar att hon litar helt och hållet på institutionens behandlingsrekommendationer eftersom hon anser att institutionspersonalen har större erfarenhet av liknande problematik. Personalen på institutionen föreslår så ett behandlingshem som emellertid inte ingår i socialtjänstens ramavtal. Socialsekreteraren ska då med närmaste chef ta upp frågan om det går att avvika från ramavtalet. Under tiden ser hon inga hinder för att institutionen och Ivar åker på studiebesök, vilket de också gör ungefär en vecka senare. Ivar känner sig dock inte helt bekväm med just det behandlingshemmet och § 27-placering där är inte aktuell. I ett kontaktmannasamtal, ungefär två och en halv månad efter intagningen, diskuterar Ivar och hans kontaktperson vilka önskemål han har när det gäller vård i annan form. Ivar vill helst placeras i det egna hemmet, men det är inte ett alternativ som institutionen förordar – bland annat på grund av en tidigare incident som ledde till en avskiljning. Ett nytt studiebesök bokas in på ett annat behandlingshem som socialtjänsten föreslagit, men Ivar vill även fortsättningsvis placeras i det egna hemmet. När LVM-institutionen presenterar ytterligare ett alternativ som ligger närmare Ivars hemort går han med på att åka på ett studiebesök. Efter besöket ställer sig Ivar positiv till en placering och ett § 27-kontrakt upprättas. Vård i annan form påbörjas 122 dagar efter intagningen och Ivar är kvar på behandlingshemmet till dess att han skrivs ut i och med att syftet med vården är uppnått. Han fortsätter behandlingen på hemmet frivilligt efter att han skrivits ut ifrån SiS.

Ivar och LVM-institutionens personal är till en början inte överens om placeringsformen under § 27-tiden. Socialtjänsten har inte någon färdig planering och överläter i praktiken beslutet till institutionen. Efter flera turer hittar de ett behandlingshem som alla kan enas om. Placeringen genomförs då utan större problem och Ivar fortsätter sin behandling på behandlingshemmet på frivillig basis efter utskrivning från SiS. Jämfört med Lindas fall var det alltså svårare att komma överens med Ivar, som var bestämd på att han ville vårdas i hemmet. Till slut hittades ett behandlingshem som han kunde tänka sig – som också låg nära det egna hemmet och således blev en kompromiss.

I den sista kategorin har § 27-processen varit svår att planera och genomföra. Det kan ha funnits praktiska hinder, svårigheter att hitta lämpliga alternativ, eller olika uppfattningar mellan klienten, socialtjänsten och/eller personal på LVM-hemmet. Inom denna kategori var det 57 procent som hade två eller fler § 27-placeringar under sin LVM-vistelse och endast två klienter som hade en § 27-placering vid utskrivning. Camilla får illustrera en svår placeringsprocess:

Svår placering i vård i annan form – Camilla

Camilla är 20 år och omhändertagen enligt LVM för andra gången. Hon har tidigare vårdats enligt LVU nio gånger. Vården inleddes på sjukhus och när Camilla anländer till LVM-hemmet är hon starkt påverkad av droger efter att ha kommit över andra patienters mediciner på sjukhuset. Efter en vecka flyttas hon över till ett annat LVM-hem och tre veckor efter inskrivningen besöker socialtjänsten LVM-hemmet för ett initialt vårdplaneringsmöte. Camillas ungdomshandläggare som följt henne en lång tid är med, och även den handläggare som nu ska ta över. På mötet planeras att Camilla ska till ett specifikt behandlingshem om ungefär tre veckor. Två månader efter intagning placeras Camilla på det aktuella behandlingshemmet, men avviker samma dag. En dryg vecka senare är Camilla åter på LVM-hemmet. Under de kommande två månaderna diskuteras olika alternativ och eventuellt behovet av att göra en funktionsbedömning av Camilla. Hon flyttas mellan låsbar och öppen avdelning och tillbaka igen, beroende på att det funnits misstanke om att hon använt droger inne på institutionen vid flera tillfällen. Socialtjänsten ska undersöka ett placeringsalternativ på Camillas hemort, medan kontaktpersonen på LVM-hemmet kontaktar ett annat behandlingshem för att se om detta är ett lämpligt alternativ. Fyra månader efter den första och enda § 27-placeringen avviker Camilla igen och får ett återfall.

Samtidigt pågår kontakter angående substitutionsbehandling för Camilla. Mot vårdtidens slut meddelar underhållsmottagningen att de nu kan ta emot Camilla om hon har ett ordnat boende och sysselsättning, vilket socialtjänsten inte kommer att hinna få till på kort tid. De kan dock ta emot henne på nätverksmöte och inleda behandlingen efter sommaruppehållet. Det blir därmed ett glapp mellan utskrivningen från SiS och inledningen på underhållsbehandlingen. Socialsekreteraren tydliggör att de vill ha en funktionsbedömning innan de planerar ett boende och har även kontaktat arbetsenheten angående sysselsättning.

Under tiden mellan utskrivning från SiS och inskrivning i underhållsbehandling planerar socialtjänsten att Camilla ska vistas på ett stödboende. De ser gärna att hon kommer dit på studiebesök och att de håller ett planeringsmöte kring sysselsättning och boende samtidigt. Camilla har under tiden ändrat sig och vill bo på ett annat stödboende där det krävs att man har en daglig sysselsättning. Socialsekreteraren har pratat med dem och förklarat situationen, och de ska återkomma. Sedan ska hon ta fram två upplägg som Camilla får ta ställning till. Det alternativ Camilla väljer måste hon sedan stå fast vid. Några dagar senare åker kontaktpersonen på LVM-hemmet med Camilla till hemorten för ett nätverksmöte inför hennes underhållsbehandling. Andra närvarande är bland annat Camillas socialsekreterare, som är samordnare, en företrä-

dare för arbetsenheten och en företrädare för underhållsbehandlingsgruppen. För att behandlingen ska starta krävs att hon har en sysselsättning samt boende via hemkommunen. Socialsekreteraren tar på sig att ordna boende, och Camilla har även ett längre samtal med företrädaren för arbetsenheten där de kommer överens om att fortsätta diskussionerna under den kommande månaden. Camilla får ett datum då subutexprogrammet kan inledas, om kriterierna då är uppfyllda. Hon får även en tid hos sin samtalskontakt efter LVM-tidens slut. Hon skrivs ut och flyttar då till en väninna.

Camilla är bara 20 år men har redan omfattande institutionserfarenhet. Hennes § 27-process besväras av flera saker, bland annat att hon vistas på ett LVM-hem långt borta från hemorten och de placeringsalternativ som är mest aktuella – anledningen till omplaceringen framgår inte av det underlag vi haft tillgängligt. Hon placeras en gång men återfaller samma dag. Hon är även påverkad inne på LVM-hemmet vid flera tillfällen. Socialtjänsten önskar att hon ska utredas, bland annat för en funktionsbedömning, för att kunna hitta lämpligt alternativ – vilket Camilla inte omedelbart ställer upp på. Hennes önskemål om substitutionsbehandling kantas också av de problem som uppstår till följd av kraven som ställs för att kunna tas upp i programmet. Förutom den korta § 27-placeringen efter två månader, kvarstannar Camilla således på institutionen under hela LVM-perioden. Hon har visserligen ett datum för inledning av underhållsbehandling, men det finns en osäkerhet kring hållbarheten i detta. Av KIA framgår också att Camilla återigen omhändertogs enligt LVM ett halvt år senare på grund av ett omfattande och destruktivt blandmissbruk. Det framgår då att Camilla den senaste tiden hade erbjudits behandling under mer öppna former, men att hon antingen hade avbrutit den erbjudna vården efter kort tid eller inte förmått att påbörja den.

Sammandrag

Sedan år 2000 har andelen klienter som vårdas enligt 27 § LVM varierat mellan 75 och 88 procent, med ett genomsnitt strax under 80 procent. Andelen som vårdas i annan form inom tre månader varierade under samma period mellan 49 och 60 procent. Antal avvikningar, eller vårdavbrott, från § 27-vård har minskat något under de senare åren – från 67 procent (456 av 681 placeringar) år 2008, till 60 procent (338 av 564) år 2012. I delstudie III har praktiken kring vård i annan form i dag belysts både kvantitativt och kvalitativt med hjälp av olika källor: SiS klient- och institutionsadministrativa system, DOK utskrivningsintervjuer med klienter samt enkäter till socialtjänsten efter varje avslutad placering. Dessutom har ett antal klienter följts inför och under sin placering i vård i annan form under några månader 2012, genom kontakter med klienternas kontaktperson eller motsvarande.

Den kvantitativa sammanställningen bygger på 318 placeringar enligt 27 § LVM (317 individer) som avslutat en § 27-placering under perioden 1 januari 2012 till 30 juni 2012. Några klienter skrevs alltså in under senare hälften av 2011 och andra skrevs ut efter halvårsskiftet 2012. I urvalet ingick 107 kvinnor och 210 män. Vistelsetiden på institution innan vård i annan form inleddes varierade från en dag till 186 dagar. Medelvärdet

och medianen låg på 98 dagar, eller drygt tre månader. Knappt hälften av klienterna i urvalet placerades för vård i annan form inom tre månader. Brist på lämpliga vårdalternativ var den vanligaste orsaken i de anmälningar som gjordes när vård i annan form inte kommit till stånd inom tre månader.

Klienterna i urvalet har vårdats enligt 27 § LVM minst en gång under sin placering. Det är inte ovanligt att en placering avbryts i förtid, oftast på grund av återfall i missbruk och/eller avvikning. Ett avbrott kan också vara planerat, till exempel om klienten och personalen kommer överens om att det valda alternativet inte fungerar eller om klienten av andra orsaker vill återvända till institutionen. I urvalet från första halvåret 2012 § 27-placerades 57 procent av klienterna en gång och 43 procent två gånger eller mer under samma vistelse.

Den vanligaste placeringsformen generellt, även i detta urval, är ett HVB/behandlingshem. Därefter följer placering i den egna bostaden. Tillsammans stod dessa två alternativ för drygt 80 procent av placeringarna. Resterande placeringar skedde i familjehem, stödboende eller till exempel på vårdhem, sjukhem och gruppboende. Skillnaderna mellan könen var små men placering på HVB/behandlingshem var något vanligare bland männen och placering i egen bostad något vanligare bland kvinnorna. Det fanns också en viss skillnad mellan institutionerna och avdelningarna i val av placeringsform, främst beroende på de olika målgrupperna. Efter utskrivningen var den vanligaste boendeformen i urvalet eget boende (42 procent) och fortsatt vård vid HVB/behandlingshem (25 procent). I 5 procent av fallen skrevs klienten ut till bostadslöshet.

I förhållande till utvärderingen av Ett kontrakt för livet har användning av HVB/behandlingshem blivit än vanligare – från drygt hälften av placeringarna i Ett kontrakt för livet till 60 procent under första halvåret 2012. Ökningen i användningen av HVB/behandlingshem syns i en motsvarande minskning av placeringar i egen bostad med öppenvårdsinsatser (28 respektive 20 procent). Familjehemsplaceringarna utgör fortsättningsvis runt 10 procent av placeringarna och ungefär lika stor andel fördelar sig på andra placeringsformer. Även när det gäller boendeform efter utskrivning är den huvudsakliga bilden densamma; fortsatt vård på HVB/behandlingshem och eget boende är klart vanligast vid båda tillfällena, men eget boende efter utskrivning har blivit ännu vanligare 2012 (42 procent jämfört med 34 procent) och fortsatt vård på HVB/behandlingshem mindre vanligt (25 procent jämfört med 35 procent). Det saknas information om öppenvårdsinsatser eller annat stöd vid eget boende, så det är oklart om kvaliteten i boendeformerna har ändrats.

Den resterande delen av studien består av en kvalitativ beskrivning med utgångspunkt i två källor: en prospektiv studie av elva pågående placeringar under sommaren/hösten 2012 och närläsning av klientjournaler rörande 60 av de 318 placeringar från första halvåret 2012 som ingår i den kvantitativa redovisningen. Inledningsvis beskrivs även institutionernas placeringsförfaranden generellt utifrån uppgifter vi har fått från institutionerna samt de kontrakt eller mallar som används vid placeringar i vård i annan form.

Generellt bokas ett första möte med socialtjänsten inom några veckor efter intagning, där frågan om vård i annan form ofta kommer upp. Några institutioner är tydliga

på att de inte vill börja planera för vård i annan form innan en eventuell utredning är färdig. Alla understryker att inskrivningsintervjun, eventuell utredning och annat underlag ska ligga till grund för val av placeringsform. Det är alltid tre parter som initialt ska komma överens – klienten, socialtjänsten och institutionen – men det kan skifta vem som är främsta initiativtagare i frågan om typ av placering och konkreta alternativ. Normalt tas mellan ett och fyra placeringsalternativ fram. Studiebesök är rutin på alla institutioner men antalet besök som genomförs skiftar, delvis beroende på avstånd eller om klienten nyligen varit placerad på den aktuella enheten. När alternativen är framtagna och studiebesök genomförda ska placeringen förankras mellan parterna, vilket exempelvis innebär en avstämning gentemot kommunens ramavtal, och även den mottagande enheten måste acceptera klienten. Alla institutioner, förutom två, upprättar ett § 27-kontrakt i samband med placeringen. Kontrakten innehåller alltid krav på drogfrihet, eventuellt också hur den ska kontrolleras. Andra vanliga villkor är att klienten ska följa programmet på den mottagande verksamheten och att han/hon kan återföras till LVM-hemmet vid återfall i missbruk eller andra kontraktsbrott. Kontraktet undertecknas av klienten, institutionspersonal och oftast också socialsekreterare. Ibland undertecknar även företrädare för mottagande verksamhet. I regel ansvarar kontaktpersonen på LVM-hemmet för telefonkontakt med klienten under § 27-placeringen, men ansvaret läggs ibland på klienten.

De placeringar som följdes prospektivt gav möjlighet till fördjupad information om planeringen och förhandlingarna inför placeringen men även mer information om den vård klienterna tog del av under § 27-placeringen. Även om antalet fall är begränsat ger de ett gott intryck av variationen i klienternas problematik, önskemål och behov samt vilka hänsyn de andra aktörerna lägger vikt vid. Några placeringsprocesser har varit relativt enkla, andra betydligt svårare. I arbetet med att hitta ett lämpligt alternativ är det många faktorer som ska vägas samman och det hela ska även fungera praktiskt. Under § 27-placeringen har de elva klienter vi följt tagit del av ett antal olika insatser, till exempel 12-stepsprogram och självhjälpgrupper, samtalsgrupper, individuella KBT-samtal eller andra behandlingssamtal, sysselsättning och arbetsträning, sessioner i CRA planering inför substitutionsbehandling samt nykterhetskontroller och mediciner.

I det kvalitativa materialet ingår även beskrivningar av placeringsprocesser från journalanteckningar rörande 60 klienter som vårdats i annan form under första halvåret 2012. Utifrån om det hade varit många "turer" kring val av placering, svårigheter att hitta ett lämpligt alternativ, ett eller flera vårdavbrott och om klienten var kvar i § 27-placeringen vid utskrivning, kategoriserades fallen som antingen relativt enkla, medelsvåra eller svåra. Fördelningen blev ungefär 30-30-40 (procent) mellan respektive kategorier. De förmodade svåraste fallen finns då inte med i urvalet eftersom de som inte fått någon placering alls exkluderats. För varje kategori ges en beskrivning av processen kring en klients placering, eller placeringar, i § 27-vård enligt journalanteckningarna och dokumentation i KIA.

De enkla processerna kännetecknades av att socialtjänsten haft en planering som varken LVM-institutionen eller klienten motsatte sig. Alternativt utformades planerna

utifrån institutionens klientobservationer och en eventuell LVM-utredning. I hälften av de enkla fallen gjordes ett studiebesök inför § 27-placeringen. Ett § 27-kontrakt upprättades och klienten placerades i vård i annan form. Därefter fullföljde alla klienter sina § 27-placeringar och skrevs sedan ut från LVM, antingen på grund av att syftet med vården eller den maximala vårdtiden hade uppnåtts. Mindre hinder kan ha förekommit men de har lösts utan större svårigheter. I medelkategorin har planeringen och genomförandet av vård i annan form varit besvärligare. Knappt hälften upplevde ett oplanerat avbrott men det var bara två klienter inom gruppen som inte var placerade i vård i annan form vid utskrivning. Ett annat kännetecken var många diskussioner kring val av placeringsform/-ort och svårigheter med att hitta lämpliga placeringsalternativ. De svåra fallen utmärktes av praktiska hinder, svårigheter att hitta lämpliga alternativ samt olika uppfattningar mellan klienten, socialtjänsten och/eller personal på LVM-hemmet. Nästan 60 procent inom gruppen hade två eller fler § 27-placeringar under den aktuella LVM-perioden. Endast två klienter var § 27-placerade vid utskrivning.

Delstudie IV

Socialtjänstens och klienternas syn på § 27-vården

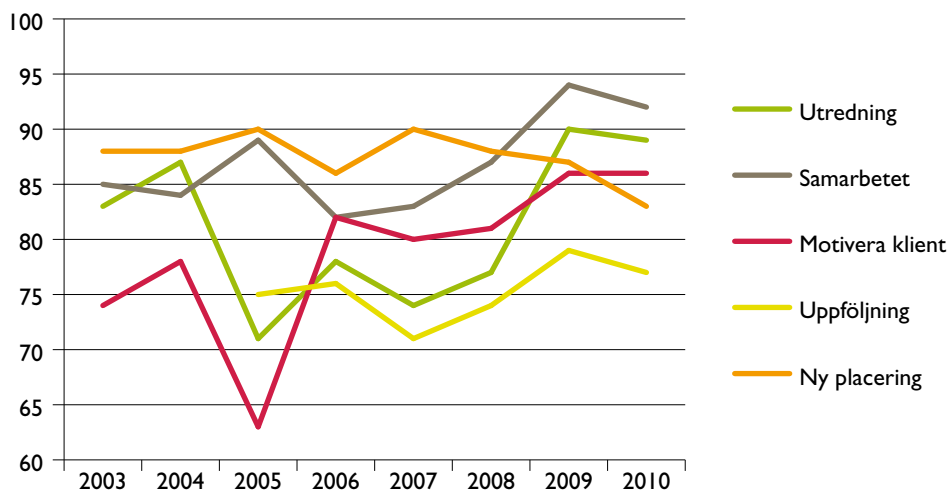
Att systematiskt inhämta och analysera brukarnas önskemål och bedömningar är en väsentlig del av en kunskapsbaserad praktik. Brukarna i detta sammanhang är primärt klienterna men även socialtjänsten kan anses vara brukare, i den mening att det är socialnämnden som är SiS direkta uppdragsgivare. I modern terminologi är socialnämnden beställare, och SiS är utförare av en tjänst som "konsumeras" av en tredje part – klienten. Både klienternas och socialtjänstens omdömen om hur SiS utför sitt uppdrag är viktiga underlag för utvecklingen av vården. Som ett led i en regelbunden återkoppling till verksamheten har institutionerna under ett antal år skickat ut enkäter till socialtjänsten i samband med att varje placering avslutats. Med hjälp av DOK utskrivningsintervjuer har både institutionerna och myndigheten som helhet haft möjlighet att systematiskt inhämta klienternas bedömning av vistelsen och den planering som finns för tiden efter utskrivning (se *Källor och tillvägagångssätt* i föregående delstudie).

Socialtjänstens omdömen om klienternas § 27-vård

Efter en inledande fråga om klienten varit placerad enligt 27 § LVM eller inte, efterfrågas socialsekreterarens omdöme när det gäller 1) SiS utredning/behandlingsplanen som låg till grund för planeringen av vård i annan form, 2) hur institutionen motive- rade klienten till vård i annan form, 3) hur samarbetet mellan socialsekreteraren och institutionen vid planeringen av vård i annan form fungerade och 4) hur väl institutio- nerna följde upp klienten under § 27-placeringen. Svarsfrekvensen på socialtjänstenkä- ten har överlag varit hög. Under åren 2003–2005 var svarsfrekvensen kring 85 procent. För 2006 finns inga redovisade uppgifter, men svarsfrekvensen ökade till hela 90 pro- cent år 2007 innan den sjönk till 80 procent år 2008 och 72 procent år 2009. Uppgift saknas för åren 2010–2012.

FIGUR 6.

Socialtjänstens syn på § 27-vården, 2003–2010. Andel som svarat "bra" eller "mycket bra", eller andel som svarat "ja" om eventuell ny placering på samma institution^a. Procent



^a Frågorna lyder som följer: Hur bedömer Du: institutionens utredning/behovsinventering som grund för klientens planering för vård i annan form enligt 27 § LVM; samarbetet med institutionen vid planeringen för vård i annan form enligt 27 § LVM; institutionens arbete med att motivera klienten till vård i annan form enligt 27 § LVM; institutionens uppföljning av klienten under hans/hennes placering för vård i annan form enligt 27 § LVM? Svartalternativen för samtliga frågor är "mycket dåligt", "dåligt", "medel", "bra" och "mycket bra". Enkäten avslutas med följande övergripande fråga: Skulle Du i ett liknande ärende förordna en placering på samma institution? Svartalternativen är här "ja", "tveksamt" och "nej". I tabellen redovisas andelen som svarat "ja".

Källa: Socialtjänstenkäterna.

I figur 6 redovisas andelarna som svarat "bra" eller "mycket bra". Fördelningen på andra alternativ har inte särredovisats i tidigare rapporter. Den övergripande bilden är att socialsekreterarna har en mycket positiv bedömning av § 27-vården. När det gäller utredningen/behovsinventeringen som ligger till grund för planeringen av vård i annan form, har andelen positiva pendlat mellan drygt 70 procent och 90 procent de senaste åren. Det är också efter år 2008 som ett normerat utredningsförfarande implementerats inom LVM-vården. Samarbetet mellan socialtjänsten och institutionen vid planeringen av vård i annan form, bedöms i enkätsvaren också mycket positivt; andelen som svarat "bra" eller "mycket bra" har varierat mellan 82 och 94 procent. Även institutionens förmåga att motivera klienten till vård i annan form uppfattas som god, men variationen är större över åren. De senare åren har andelen positiva svar varit stabilt över 80 procent. Förmågan att följa upp klienterna under § 27-placeringen är mycket stabil för de år där detta mätts – mellan 71 och 79 procent har svarat "bra" eller "mycket bra". Men jämfört med de andra frågorna når inte andelen positiva svar över 80 procent vid

någon mätning. Under 2007 och 2008 var det 35 procent som inte svarat på frågan om hur de bedömer institutionens uppföljning av klienten under § 27-placeringen. Detta är ett högt bortfall, särskilt jämfört med en svarsfrekvens på 97 procent år 2009. Ett stort flertal har också varit positiva till att göra en ny placering på samma institution. För åren 2003–2009 översteg andelen positiva 85 procent och år 2010 var den 83 procent.

Under år 2011 gjordes svarsalternativen om till en femgradig skala, där 1 är mycket dåligt och 5 är mycket bra. Svaren sammanställs i form av ett medelvärde på poängskalan. Institutionernas utredning/behandlingsplan som grund för planering av vård i annan form hade medelvärdet 4, samarbetet 4,2, institutionernas förmåga att motivera klienter hade medelvärdet 4,2 och uppföljningen hade 3,9 i medelvärde. Det var 84 procent som kunde tänka sig att göra en ny placering på samma institution. I kommentarsfälten som finns i anslutning till frågorna var en vanlig kommentar att § 27-placeringen var kortvarig samt att klienten avvek vid placeringen och återföll i missbruk. Positiva omdömen rörde sig oftast om ett gott samarbete och en bra uppföljning under § 27-tiden, men negativa omdömen påpekade bristen på uppföljning samt avsaknad av behovsinventering inför en placering (Statens institutionsstyrelse, 2012, opublicerad sammanställning socialtjänstenkät LVM-vård). Omdömet är överlag mycket positivt, men utan att lägga för stor vikt vid marginella skillnader mellan frågorna kan det vara anledning att bevaka och beakta klienternas uppföljning under § 27-placeringen lite extra.

Sammanfattningsvis kan sägas att socialtjänsten under ett antal år, i samband med varje avslutad placering, fått lämna synpunkter på LVM-vården och samarbetet mellan socialtjänsten och LVM-hemmet. I enkäten ingår även frågor som direkt rör vård i annan form enligt 27 § LVM. Genomgående visar enkäten att socialtjänsten varit nöjda eller mycket nöjda med olika moment inom LVM-vården, även med samarbetet kring en § 27-placering; andelen som svarat "bra" eller "mycket bra" på denna fråga har inte understigit 80 procent. När det gäller institutionernas förmåga att motivera klienten till vård i annan form är socialtjänstens bedömning positiv; de senare åren har andelen positiva svar varit stabilt över 80 procent. Uppföljningen av klienterna under deras § 27-placering bedöms också positivt, men inte lika entydigt positivt som när det gäller de andra frågorna. Slutligen har socialtjänsten varit övervägande positiv till samarbetet med LVM-hemmen och har kunnat tänka sig göra en ny placering på samma institution om så vore aktuellt.

Klienternas beskrivning av och omdömen om § 27-vården

Hur ser då klienterna på § 27-vården? Som de primära brukarna av LVM-vården är deras omdömen naturligtvis av stor betydelse för såväl den enskilda institutionen som för myndigheten i stort. På nationell nivå samlas klienternas erfarenheter och synpunkter in genom en strukturerad utskrivningsintervju, DOK. I samband med utskrivning från LVM-vården ska klienten erbjudas en utskrivningsintervju, men täckningsgraden har

av olika skäl varit låg – betydligt lägre jämfört med inskrivningsintervjun. En anledning till detta är just att klienten befinner sig på en § 27-placering vid utskrivningstidpunkten och det kan vara svårt att genomföra intervjun när klienten redan har lämnat institutionen – både fysiskt och kanske även mentalt. I formuläret efterfrågas klientens syn på sin egen situation i förhållande till hur den var vid inskrivning samt klientens omdömen av vårdens olika delar. Formuläret innehåller också specifika frågor om vård i annan form. Under åren 2003, 2007 och 2011 var det totalt 1 985 klienter som genomförde en utskrivningsintervju. Av dessa svarade 78 procent att de blivit § 27-placerade någon gång under placeringen, vilket överensstämmer väl med motsvarande data från SiS klient- och institutionsadministrativa system (se tabell 1).

Anledningar till att klienten inte fått vård i annan form

Klienter som svarar att de inte blivit § 27-placerade får en följdfråga om orsaken till detta. Klienten får välja bland ett antal färdiga svarsalternativ och ange högst två skäl. I tabellerna 11, 12 och 13 redovisas det främsta skälet som angetts under år 2003, 2007 och 2011 – bland männen, bland kvinnorna och efter åldersgrupp.

Bland männen är de tre vanligaste skälen att klienten önskar stanna kvar på institutionen, att klienten känner sig omotiverad till vård och att man inte hittat lämpligt vårdalternativ. Rangordningen av skälen varierar relativt lite mellan åren, men år 2007 angav 19 procent av männen "annat" som skäl²⁶.

TABELL 10.

Klientens skäl för ej inledd vård enligt 27 § LVM, män^a. Procent

Skäl	År		
	2003 (n=88)	2007 (n=35)	2011 (n=102)
Avvikning	10	7	7
Omotiverad till vård	24	12	19
Psykiskt hälsotillstånd	5	9	8
Fysiskt hälsotillstånd	6	5	7
Otillfredsställande social situation	8	7	2
Väntar på behandlingshemsplacering/metadonprogram	1	2	6
Ej funnit lämpligt vårdalternativ	18	19	16
Klienten önskar själv stanna på institutionen	21	20	22
Annat	7	19	13
Totalt	100	100	100

^a Fråga C3b: Om ej placerad enligt § 27, ange högst två skäl.

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

²⁶ Antalet svarande var mycket lågt detta år vilket kan ha påverkat svarsfördelningen.

Bland kvinnorna är bilden lite mer oöverskådlig och variationen är större både mellan åren och mellan skälen. Antalet svarande är jämförelsevis lågt, särskilt år 2003, så skillnaderna kan också bero på tillfälligheter. Sammantaget för alla åren var avvikning och brist på motivation de vanligaste skälen. Det psykiska hälsotillståndet är år 2007 det näst vanligaste skälet, men det är ovanligt vid de övriga mätningarna och heller inte vanligt bland männen. Brist på lämpliga alternativ och att klienten själv önskar att kvarstanna på institutionen anges också av en del kvinnor. Mer ovanliga skäl är fysiskt hälsotillstånd och otillfredsställande social situation.

TABELL II.

Klientens skäl för ej inledd vård enligt 27 § LVM, kvinnor^a. Procent

Skäl	År		
	2003 (n=35)	2007 (n=87)	2011 (n=45)
Avvikning	25	9	13
Omotiverad till vård	17	29	18
Psykiskt hälsotillstånd	6	20	7
Fysiskt hälsotillstånd	6		2
Otillfredsställande social situation			7
Väntar på behandlingshemsplacering/metadonprogram	6	6	18
Ej funnit lämpligt vårdalternativ	14	11	11
Klienten önskar själv stanna på institutionen	17	11	11
Annat	9	14	13
Totalt	100	100	100

^a Fråga C3b: Om ej placerad enligt § 27, ange högst två skäl.

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

När det gäller skillnader mellan åldersgrupperna (tabell 12) är brist på motivation det vanligaste skälet i gruppen 18–29 år. Därefter följer "annat", brist på lämpliga alternativ och avvikning. I gruppen 30–44 år är fördelningen mellan de olika alternativen jämnare. Avvikning och önskemål om att kvarstanna anges som de vanligaste skälen, tätt följt av "annat", brist på motivation och avsaknad av lämpligt alternativ. I den äldsta gruppen är det tre anledningar som utmärker sig: önskemål om att kvarstanna på institutionen, brist på lämpliga vårdalternativ och brist på motivation. Här är till exempel avvikning ett ovanligt skäl. Önskemål om att kvarstanna på institutionen verkar få större betydelse med ökande ålder.

TABELL 12.

Klientens skäl för ej inledd vård enligt 27 § LVM, efter åldersgrupp. År 2003, 2007 och 2011^a. Procent

Skäl	Åldersgrupp		
	18–29 (n=101)	30–44 (n=95)	≥45 (n=95)
Avvikning	13	18	5
Omotiverad till vård	24	14	18
Psykiskt hälsotillstånd	8	6	9
Fysiskt hälsotillstånd	1	1	9
Otillfredsställande social situation	2	5	6
Väntar på behandlingsplacering/metadonprogram	10	9	1
Ej funnit lämpligt vårdalternativ	14	13	19
Klienten önskar själv att stanna på institution	8	18	25
Annat	20	16	8
Totalt	100	101	100

^a Fråga C3b: Om ej placerad enligt § 27, ange högst två skäl.

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

Placeringsform

De klienter som väl blivit § 27-placerade tillfrågas också vilken typ av placeringsform de haft för varje placering. I tabell 13 redovisas placeringsformerna för första och eventuellt andra och tredje § 27-placeringen²⁷. De klart vanligaste placeringsformerna var HVB/behandlingshem och eget boende med öppenvårdsinsatser med missbruksbehandling. Fördelningen var i stort sett densamma mellan placeringsomgångarna.

²⁷ I materialet ingick även 24 klienter som rapporterade att de haft en fjärde placering och tre klienter som uppgav att de § 27-placerats fem gånger under den aktuella vistelsen.

TABELL 13.

Placeringsform under första, andra och tredje § 27-placeringen. År 2003, 2007 och 2011^a. Procent

Placeringsform	Placering		
	Första (n=1399)	Andra (n=429)	Tredje (n=110)
HVB/behandlingshem	49	47	44
Eget boende/ öppenvård med missbruksbehandling	28	32	35
Familjevård	9	7	8
Eget boende/ öppenvård utan missbruksbehandling	6	7	5
Annat	6	5	6
Släkt/familj	2	2	2
Totalt	100	100	100

^a Fråga C4a: Ange var och hur länge klienten varit § 27-placerad.

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

HVB/behandlingshem är den enskilt vanligaste placeringsformen i alla åldersgrupper, men är mindre vanligt förekommande i den äldsta åldersgruppen där HVB/behandlingshem och eget boende med öppenvårdsinsatser är ungefär lika vanliga. Eget boende är på motsvarande sätt mindre vanligt i den yngsta gruppen och blir vanligare med ökande ålder. För familjehem är trenden den motsatta – inte ovanligt bland de yngre men närmast obefintligt bland de äldre klienterna.

TABELL 14.

Placeringsform under första § 27-placeringen, efter åldersgrupp. År 2003, 2007 och 2011. Procent

Placeringsform	Åldersgrupp		
	18–29 (n=510)	30–44 (n=343)	≥45 (n=546)
HVB/behandlingshem	53	52	44
Eget boende/ öppenvård med missbruksbehandling	20	26	37
Familjevård	17	11	2
Eget boende/ öppenvård utan missbruksbehandling	4	4	9
Annat	4	5	7
Släkt/familj	2	2	1
Totalt	100	100	100

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

Fullföljande av § 27-placeringen

Klienterna tillfrågas även om de fullföljt § 27-placeringen/-placeringarna. Andelen som svarar att de fullföljt sin första placering varierar mellan 40 och 45 procent under de aktuella åren. Andelen som fullföljer sin eventuella andra placering är också kring 40 procent, medan andelen som fullföljer sin (eventuella) tredje placering ökat från 25 procent år 2003 till 54 procent år 2011. Men då bör tilläggas att procentberäkningen baseras på enbart 24 svarande år 2011.

TABELL 15.

Klientens fullföljande av första, andra och tredje § 27-placeringen. År 2003, 2007, 2011^a. Procent

Placering	2003	2007	2011
Första	45	42	43
Andra	40	38	44
Tredje	25	41	54

^a Frågan ingår som delfråga i ovan nämnda huvudfråga, där klienten ska ange om placeringen fullföljts eller inte ("ja"/"nej").

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

Klienter som inte fullföljer placeringen tillfrågas om orsaken till detta. Som det framgår av tabell 16 angav det stora flertalet återfall i missbruk som anledning till att vård i annan form avslutades i förtid. Andra orsaker som förekom var att behandlingsinnehållet inte motsvarade förväntningarna, disciplinära skäl eller annat (som inte specificerats). Svartsfördelningen var densamma för kvinnor och män.

TABELL 16.

Klientens skäl till att senaste § 27-placeringen^a ej fullföljdes, efter kön. År 2003, 2007 och 2011. Procent

Skäl	Man (n=579)	Kvinna (n=245)
Återfall	82	80
Behandlingsinnehållet motsvarade ej förväntningarna	7	8
Disciplinära skäl	3	2
Annat	8	10
Totalt	100	100

a Fråga C4c: Om ej fullföljd § 27-placering, ange skäl. Hänvisar till den senaste placeringen.

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

I tabell 17 redovisas svarsfördelningen efter åldersgrupp. Återfall är den enskilt vanligaste orsaken i alla tre åldersgrupperna, men i den yngsta åldersgruppen har en av fyra angett någon annan orsak, jämfört med en av tio i den äldsta åldersgruppen.

TABELL 17.

Klientens skäl till att senaste § 27-placeringen^a ej fullföljdes, efter åldersgrupp. År 2003, 2007 och 2011.
Procent

Skäl	Åldersgrupp		
	18–29 (n=307)	30–44 (n=197)	≥45 (n=320)
Återfall	74	79	89
Behandlingsinnehållet motsvarade ej förväntningarna	11	6	4
Disciplinära skäl	5	4	1
Annat	10	11	6
Totalt	100	100	100

^a Fråga C4c: Om ej fullföljd § 27-placering, ange skäl. Hänvisar till den senaste placeringen.

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

Vårdinsatser under § 27-placeringen

Utskrivningsintervjun innehåller även frågor om vårdinsatser under § 27-placeringen. Till frågan finns en lång lista svarsalternativ utan begränsning på antal val. Det stora antalet alternativ innebär att många insatser är snarlika varandra och det kan vara tillfälligheter som styr vilka svar som väljs. I tabellerna 18, 19 och 20 redovisas vårdinsatser som var vanligt förekommande eller av särskilt intresse för denna studie. Snarlika insatser har ibland slagits ihop till en kategori.

TABELL 18.

Vårdinsatser under § 27-placeringen. År 2003, 2007 och 2011. Procent (antal svar inom parentes)

Insats	2003	2007	2011
Utredning av missbruksproblem ^a	24 (408)	16 (429)	12 (465)
Utredning av social situation ^b	23 (1 200)	11 (1 283)	10 (1 367)
Utredning av hälsa ^c	17 (814)	17 (849)	10 (915)
Hälsa- och sjukvård ^d	16 (2 769)	21 (3 193)	20 (3 239)
Rådgivande/förändrande samtal ^e	32 (1 339)	36 (1 390)	33 (1 744)
Ekonomisk hjälp	33 (393)	25 (452)	30 (463)
Arbetsträning	15 (377)	17 (448)	14 (465)
Social färdighetsträning	26 (387)	32 (444)	42 (470)
Återfallsprevention	17 (376)	20 (445)	19 (459)
Gymnastik/idrott och fritid ^f	23 (747)	41 (892)	38 (916)

^a Fråga L1A: Utförlig utredning/diagnos under inskrivningen. Fråga L2B: Insatser av medicinsk/fysiologisk karaktär. Fråga L3C: Insatser av psykologisk karaktär. Fråga L4D: Insatser av social och pedagogisk karaktär. Fråga L5E: Remiss och hänvisning.

^b Omfattar kartläggning av tidigare behandlingsinsatser och social utredning.

^c Utredning av såväl psykisk hälsa som fysisk hälsa.

^d I kategorin ingår somatisk vård, urinprov, psykiatrisk vård, psykofarmakologisk behandling, antabus, subutex och sjukgymnastik.

^e Sammanslagning av rådgivande samtal individuellt, rådgivande samtal i grupp, förändrande samtal individuellt och förändrande samtal i grupp.

^f Sammanslagning av kategorierna gymnastik/idrott och fritid.

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

Sett över perioden är svarsfördelningen ganska stabil. Värt att notera är att andelen som angett utredning av missbruksproblem och utredning av social situation minskade under perioden, vilket förmodligen hänger samman med att LVM-hemmen fick i uppdrag att erbjuda alla klienter en utredning under institutionstiden. Social färdighetsträning och gymnastik/idrott och fritid har å andra sidan blivit vanligare. En strukturerad insats som Återfallsprevention (ÅP) har inte blivit vanligare – ungefär en av fem anger att de får ta del av ÅP under § 27-placeringen. Rådgivande samtal, ekonomisk hjälp, arbetsträning och hälso- och sjukvård är andra vanliga insatser, med ungefär samma förekomst alla de aktuella åren.

I tabell 19 har uppgifterna från alla tre åren slagits ihop och fördelats efter åldersgrupp. Även om skillnaderna inte är så stora, verkar utredning av missbruksproblem eller social situation minska något i betydelse i den äldre gruppen. Rådgivande/förändrande samtal, ekonomisk hjälp, social färdighetsträning, Återfallsprevention och gymnastik/idrott och fritid var mindre vanligt förekommande i den äldsta åldersgruppen. Under år 2011 har klienterna även uppgett om de fått strukturerade insatser i form av 12-stepsprogram, kognitiv terapi, Motiverande samtal och självhjälpgrupper. Motiverande samtal, självhjälpgrupper och 12-stepsprogram visade inget "åldersmönster" medan kognitiva terapier var mindre vanligt i den äldsta åldersgruppen.

TABELL 19.

Vårdinsatser under § 27-placeringen, efter åldersgrupp. År 2003, 2007 och 2011. Procent

Insats	Åldersgrupp		
	18–29	30–44	≥45
Utredning av missbruksproblem ^a	20 (458)	17 (332)	15 (512)
Utredning av social situation ^b	18 (1 345)	15 (975)	12 (1 530)
Utredning av hälsa ^c	15 (910)	14 (650)	15 (1 018)
Hälso- och sjukvård ^d	23 (3 260)	20 (2 288)	18 (3 140)
Rådgivande/förändrande samtal ^e	37 (1 630)	37 (1 048)	28 (1 795)
Ekonomisk hjälp	43 (448)	34 (332)	14 (528)
Arbets träning	17 (448)	19 (319)	12 (523)
Social färdighetsträning	37 (451)	40 (324)	30 (526)
Återfallsprevention	24 (437)	16 (316)	16 (527)
Gymnastik/idrott och fritid ^f	43 (889)	40 (634)	24 (1 032)
12-stepsprogram ^g	16 (166)	9 (106)	16 (190)
Kognitiv samtalsterapi ^g	26 (157)	23 (106)	11 (187)
Motiverande samtal ^g	15 (149)	12 (102)	13 (187)
Självhjälpsgrupper ^g	10 (163)	10 (109)	14 (191)

^a Fråga L1A: Utförlig utredning/diagnos under inskrivningen. Fråga L2B: Insatser av medicinsk/fysiologisk karaktär. Fråga L3C: Insatser av psykologisk karaktär. Fråga L4D: Insatser av social och pedagogisk karaktär. Fråga L5E: Remiss och hänvisning.

^b Omfattar kartläggning av tidigare behandlingsinsatser och social utredning.

^c Utredning av såväl psykisk hälsa som fysisk hälsa.

^d I kategorin ingår somatisk vård, urinprov, psykiatrisk vård, psykofarmakologisk behandling, antabus, subutex och sjukgymnastik.

^e Sammanslagning av rådgivande samtal individuellt, rådgivande samtal i grupp, förändrande samtal individuellt och förändrande samtal i grupp.

^f Sammanslagning av kategorierna gymnastik/idrott och fritid.

^g 12-stepsprogram, kognitiv samtalsterapi, Motiverande samtal och självhjälpsgrupper är endast redovisade för år 2011.

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

Skillnaderna mellan könen är ganska små när det gäller utredning av missbruksproblem, social situation och hälsa, hälso- och sjukvård, rådgivande samtal, arbets träning, gymnastik/idrott och fritid samt självhjälpsgrupper (tabell 20). Kvinnorna fick i högre grad ekonomisk hjälp och tog i högre grad del av strukturerade insatser som Återfallsprevention, Motiverande samtal, 12-stepsprogram och kognitiv samtalsterapi. Social färdighetsträning var den enda insatsen som var vanligare bland männen. Sammantaget ser det ut som att kvinnorna tagit del av strukturerade vårdinsatser i högre grad än männen. Om det beror på att kvinnorna erbjudits sådana insatser i högre grad eller tackat ja till sådana insatser oftare än vad männen har, går inte att utläsa av materialet.

TABELL 20.

Vårdinsatser under § 27-placeringen, efter kön. År 2003, 2007 och 2011. Procent

Insats	Man	Kvinna
Utredning av missbruksproblem ^a	17 (910)	17 (392)
Utredning av social situation ^b	15 (2 701)	14 (1 149)
Utredning av hälsa ^c	15 (1 805)	15 (773)
Hälsa- och sjukvård ^d	18 (6 386)	22 (2 815)
Rådgivande/förändrande samtal ^e	31 (2 968)	38 (1 505)
Ekonomisk hjälp	26 (912)	36 (396)
Arbets träning	16 (895)	13 (395)
Social färdighetsträning	39 (906)	25 (395)
Återfallsprevention	15 (900)	27 (380)
Gymnastik/idrott och fritid ^f	33 (1 792)	38 (763)
I2-stepsprogram ^g	12 (340)	20 (137)
Kognitiv samtalsterapi ^g	16 (322)	25 (128)
Motiverande samtal ^g	11 (310)	20 (128)
Självhjälpsgrupper ^g	9 (329)	12 (134)

^a Fråga L1A: Utförlig utredning/diagnos under inskrivningen. Fråga L2B: Insatser av medicinsk/fysiologisk karaktär. Fråga L3C: Insatser av psykologisk karaktär. Fråga L4D: Insatser av social och pedagogisk karaktär. Fråga L5E: Remiss och hänvisning.

^b Omfattar kartläggning av tidigare behandlingsinsatser och social utredning.

^c Utredning av såväl psykisk hälsa som fysisk hälsa.

^d I kategorin ingår somatisk vård, urinprov, psykiatrisk vård, psykofarmakologisk behandling, antabus, subutex och sjukgymnastik.

^e Sammanslagning av rådgivande samtal individuellt, rådgivande samtal i grupp, förändrande samtal individuellt och förändrande samtal i grupp.

^f Sammanslagning av kategorierna gymnastik/idrott och fritid.

^g I2-stepsprogram, kognitiv samtalsterapi, Motiverande samtal och självhjälpsgrupper är endast redovisade för år 2011.

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

Klienternas syn på olika aktörers insats i samband med § 27-placeringen

I utskrivningsintervjun ingår också frågor om klienternas syn på socialtjänstens, LVM-hemmets och klienternas egen insats i samband med § 27-placeringen. Svaren redovisas i tabell 21–23. Tabell 21 visar en stor spridning på svaren, men om man slår ihop de mest positiva och de mest negativa alternativen svarade nästan hälften av klienterna år 2003 att de var missnöjda med socialtjänstens insats jämfört med 32 procent som var positiva. År 2007 hade fördelningen jämnat ut sig, och den var fortfarande jämn år 2011. Det ska samtidigt påpekas att bortfallet på frågorna är mycket högt, varierande mellan 50 och 72 procent av de klienter som svarat att de varit § 27-placerade någon gång under den aktuella LVM-placeringen.

TABELL 21.

Klientens nöjdhet med socialtjänstens insats i samband med § 27-placeringen^a. År 2003, 2007, 2011.

Procent

	2003 (n=130)	2007 (n=259)	2011 (n=267)
Inte alls	29	22	22
Lite	19	13	14
Ganska	20	28	24
Mycket	25	20	18
Väldigt mycket	7	17	22
Totalt	100	100	100

^a Fråga C4e: Om § 27-placering: Hur nöjd är du sammantaget med socialtjänstens insats? (Endast lång-DOK.)

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

I jämförelse med socialtjänstens insats var klienternas värdering av LVM-hemmets insats klart mer positiv (tabell 22). Andelen mycket eller väldigt mycket positiva varierade mellan 54 och 57 procent jämfört med 14–20 procent negativa.

TABELL 22.

Klientens nöjdhet med placerande institutions insats i samband med § 27-placeringena. År 2003, 2007, 2011. Procent

	2003 (n=129)	2007 (n=255)	2011 (n=269)
Inte alls	9	6	9
Lite	11	8	10
Ganska	23	29	27
Mycket	38	32	27
Väldigt mycket	19	25	27
Totalt	100	100	100

^a Fråga C4e: Om § 27-placering: Hur nöjd är du sammantaget med placerande institutions insats? (Endast lång-DOK.)

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

Klienterna var genomgående nöjda med sina egna insatser i samband med § 27-placeringen (tabell 23). Andelen nöjda eller mycket nöjda klienter ökade från knappt 50 procent till uppåt 60 procent mellan 2003 och 2011.

TABELL 23.

Klientens nöjdhet med sin egen insats i samband med § 27-placeringen^a. År 2003, 2007, 2011. Procent

	2003 (n=134)	2007 (n=259)	2011 (n=269)
Inte alls	7	10	8
Lite	16	7	7
Ganska	30	24	27
Mycket	21	28	23
Väldigt mycket	26	31	35
Totalt	100	100	100

^a Fråga C4e: Om § 27-placering: Hur nöjd är du sammantaget med din egen insats? (Endast lång-DOK.)

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

Sammanfattningsvis fick klienterna värdera om § 27-placeringen varit till stöd/hjälp för dem. Inom varje åldersgrupp var det fler som ansåg att placeringen varit till stöd/hjälp jämfört med motsatsen (inte alls eller lite). Men i den yngsta åldersgruppen bedömde nästan 40 procent av intervjupersonerna att § 27-placeringen inte varit till stöd eller hjälp.

TABELL 24.

Klientens bedömning av om § 27-placeringen varit till stöd/hjälp^a, efter åldersgrupp. År 2011^b. Procent

	Åldersgrupp			Totalt (n=293)
	18–29 (n=110)	30–44 (n=69)	≥45 (n=114)	
Inte alls	25	22	21	23
Lite	14	9	7	10
Ganska	12	20	15	15
Mycket	15	13	25	18
Väldigt mycket	34	36	32	34
Totalt	100	100	100	100

^a Fråga N11: Tycker du att § 27-placeringen varit till stöd/hjälp för dig? (Endast lång-DOK.)

^b I uppgifterna ingår även fyra svar från 2007.

Källa: DOK utskrivningsintervjuer.

Sammandrag

I delstudie IV har huvudfrågan varit hur socialtjänsten och klienterna bedömer innehållet i och processen kring vård i annan form. Genom regelbunden datainsamling med strukturerade formulär kan vi få en bild av den övergripande bedömningen som socialsekreterare och klienter gör. Efter varje avslutad placering ombeds socialsekreteraren att besvara frågor om vården klienten har fått samt hur samarbetet har fungerat. Några frågor rör § 27-vården specifikt, och den samlade bilden är att socialtjänsten är nöjd eller mycket nöjd med vård enligt 27 § LVM, inklusive samarbetet kring en sådan placering. Institutionernas förmåga att motivera klienten till vård i annan form bedöms positivt och flertalet kan tänka sig att göra en ny placering på samma institution. Den fråga som inte får lika entydigt positivt omdöme är uppföljningen av klienten under hans/hennes § 27-placering.

Klientens omdömen kommer från utskrivningsintervjuerna, som innehåller ett antal frågor kring § 27-vården. Inledningsvis tillfrågas även klienter som inte vårdats i annan form om orsakerna till detta. Skälen varierar något mellan könen och åldersgrupperna men ofta är det fråga om att klienten önskar stanna kvar på institutionen, känner sig omotiverad till vård eller har avvikit, alternativt att man inte hittat ett lämpligt vårdalternativ.

De klienter som väl blivit § 27-placerade får ett antal frågor om typ av placering, innehåll i vården och bedömning av egen och andras insatser. Om klienten haft flera § 27-placeringar efterfrågas redovisning av varje placering för sig. Utifrån uppgifter från andra källor (se förra delstudien) var det inte oväntat att de vanligaste placeringssalternativen enligt klienterna också var HVB/behandlingshem och eget boende med öppenvårdsinsatser. Fördelningen var i stort sett densamma oavsett om det var första, andra eller tredje placeringen. HVB/behandlingshem är särskilt vanligt bland de yngre klienterna, medan § 27-placering i egen bostad är vanligare bland äldre klienter. Familjehem förekommer nästan enbart bland de yngre klienterna.

Som det framgick i förra delstudien är oplanerade avbrott vanliga när klienter vårdas i annan form. I utskrivningsintervjun tillfrågas klienterna om de fullföljt sina placeringar och om anledningarna till eventuella sammanbrott. Andelen som svarar att de fullföljt sin första och eventuella andra placering är drygt 40 respektive 40 procent. Klienterna hänvisar oftast till återfall i missbruk som orsak till att planeringen inte fullföljts. Det gäller för såväl kvinnor som män.

Utskrivningsintervjun innehåller även frågor om vårdinsatser under § 27-placeringen. Till frågan finns en lång lista svarsalternativ utan begränsning på antal val. Sett över perioden är svarsfördelningen ganska stabil. Det kan se ut som att utredning av missbruksproblem och utredning av social situation minskade under perioden, vilket skulle kunna hänga samman med att klienterna numera ska erbjudas en utredning under institutionstiden. Social färdighetsträning och gymnastik/idrott och fritid har å andra sidan blivit vanligare. En strukturerad insats som Återfallsprevention har inte blivit vanligare – ungefär en av fem anger att de får ta del av en sådan insats under § 27-placeringen. Rådgivande samtal, ekonomisk hjälp, arbetsträning och hälso- och

sjukvård är andra vanliga insatser, med ungefär samma förekomst alla de aktuella åren. Motiverande samtal, självhjälsgrupper och 12-stepsprogram var lika vanliga i alla åldersgrupper. Överlag var skillnaderna mellan åldersgrupperna relativt små, men vissa insatser, såsom utredningar av missbruk och social situation, rådgivande samtal, social färdighetsträning och Återfallsprevention, var vanligare bland de yngre klienterna. I jämförelsen mellan kvinnor och män var det endast social färdighetsträning som var vanligare bland männen. I övrigt var fördelningen ungefär densamma, eller så tog kvinnorna i högre grad del av vissa insatser. Det gällde exempelvis Återfallsprevention, Motiverande samtal, 12-stepsprogram och kognitiv samtalsterapi. Vi vet inte om detta beror på att kvinnorna haft större tillgång till sådana insatser eller att de i högre grad tackat ja till erbjudandet.

Klienterna får sedan bedöma socialtjänstens, LVM-hemmets och sina egna insatser i samband med § 27-placeringen. Med reservation för högt bortfall, har klienternas bedömning gått från övervägande negativ till mer jämn fördelning mellan positiv och negativ bedömning av socialtjänstens insats. Klienterna värderade institutionspersonalens insatser mer positivt, men mest nöjda var klienterna med sina egna insatser i samband med § 27-placeringen. På en sammanfattande fråga får klienterna bedöma om § 27-placeringen varit till stöd/hjälp för dem. Inom varje åldersgrupp var det fler som ansåg att placeringen varit till stöd/hjälp jämfört med motsatsen (inte alls eller lite). Men i den yngsta åldersgruppen bedömde nästan 40 procent av intervjupersonerna att § 27-placeringen inte varit till stöd eller hjälp.

Sammanfattande diskussion

Möjligheten och skyldigheten att erbjuda vård i annan form har funnits sedan LVM tillkom, men fick extra uppmärksamhet i samband med två satsningar som gjordes inom LVM-vården under perioden 2004–2008: Vårdkedjeprojektet och Ett kontrakt för livet. Båda satsningarna syftade till att förbättra innehållet i LVM-vården men även övergången från LVM-vård till det vi i allmänna termer kan kalla eftervård. Ett kontrakt för livet kom till mycket stor del att handla om en förstärkning av § 27-vården och efterföljande insatser.

Det har nu gått några år sedan dessa satsningar och den medföljande uppmärksamhet som riktades mot § 27-vården. Vård i öppnare former inom ramen för LVM fick dessutom ganska marginellt utrymme i Missbruksutredningen (2011) och därför fanns det anledning att återigen belysa § 27-vården, både historiskt och i nuläget. I SiS årsredovisningar presenteras uppgifter om andelen klienter som vårdas enligt 27 § LVM, och för SiS är detta ett viktigt mått på hur myndigheten lyckas med sitt uppdrag. Förutom årsredovisningarna finns ett antal olika källor inom myndigheten där det samlas eller presenteras information om § 27-vården. En "bieffekt" av projektet har också varit att synliggöra de källor som finns och som kan ge värdefull information var för sig men särskilt i kombination. Med olika frågor, källor och tillvägagångssätt kom projektet att bestå av fyra delstudier. I det följande presenteras de viktigaste resultaten från varje delstudie och en diskussion av vilka lärdomar vi kan dra eller implikationer resultaten kan ha. Presentationen följer delstudiernas kronologi men är organiserad under olika teman.

Vård i annan form i laghistoriskt perspektiv och "tremånadersregeln"

I delstudie I ges en laghistorisk översikt över regleringen av vård i annan form. Möjligheten att vårdas utan samtycke, men i öppnare former utanför institutionen, har funnits inskriven i lagen sedan första LVM tillkom 1982. I den första lagen var ordningen mer av en rekommendation, då lagen framhöll att klienten *borde* beredas tillfälle att *vårdas* i annan form eller *vistas* i det egna hemmet. Skrivningen skärptes dock i den nya lagen från 1988. Institutionschefen blev nu skyldig att, så snart som vården så medgav, ge klienten möjlighet att "vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form". Tre principer slogs fast: skyldigheten att arbeta för att klienten erbjuds denna möjlighet, att klienten fysiskt ska *vistas* utanför institutionen och också *vårdas* utanför institutionen. För att understryka "intensionsdjupet" blev institutionschefen också skyldig att anmäla och motivera om en klient inte placerades för vård i annan form inom tre månader efter intagning. Anmälningsplikten togs bort då lagen reviderades 2005, men finns kvar i SiS arbets- och delegationsordning. Institutionerna ska rapportera utebliven § 27-vård (inom tre månader) i det klient- och institutionsadministrativa systemet (KIA), och

verksamhetskontoret för LVM-vården ska följa utvecklingen. Enligt vår bedömning finns det anledning att följa upp bevakningen av denna fråga i högre grad. Det handlar dels om att säkerställa att avsteg från "tremånadersregeln" dokumenteras, dels om att analysera anledningarna till att målet inte uppnås. Tre månader är i sig en godtycklig gräns, men det säger förmodligen något om svårighetsgraden när det gäller att hitta lämpliga alternativ och/eller att motivera klienten. Förutom redovisning av andelen klienter som vårdas enligt 27 § LVM, behövs också återkommande redovisningar av andelen som inte vårdas i annan form inom tre månader samt analyser av anledningarna till en försenad eller utebliven placering enligt 27 § LVM.

En jämförelse mellan vård i annan form enligt LVM och öppen psykiatrisk tvångsvård

Det andra huvudtemat i delstudie I är en jämförelse mellan vård i annan form i LVM och öppen psykiatrisk tvångsvård, med utgångspunkt i två stora aktuella utredningar – Missbruksutredningen (2011) och Psykiatrilagsutredningen (2012). Missbruksutredningen lyfter fram flera fördelar med den öppna psykiatriska tvångsvården men anser inte att det finns någon direkt motsvarighet inom LVM-vården. Det är en definitionsfråga hur man kan eller bör jämföra företeelser eller fall – hur olika får det vara innan det inte är relevant längre, och vad menas med "direkt motsvarighet"? Vi har i delstudie I argumenterat för att det är intressant att jämföra vård i annan form i LVM med öppen psykiatrisk tvångsvård, ÖPT. En anledning är att de båda syftar till att hålla vistelsen i slutna former så kort som möjligt och samtidigt upprätthålla en tvingande ram även utanför institutionens fyra väggar. Men det främsta argumentet är att det faktiskt går att identifiera ett antal variabler som respektive vårdform kan beskrivas efter. Jämförbarheten ligger med andra ord i att definiera likheter och skillnader med avseende på samma fråga.

Den resterande delen av delstudie I består av en schematisk jämförelse mellan vård i annan form enligt 27 § LVM, öppen psykiatrisk tvångsvård så som den ser ut i dag samt öppen psykiatrisk tvångsvård enligt det förslag som lämnats i Psykiatrilagsutredningen och som bereds i Regeringskansliet efter att ha varit ute på remiss. Missbruksutredningens förslag att upphäva LVM och låta vården ges inom ramen för LPT i stället har avvisats av regeringen och riksdagen.

Den grundläggande ambitionen att låta även en tvångsvårdad person vistas i öppnare former har redan nämnts som en likhet. Men medan vård i annan form reglerats i LVM sedan den första lagen tillkom 1982, är öppen psykiatrisk tvångsvård en ny ordning inom LPT som började gälla 2008. Vård i annan form har dessutom en universell ambition – den ska i princip erbjudas alla klienter (som vårdas enligt 4 § LVM) och är således en integrerad del av LVM-vården. ÖPT riktar sig inte till alla patienter på samma sätt, utan man kan se ÖPT som en parallell eller kompletterande vårdform i förhållande till slutna psykiatrisk tvångsvård.

Att ÖPT är en nyare och kompletterande vårdform är förmodligen en anledning till att ÖPT är mer reglerat och "styrt" jämfört med vård i annan form enligt LVM. Det krävs exempelvis ett domstolsbeslut vid en övergång från slutna psykiatrisk tvångs-

vård till ÖPT – och vice versa. Psykiatrilagsutredningen föreslår däremot att chefsöverläkaren ska kunna fatta beslut om övergång *till* ÖPT. I LVM är det institutionschefen som beslutar om såväl placering i vård i annan form som återintagning när klienten exempelvis avviker eller återfaller i missbruk. Det finns i båda systemen krav på en vårdplanering inför en placering i öppnare former. Kravet är emellertid tydligare formulerat i ÖPT, där en vårdplan med tillhörande villkor och ansvarsfördelning ska finnas till hands innan rätten tar ställning till ansökan. Generellt har chefsöverläkaren ett större mandat och en mer central roll i den psykiatriska tvångsvården jämfört med institutionschefens roll inom LVM-vården. Det innebär samtidigt att det finns krav på en samordnad vårdplan i samband med en övergång till ÖPT där hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvar framgår. När det gäller LVM är socialnämndens roll tydligare inskriven i lagen – det är socialnämnden som ansöker om vård, som ska se till att vård i annan form anordnas och så vidare. Å andra sidan finns det en inbyggd oklarhet i det att institutionschefen beslutar om vård i annan form (och eventuell återföring) medan socialnämnden har ansvar för att anordna vården. Det saknas också ett tydligt samordningsuppdrag i förhållande till hälso- och sjukvården i LVM. Att vård i annan form har funnits inskriven i LVM sedan lagen tillkom betyder att vårdformen är väl inarbetad och en naturlig del av LVM-vården generellt. ÖPT har dock som en ny vårdform fått en tydligare inramning, där man också tagit hänsyn till senare års fokus på behovet av samordning mellan hälso- och sjukvården och socialvården, åtminstone formellt. Som det framgår av delstudie III används oftast en formaliserad kontraktsmall även inom LVM-vården när klienten ska vårdas i annan form. Men det finns anledning att fundera på om innehållet i planerna och kontrakten kan utvecklas i nämnda riktning, där innehållet i vården och ansvarsfördelningen mellan aktörerna formaliseras och tydliggörs än mer.

Andra relevanta studier på området

I delstudie II redovisas ett antal rapporter, utredningar och forskningsarbeten som på olika sätt har fokuserat på eller berört vård i annan form enligt 27 § LVM – utöver nämnda Missbruksutredningen (och Psykiatrilagsutredningen).

I LVM-utredningen 2004, som föregick satsningarna Vårdkedjeprojektet och Ett kontrakt för livet, lyftes behovet av ett förstärkt behandlingsinnehåll i LVM-vården samt behovet av samverkan och kontinuitet även efter utskrivning från LVM-vården. Vårdkedjeprojektet hade tre viktiga komponenter i sammanhanget: en gemensam utbildning i samma behandlingsprogram för socialtjänsten och institutionspersonalen; en tidig planering av vårdinnehållet under och efter LVM-tiden mellan klient, socialsekreterare och institutionspersonal som dokumenterades i en skriftlig överenskommelse; samt en samordnare som skulle följa klienten genom vårdkedjan och följa upp innehållet i överenskommelsen. Vårdkedjeprojektet var emellertid begränsat till en handfull institutioner och kommuner i Mälardalen, vilket var en förutsättning för att kunna genomföra både utbildningar och anställning av samordnare inom projektets ramar. Det större projektet, Ett kontrakt för livet, inkluderade hela LVM-vården och innebar att kommunerna fick en subvention på vårdavgiften under § 27-placeringen. I gengäld

skulle kommunerna aktivt medverka i vårdplaneringen och på så sätt utveckla en starkare vårdkedja, vilket skulle manifesteras i en skriftlig överenskommelse om insatser och planering under och efter placeringen. I samband med projektet startade även SiS egna § 27-hem (med egen personal, åtskilda från LVM-hemmen) för att kunna tillgodose behoven till "svårplacerade" klienter. Båda projekten utvärderades, och Vårdkedjeprojektet visade att det fanns skillnader mellan projektgruppen och jämförelsegruppen med hänsyn till andelen som fick en § 27-placering – typ av insatser under LVM-tiden med mera – men att skillnaderna i stort sett kunde hänföras till klienternas primärdrag och ålder. I Vårdkedjeprojektet ingick relativt många yngre narkotikamissbrukare. Vårdkedjeprojektets institutioner och kommuner kom sedan att samtidigt omfattas av det stora projektet Ett kontrakt för livet. De bärande elementen var här en subvention på vårdavgiften under § 27-tiden med ett krav på motprestation i form av planering för LVM-tiden och tiden efteråt – manifesterat i en skriftlig överenskommelse, ett kontrakt. Ett stort antal klienter valde att teckna kontrakt inom ramen för Ett kontrakt för livet, och utvärderingen visade att relativt fler kvinnor och unga fick möjlighet att vårdas i annan form under projekttiden. Jämfört med liknande uppföljningar tidigare, var det fler som hade minskat sitt missbruk bland klienterna som ingick i Ett kontrakt för livet och enligt socialtjänstens bedömning var 35 procent missbruksfria sex månader efter utskrivningen. Förutom detta var den viktigaste slutsatsen att Ett kontrakt för livet hade bidragit till att utveckla samverkan mellan socialtjänsten och LVM-hemmen, öka klientens delaktighet och stärka planeringen av vården och särskilt eftervården.

För andra klienter fanns det olika skäl till en utebliven § 27-placering, till exempel att de gick in i substitutionsbehandling, att det inte fanns lämpliga alternativ eller att de inte ville vårdas i annan form. En lärdom är att det, trots en universell ambition (se ovan) och särskilda satsningar, alltid är en grupp klienter som inte kan eller vill använda möjligheten till vård i annan form. Som tidigare påpekats är det dock viktigt att fortsätta bevaka både omfattningen och anledningarna till utebliven § 27-vård. I det sammanhanget kan det också vara viktigt att beakta vilka maktresurser en § 27-placering utgör för de aktörer som är involverade. Flera av de studier som presenteras i delstudie II bygger på intervjuer med klienter och personal eller fältstudier på LVM-hem. Dessa studier har visat hur en § 27-placering kan innebära komplicerade beslutsprocesser, där klientens önskemål ska samordnas med socialtjänstens och institutionspersonalens professionella bedömningar som i sin tur ska samordnas med kommunens ramavtal och den mottagande enhetens möjligheter och vilja att erbjuda en plats. Det finns ett grundläggande dilemma i LVM-vårdens uppdrag att motivera till vård i öppnare former: Om klienten trivs så bra på LVM-institutionen att han/hon inte vill åka därifrån, är det ett misslyckande. Klienten ska trivas lagom bra och institutionen ska inte utvecklas till att bli ett eget behandlingshem. Klienten är per definition i en beroendeställning gentemot alla parter, men han/hon har också en maktresurs i möjligheten att avstå en § 27-placering. Trots det grundläggande tvånget, kräver vård i annan form klientens accept – till skillnad från vad som är fallet när en patient döms till öppen psykiatrisk tvångsvård. På så vis är även institutionen och socialtjänsten beroende av klienten för sin målpuppfyllelse.

Förutom studier som belyser vilken plats § 27-vården har i tvångsvårdens vardag, har andra studier särskilt granskat § 27-vården i relation till utslussning och eftervård generellt. Här visas flera exempel på den diskrepans som finns mellan de ambitioner och förväntningar som såväl socialsekreterare som klienter har på eftervårdsinsatser och den realitet som oftast möter parterna. Bristen på ett fungerande boende återkommer i många fall, liksom avsaknaden av mer kvalificerade stödinsatser under längre tid. Här lyfter främst Runquist (2012) skrivningen i 30 § LVM, där det framgår att socialnämnden aktivt ska verka för att klienten efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han eller hon får personligt stöd eller behandling för att varaktigt komma ifrån sitt missbruk. Runquist argumenterar för att lagens legitimitet i stor grad vilar på i vilken grad man lyckas med detta. Ett stort ingrepp i den personliga integriteten kräver också att man följer upp med "kraftiga" åtgärder. Runquist utgår därför från klienternas inställning till omhändertagandet och deras boende- och livssituation, såväl innan LVM-vården som vid utskrivningen och minst sex månader efteråt. Han ser "en viss överlappning" mellan klienternas inställning till omhändertagandet och förekomsten av en överenskommelse om insatser efter avslutad LVM-vård. De som inte hade en överenskommelse hade heller inte velat ha någon § 27-placering. Omvänt lyckades ingen av dem som vägrade en sådan placering ingå överenskommelser om insatser efter tvångsvårdens slut. En slutsats som kan dras är att om ett samarbete mellan klient och socialsekreterare inte kan (åter)upprättas om LVM-vårdens innehåll, tycks parterna inte heller komma överens om insatser efter tvångsvårdens slut. För SiS del skulle det innebära att hur klienten (och socialtjänsten) värderar tvångsomhändertagandet och tvångsvården i betydande grad beror på vad som händer sedan. Bedömningen av en händelse kan ändras i efterhand, beroende på utvecklingen. Det betyder att det också ligger i SiS intresse som organisation att eftervården blir så bra som möjligt.

Vård i annan form – omfattning och innehåll

I delstudie III beskrivs § 27-vårdens omfattning och innehåll i större detalj – främst så som den ser ut i dag men även med vissa jämförelser med perioden då Ett kontrakt för livet pågick.

Under det senaste decenniet har andelen klienter som vårdats enligt 27 § LVM varit relativt stabil på nivån 75–80 procent. Andelen beräknas endast på klienter som vårdas enligt 4 § LVM, eftersom det endast är då man kan komma i fråga för vård i annan form. Över åren har drygt hälften av dessa placeringar i vård i annan form skett inom tre månader. I granskningen av § 27-placeringarna under första halvåret 2012 låg tyngdpunkten av placeringarna på 90–119 dagar efter intagning och 30-dagarsperioderna innan och efter detta. I genomsnitt vistades klienterna 98 dagar på LVM-institutionen innan de placerades för vård i annan form, men spridningen är maximal då § 27-placeringar förekommer såväl efter en som 186 dagar.

I delstudie I framgick det att det varken i den sociala eller i den psykiatriska tvångsvården är möjligt att direktplacera en person för vård i öppnare former, men att Psykiatrilagsutredningen föreslår att detta möjliggörs inom LPT. Direktplaceringar inom LVM förekom tidigare men dessa upphörde efter ett uttalande från Justitieombuds-

mannen. När en klient § 27-placeras efter en dag tangerar det rimligen en direktplacering. Vi har inte haft möjlighet att granska detta närmare, men det är tänkbart att klienten i praktiken har haft en längre vistelse och att det snarare handlar om lag- och dokumentationstekniska frågor som påverkar beräkningen av vårdtiden. Oavsett vore det intressant att granska både de väldigt tidiga och de väldigt sena placeringarna.

Granskningen av § 27-placeringarna under första halvåret 2012 (318 ärenden rörande 317 individer) visade också att 84 procent av klienterna hade en dokumenterad överenskommelse inför placering i vård i annan form. Innehållet i överenskommelserna varierade men det fanns alltid ett krav på nykterhetstestning och ett påpekande att klienten kunde återföras till LVM-hemmet vid kontraktsbrott. Drygt hälften av kontrakten innehöll också någon specifikation av vilken vård eller vilka insatser klienten skulle få under § 27-placeringen.

Den allra vanligaste placeringsformen är HVB/behandlingshem, följt av placering i det egna hemmet (med öppenvårdsinsatser). Familjehemsplaceringar är ganska ovanliga men används oftare bland Lundens kvinnliga klienter – som också är relativt yngre. Likaså används stödboende jämförelsevis ofta på LVM-hemmet Rebecka, vars målgrupp också är yngre kvinnor. Sedan redovisas antal placeringar, typ av placeringar, antal dagar innan första placering, vårdavbrott med mera – såväl historiskt som i nutid. För studien gjordes ett urval av ärenden, som bestod av alla som skrivits ut från vård i annan form under perioden 1 januari – 30 juni 2012 (totalt 318 ärenden, rörande 317 individer).

Det är inte ovanligt att klienter har flera § 27-placeringar under samma vårdtillfälle. Under första halvåret 2012 vårdades 57 procent i annan form en gång och 43 procent två eller fler gånger. I ungefär 60 procent av fallen återplacerades klienten på samma HVB/behandlingshem. Vårdavbrotten beror nästan uteslutande på återfall och/eller avvikning. Andelen klienter som var § 27-placerade vid utskrivning var 66 procent.

I jämförelsen med motsvarande uppgifter från Ett kontrakt för livet, under perioden 2006–2008, framkom det att den vanligaste placeringsformen i båda fallen var HVB/behandlingshem och att placering i hemmet med öppenvårdsinsatser var den näst vanligaste. Under observationsperioden 2012 var det fler klienter som placerades på HVB/behandlingshem jämfört med under Ett kontrakt för livet, där relativt fler klienter placerades i det egna hemmet. Det var däremot fler klienter som fortsatte vård på HVB/behandlingshem inom Ett kontrakt för livet, jämfört med klienterna som följdes under första halvåret 2012. Då var det relativt fler klienter som skrevs ut till det egna hemmet.

Vård i annan form – processer

Institutionerna arbetar i dag på ett relativt likartat sätt med § 27-placeringarna. Man vill komma i gång med en planering och en dialog tidigt under vistelsen men det gäller också att "skynda långsamt" så att det ska finnas ett bra underlag, till exempel i form av en utredning, innan beslut fattas om lämpligt alternativ. Det är också viktigt att klienten, socialtjänsten, den mottagande enheten och institutionspersonalen kan komma överens. Alla institutioner använder i dag någon form av kontrakt eller mall som förtydligar innehållet i placeringen och vad som eventuell händer som planen inte

följs. Kontraktet undertecknas oftast av klienten, personal vid institutionen och ibland socialsekreteraren eller företrädaren för den mottagande enheten.

För att ge en mer ingående beskrivning av hur en placeringsprocess går till och vad som händer under en § 27-placering, följdes elva pågående ärenden prospektivt under sommaren/hösten 2012 – sju män och fyra kvinnor från nio olika avdelningar. Projektmedarbetaren kontaktade då personal på institutionen och andra informanter löpande för att få information om klienter som var på väg ut på en placering och under tiden han eller hon var § 27-placerad. På det viset kunde vi få en bättre bild av överväganden, innehåll i vården och andra händelser under tiden. Det ska dock påpekas att fallstudierna bygger på personalens uppgifter – antingen muntligt eller skriftligt i form av journalanteckningar. I några fall har informationen kompletterats med journaluppgifter från KIA, om klienten fortfarande var placerad vid stopptiden för den prospektiva datainsamlingen.

Utöver denna följestudie gjordes en granskning av 60 placeringsprocesser från första halvåret 2012 – klienter som placerats för vård i annan form under sina LVM-placeringar. Utifrån journalanteckningarna kategoriserades processen som enkel, medelsvår eller svår. Centralt i bedömningen var om det varit många "turer" kring val av placeringsform eller specifika placeringsalternativ, ett eller flera vårdsammanbrott och om klienten var kvar i vård i annan form vid utskrivningen. Kategoriseringen visade att de granskade fallen fördelade sig ungefär lika mellan kategorierna, men med viss övervikt av svåra fall.

Följestudien och journalstudien gav tillsammans en bild av en komplex process. LVM-vårdens "produktion" mäts ofta i form av andel klienter som vårdats i annan form. Bakom detta enkla mått ligger ett stort antal komplexa processer som genomförts i mer eller mindre god samverkan mellan klienten, socialtjänsten, institutionspersonalen och den enhet som tar emot klienten för vård i annan form. Klientens preferenser ska sammanfalla med socialtjänstens och personalens bedömningar. Det ska genomföras studiebesök som kan underlätta för parterna eller väcka många nya frågor och farhågor. Alternativen ska fungera i förhållande till socialtjänstens ramavtal och de mottagande enheter ska vilja ta emot klienten. Det kan vara så att klienten vistats där förut och inte är välkommen tillbaka. När det väl blir dags ska det finnas ledig plats på den mottagande enheten. Det kan också vara så att det finns plats, men att det just för tillfället finns andra klienter inskrivna som inte gör en placering lämplig. Faller en av bitarna så kan hela planeringen falla och processen måste börja om. Klientens motivation är också hela tiden en förutsättning och planerna kan snabbt ändras om oförutsedda händelser inträffar. Även placeringar som kommer till stånd kan ha varit mer eller mindre besvärliga, vilket vi visat exempel på. För att kunna dra ytterligare lärdom skulle det vara värdefullt att kontinuerligt kategorisera placeringsförloppen i samband med vård i annan form utifrån några få frågor. Det skulle kunna möjliggöra fortsatta analyser av vilka hindren är och en granskning av eventuella samband mellan vård i annan form och andra utfallsmått.

Kontrakten som skrivs i samband med en placering i vård i annan form är ett synligt och bestående arv från Ett kontrakt för livet. Tillsammans med satsningar på kun-

skapsbaserade metoder, utredningsverksamhet och tydligare behandlingsplanering har detta bidragit till att vård i andra former fått en tydligare inramning. En överenskommelse inför en § 27-placering är naturligtvis inget kontrakt i ordets rättsliga bemärkelse, men den är en tydlig signal om vilka parter som berörs samt förväntningar och krav som ställs. Att klienten skriver på kontraktet är också viktigt utifrån ett delaktighetsperspektiv. I anslutning till diskussionen kring öppen psykiatrisk tvångsvård och kravet på en samordnad vårdplan (se ovan) kan det vara värt att fundera på om kontrakten också skulle kunna utvecklas i denna riktning. En reflektion är, förutom att dokumentationen ibland saknas i enskilda ärenden, den relativa bristen på "positivt" innehåll i kontrakten. Fokus ligger oftast på frågor kring nykterhet, kontroll och konsekvenser vid eventuella kontraktsbrott. Vilka insatser ska klienten få ta del av och vem ansvarar för olika aktiviteter och insatser? Det torde bidra till större tydlighet, ett större fokus på vårdinnehållet och större möjlighet till uppföljning.

Socialtjänstens och klienternas syn på § 27-vården

Delstudie IV belyser brukarnas omdömen om den del av LVM-vården som utgörs av vård i annan form. Både klienterna och socialtjänsten är brukare i sammanhanget. Efter varje avslutad placering skickas en enkät till berörd socialsekreterare, med frågor om vården och samarbetet med institutionen i det aktuella ärendet. Enkäten innehåller också frågor om vård i annan form. Den övergripande bilden är att de varit nöjda eller mycket nöjda med LVM-vården utifrån olika aspekter. Det gäller även samarbetet kring en (eventuell) § 27-placering och, åtminstone de senare åren, bedömningen av institutionernas förmåga att motivera klienten till vård i annan form. Uppföljningen av klienterna under deras § 27-placering får också gott betyg, men inte lika tydligt positivt som på de andra frågorna. Det finns med andra ord anledning att hålla ett vakande öga på just uppföljningen under LVM-tiden. Risken är att klienten "försvinner under radarn", både från LVM-hemmets sida och från socialtjänstens sida, när han/hon väl vårdas i annan form. "No news is good news" säger man ibland – men det behöver inte alltid vara fallet. Socialnämnden är enligt lagen skyldig att anordna vård i annan form men det kan i praktiken variera vem som har initiativet i frågan. Det kan också påverka hur man uppfattar "ägarskapet" till den vård som ges enligt 27 § LVM och därmed engagemanget i att följa upp klienten under den tiden han/hon inte vistas på institutionen.

Klienternas syn på den vård de fått fångas på myndighetsnivå bäst genom regelbundna och strukturerade utskrivningsintervjuer, med hjälp av DOK-formulären. I samband med utskrivning tillfrågas klienterna också om vård i annan form specifikt, om de haft en sådan placering, vilka insatser de fått, om de är nöjda med socialtjänstens och LVM-hemmets insats i samband med en § 27-placering och så vidare.

För alla tre åren vi studerat angav sammantaget nästan 80 procent av klienterna att de blivit § 27-placerade åtminstone en gång under sin placering, vilket överensstämmer väl med motsvarande uppgifter från SiS klient- och institutionsadministrativa system. Många placeringar avbryts dock i förtid och det är fortfarande många som inte alls kommer ut i vård i öppnare former. En granskning av vilka klienter som *inte* kommer

ut i § 27-vård har påbörjats inom SiS och det är givetvis en angelägen fråga att fortsätta granska. De främsta skälen till att klienterna *inte* vårdats i annan form var enligt utskrivningsintervjuerna främst brist på motivation, önskan om att kvarstanna på institutionen samt svårigheter att hitta lämpliga vårdalternativ. Av de klienter som kom att vårdas i annan form fullföljde 40–45 procent sin första (och eventuellt enda) placering. Andelen som fullföljde en eventuell andra placering var ungefär densamma – mellan 38 och 44 procent. Enligt klienterna var återfall i missbruk den vanligaste orsaken till att placeringen inte fullföljdes. Andra orsaker kunde vara att behandlingsinnehållet inte motsvarade förväntningarna eller disciplinära skäl. Svarsfördelningen skiljde sig inte åt mellan könen. Tillsammans med mer strukturerade uppgifter från journalsystemet, som nämndes ovan, ser vi även här goda möjligheter att utnyttja den detaljerade informationen från utskrivningsintervjuerna till att göra fortsatta analyser kring typiska placeringsprocesser, oplanerade avbrott och vilka klientgrupper som eventuellt behöver extra omsorg när det gäller att hitta lämpliga placeringar. Lagen säger att klienten så snart det är möjligt med hänsyn till den planerade vården ska "beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form". Det finns alltså en ambition att göra vistelsen på LVM-hemmet så kort som möjligt och oplanerade avbrott kan förväntas. Samtidigt är det förmodligen möjligt att göra avbrotten "mindre oplanerade" eller åtminstone öka kunskapen om vilka placeringar under vilken del av vårdtiden som är mer eller mindre riskfyllda för olika grupper. En annan lärdom från fallstudierna är samtidigt att ett oplanerat avbrott inte behöver ses som ett misslyckande. Ett sammanbrott kan innebära en möjlighet att sedan reflektera över och fundera på reaktionsmönster och påfrestningar som kommer att göra sig gällande efter utskrivning. Som Skårner & Billquist (2009) påpekar i sin studie av kontaktmannaskapet så borde, enligt en av klienterna, ett återfall kunna utnyttjas på ett bättre sätt: Kontaktpersonen skulle kunna peppa, erbjuda ett otal alternativ och hålla kvar energin.

I anslutning till detta behövs betydligt bättre kunskap om de olika vårdalternativen som klienterna placeras i. Institutionspersonalen har troligen stor förtroghetskunskap om många HVB/behandlingshem eller öppenvårdsmottagningar. Som vi anar av bilaga 2 är det ett stort vårdlandskap socialtjänsten, LVM-personalen och klienten behöver hålla reda på. I en av fallstudierna nämndes HVB-guiden som ett hjälpmedel. När alternativen är många ökar behovet av strukturerad information. Behovet av omvärldskunskap och uppärbetande av kontakter med olika aktörer lär inte bli mindre om samverkan kring vården och eftervården ska förstärkas. Betydelsen av personlig kännedom ska heller inte underskattas, eftersom innehåll och kvalitet i olika vårdalternativ inte alltid går att utläsa på annat sätt. En konkret start är att få en bättre bild av vårdinnehållet som varje klient tar del av under sin § 27-placering. Det skulle vara en naturlig del av en bättre uppföljning av klienterna under deras § 27-placeringar, så som nämndes ovan. Fortfarande är det ganska svårt att få en bild av vad som faktiskt sker under en § 27-placering. Följestudien gav en del information om detta och utskrivningsintervjun innehåller potentiellt också mycket värdefull information om insatser under placeringen. Formuläret för utskrivningsintervjun har reviderats och förenklats från och med 2013. Det kan bli en än viktigare källa för kunskap om insatser under

§ 27-placeringen – som ändå behöver kompletteras med dokumentation från ansvarig vårdgivare. Det har gjorts många fältstudier av LVM-vården på själva institutionen – men studier av vardagen under § 27-tiden saknas i stor grad.

De utskrivningsintervjuer vi har använt som underlag innehåller ett mycket stort antal insatser som klienten kan välja mellan. Det stora antalet valmöjligheter innebär att många alternativ är snarlika och att det troligen inträffar en "trötthetseffekt" så att alternativen längre ned på listan inte väljs lika ofta. Men de resultat som framkom i delstudie IV visade att svarsfördelningen är ganska stabil för perioden som helhet. Andelen som svarade att de tagit del av en utredning av sitt missbruksproblem eller sin sociala situation såg dock ut att ha minskat över tiden. Det kan i så fall ha samband med att alla klienter numera ska erbjudas en LVM-utredning under tiden på institutionen. Insatser inom social färdighetsträning och gymnastik/idrott och fritid verkade däremot ha blivit vanligare. Andra vanliga insatser som nämndes var Återfallsprevention, rådgivande samtal, ekonomisk hjälp, arbetsträning samt hälso- och sjukvård. När det gäller skillnaden mellan könen kan noteras att kvinnorna i större utsträckning fick ekonomisk hjälp och tog del av strukturerade metoder som Återfallsprevention, 12-stepsprogram, kognitiv samtalsterapi och Motiverande samtal. Vi vet inte om detta beror på att kvinnorna erbjudits sådana insatser i högre grad eller om de i högre grad utnyttjat möjligheterna till olika insatser.

Socialtjänsten är som nämnts generellt nöjda med samarbetet kring en § 27-placering och institutionernas förmåga att motivera klienten till vård i annan form – men något mindre nöjda med institutionens uppföljning under placeringen. I utskrivningsintervjuer får även klienterna bedöma socialtjänstens, den placerande institutionens och den egna insatsen i samband med § 27-placeringen. Institutionens insats bedömdes klart mer positivt än socialtjänstens och klienterna var genomgående nöjda eller mycket nöjda med sin egen insats. Sammanfattningsvis ansåg fler klienter att placeringen varit till stöd/hjälp än motsatsen, men i den yngre åldersgruppen (18–29 år) bedömde nästan 40 procent av de som svarat att § 27-placeringen *inte* varit till stöd eller hjälp.

Andelen klienter som provar på vård i annan form är stabilt högt, och det i sig är en signal om att vårdformen är en etablerad och integrerad del av LVM-vården. Som vi har sett läggs det ned mycket tid och kraft från institutionerna, klienterna, socialtjänsten och andra vårdgivare på att förverkliga ambitionerna i 27 § LVM. De utvecklingsområden som vi framför allt lyft fram är behovet av mer positivt innehåll i de kontrakt som skrivs inför en § 27-placering. Det vill säga att det både framgår vilka insatser klienten ska eller bör få ta del av under LVM-tiden men även den närmaste tiden efteråt. Som Runquist (2012) påpekat läggs det oftast för lite kraft på exempelvis sysselsättning och boende efter ett tvångsomhändertagande, så som 30 § LVM föreskriver. Socialtjänsten borde således alltid vara en av undertecknarna på kontrakten. Ett kontrakt för livet gav ett tydligt avtryck på samverkan och utveckling av vårdkedjor men behöver utvecklas ett steg vidare. En annan viktig lärdom är att avbrott i en § 27-placering inte behöver ses som ett misslyckande utan snarare som en naturlig del av en återhämtningsprocess. Det kan vara viktigt att förmedla till klienten, till socialtjänsten, anhöriga – och till oss själva. Samtidigt finns det anledning att fundera på om det går att utveckla prognosti-

seringen av ett § 27-förlopp och jobba mer systematiskt med vårdavbrotten. Kan man genom att kategorisera placeringsförloppen identifiera typiska svårigheter och möjligheter? I utskrivningsintervjun tillfrågas klienterna om anledningen till eventuella avbrott – är det uppgifter som skulle kunna användas på ett mer systematiskt sätt? I anslutning till detta ligger också behovet av att belysa båda ”sena” och helt uteblivna § 27-placeringar. Ungefär en av fyra klienter vårdas inte i annan form under sin vårdtid, och det är angeläget att öka bevakningen av vilka dessa är och varför en placering inte kommer till stånd. Slutligen har vi sett att en § 27-placering också är en resa i ett myller av vårdalternativ. Kunskapen om det faktiska innehållet i vården och vad de olika alternativen står för är förmodligen en av de viktigaste formerna av omvärldsbevakning som sker och bör ske på operativ nivå. Att synliggöra och syna detta landskap på ett regelbundet sätt torde ge § 27-vården ännu mer tyngd som en särskild vårdform inom ramen för tvångsvården.

Att vårda en person utan samtycke är ett svårt uppdrag ur ett etiskt, juridiskt, kliniskt – och pedagogiskt perspektiv. Hur kan man förklara att en person ska motiveras till frivillig vård genom tvång? LVM-vården syftar alltså inte i första hand till att bota en människas missbruk utan att, genom behövliga insatser, motivera till fortsatt vård i frivilliga former. Förutom de rättssäkerhetsmässiga kontroller och prövningar som finns kring ett LVM-omhändertagande, inklusive en begränsning i den maximala vårdtiden, har lagstiftaren redan från starten försökt underlätta uppdraget att motivera till fortsatt vård genom att skriva in en ”tvingande möjlighet” till vård i öppnare former redan under LVM-tiden. Som vi har sett innebär denna ordning en ytterligare komplexitet i uppdraget, där många aktörer – inklusive klienten – blir parter i en förhandling. Vinsten är en ordning som är universell i sin karaktär och som kan bidra till en bättre vårdkedja samt en smidigare övergång från slutenvård till öppnare vård- och boendeformer.

Referenser

Berglund, M, Larsson Kronberg, M. (2004). ESS. *Eftervård i SiS södra region. Delrapport 2003–2004*. Lund: Länsstyrelsen i Skåne län.

Billquist, L, Skårner, A. (2009). *En påtvingad relation? Kontaktmannaskapets utövande och villkor inom LVM-vården*. Statens institutionsstyrelse: Forskningsrapport nr 4.

Domstolsverket (2012). *Remissyttrande över betänkandet Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17)*. Hämtad den 18 december 2012, från www.hogstaforvaltningsdomstolen.se.

Ekendahl, M. (2001). *Tvingad till vård – missbrukares syn på LVM, motivation och egna möjligheter*. Avhandling. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.

Ekendahl, M. (2007). Aftercare and compulsory substance abuse treatment: A venture with potential? *Contemporary Drug Problems* 34: 137–161.

Ekendahl, M. (2009). Alcohol abuse, compulsory treatment and successive aftercare: a qualitative study of client perspectives. *International Journal of Social Welfare* 18: 260–269.

Fäldt, J, Storbjörk, J, Palm, J, Oscarsson, L, Stenius, K. (2007). *Vårdkedjeprojektet. Tre utvärderingsperspektiv*. Statens institutionsstyrelse: Forskningsrapport nr 2.

Gerdner, A, Berglund, M. (2011). Tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet. I: *Missbruket, kunskapen, vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga*, SOU 2011:6.

Hajighasemi, A. (2008). *Ett kontrakt för livet. Utvärdering av en särskild satsning på missbrukarvården*. Statens institutionsstyrelse: SiS följer upp och utvecklar, nr 3.

Hajighasemi, A, Billsten, J. (2009). *Utvärdering av § 27-vård i SiS regi*. Statens institutionsstyrelse: Allmän SiS-rapport nr 5.

Johansson, G. (2000). *Tvång och tillit. LVM-vård som kulturell ingenjörskonst – exempel Hornö*. Statens institutionsstyrelse: Forskningsrapport nr 1.

Larsson Kronberg, M, Öjehagen, A, Berglund, M. (2005). Experiences of coercion during investigation and treatment. *International Journal of Law and Psychiatry* 28: 613–621.

Larsson Lindahl, M, Berglund, M, Tønnesen, H. (2013). Case management in aftercare of involuntarily committed patients with substance abuse. A randomized trial. *Nordic Journal of Psychiatry* 67: 197–203.

Lundeberg, IR, Mjåland, K, Søvig, KH, Nilssen, E, Ravneberg, B. (2010). *Tvang overfor rusmiddelavhengige. Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§6-2, 6-2a og 6-3*. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, rapport nr 2.

Missbruksutredningen (2010). *Bättre vård och stöd för individen. Om ansvar och tvång i den svenska missbruks- och beroendevården*. Diskussionspromemoria S2008:14.

NSPH (2012). Yttrande över betänkande – Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17). Hämtat den 19 december 2012, från www.nsph.se.

Proposition 1979/80:1 *Om socialtjänsten*.

Proposition 1981/82:8 *Lagen om vård av missbrukare i vissa fall*.

Proposition 1987/88:147 *Om tvångsvård av vuxna missbrukare, m.m.*

Proposition 2007/08:70 *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*.

Runquist, W. (2012). *Legitimering av tvångsvården. Klienter och deras socialsekreterare om LVM*. Avhandling, Lunds universitet, Socialhögskolan.

Socialdepartementet (2008). *Översyn av missbruks- och beroendevården*. Kommittédirektiv 2008:48.

Socialstyrelsen (2010). *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*. Artikelnr. 2010-6-32.

Socialstyrelsen (2012a). *Insatser år 2011 för vuxna med missbruks- och beroendeproblem och för övriga vuxna*.

Socialstyrelsen (2012b). Socialstyrelsens yttrande över SOU 2012:17. *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*. Hämtat den 18 december 2012, från www.socialstyrelsen.se.

SOSFS 2009:27 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*.

SOU 1986/87:8 *Socialutskottets betänkande om vård av missbrukare*.

- SOU 1987:22 *Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget. Betänkande av socialutredningen.*
- SOU 1987/88:25 *Socialutskottets betänkande om tvångsvård av vuxna missbrukare.*
- SOU 2004:3 *Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård.*
- SOU 2011:6 *Missbruket, kunskapen, vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga.*
- SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individens kunskapen och ansvaret.*
- SOU 2012:17 *Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd.*
- Statens institutionsstyrelse (2007). DOK SiS avslutning. Intranätet.
- Statens institutionsstyrelse (2008). *Slutrapport Vårdkedjeprojektet.* Tillgänglig på www.stat-inst.se.
- Statens institutionsstyrelse (2010). MVG. En förstärkt vårdkedja inom ungdomsvården. Tillgänglig på www.stat-inst.se.
- Statens institutionsstyrelse (2012a). *Personer intagna på LVM-institutioner 2011. En sammanställning av DOK inskrivningsintervju.* Institutionsvård i fokus nr. 12.
- Statens institutionsstyrelse (2012b). LVM-pärmen. Intranätet.
- Statens institutionsstyrelse (2012c). KIA. Intranätet.
- Statens institutionsstyrelse (Olika år). *Årsredovisning.*
- Statens institutionsstyrelse (Olika år). *Socialtjänstenkäten.*
- Statens institutionsstyrelse (Olika år). *SiS årliga statistik.*
- Svensson, B. (2001). *Vården bakom låsta dörrar. Lunden, ett LVM-hem för kvinnor.* Statens institutionsstyrelse: Forskningsrapport nr. 1.
- Svensson, B. (2003). *Knarkare och plitar. Tvångsvården inifrån.* Stockholm: Carlssons bokförlag.
- Svensson, B. (2010). Escapes from compulsory treatment. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 27: 47–62.

Svensson, G. (2012). *Högsta förvaltningsdomstolen och tvångsvård. Om betydelsen i rättssäkerhetshänseende av domstolens domar angående LVU och LVM*. Stockholm: Norstedts Juridik.

Sveriges kommuner och landsting, SKL. (2012). SKLs yttrande över *Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd* (SOU 2012:17). Hämtat den 19 december 2012, från www.skl.se.

Bilaga I: Mallar för behandlingsplaner/ kontrakt vid § 27-placeringar

SiS LVM-hem Ekebylund/Östfora

SiS LVM-hem Fortunagården

SiS LVM-hem Gudhemsgården

SiS LVM-hem Hessleby

SiS LVM-hem Hornö

SiS LVM-hem Lunden


SiS LVM-hem Rebecka

SiS LVM-hem Renforsen

SiS LVM-hem Runnagården

SiS LVM-hem Rällsögården

SiS LVM-hem Älvgården

	<p align="center">27 § LVM överenskommelse och vårdkedja</p>
<p>SiS LVM-hem Ekebylund/Östfora Avd. Ekebylund Skånela 195 96 ROSERSBERG</p>	<p>Vid återfall i missbruk under placeringen kontaktas ansvarig på Ekebylund, dygnet runt, på telefonnummer 08-594 306 00.</p>

<p>Klientens namn och personnummer: Klient Klientsson xxxxxx-xxxx</p>	<p>Klientens adress och telefonnummer:</p>
<p>Namn på vårdgivare eller motsvarande under placering:</p>	<p>Adress till vårdgivare:</p>
<p>Kontaktperson hos vårdgivaren under placering:</p>	<p>Telefonnummer:</p>
<p>Kommun och adress till socialkontoret:</p>	<p>Handläggarens namn, telefonnummer, fax:</p>
<p>Kontaktperson på institutionen:</p>	<p>Telefonnummer och fax:</p>
<p>27 § LVM-placeringen påbörjas:</p>	<p>27 § LVM-placeringen avslutas:</p>

A. Planerad vård i annan form enligt 27 § LVM

- Behandling:** Behandling, regler och förhållningssätt på behandlingshemmet ska följas.
- Mediciner:** Se bifogad medicinlista. Medicinska förändringar får endast ske i samråd med Ekebylund/Östfora.
- Drogtest:** Enligt vårdgivarens rutiner.
- Uppföljning/telefonkontakt:** Kontaktpersonen från Ekebylund/Östfora ringer varannan vecka under placeringen, uppföljningen

dokumenteras i Ekebylund/Östforas journalsystem. Utskrivnings-DOK genomförs av kontaktperson från Ekebylund/Östfora i samband med utskrivning.

Tillfälliga ledigheter: Om permission blir aktuellt skall dessa ske i samråd med socialtjänst och Ekebylund/Östfora. Permissioner ska vara välplanerade och ha ett syfte. Vistelseadress måste framkomma och utandningsprov bör lämnas under permissionen.

Eftervårdsplanering: Här redogörs för planeringen för tiden efter avslutat LVM.

Överenskommelse:

Under placeringstiden gäller fullständig alkohol- och drogfrihet. Om återfall i missbruk uppstår, nyttjande av mediciner som ej förskrivits eller godkänts av Ekebylund/Östforas läkare, avvikning eller annan avvikelse från behandlingsplanen ska Ekebylund/Östfora omedelbart underrättas. Ekebylund/Östfora beslutar om eventuellt återkallande av klienten. Klienten är inskriven på Ekebylund/Östfora så länge LVM gäller och institutionen har behandlingsansvaret. Vårdgivare under § 27-tiden medverkar till att Ekebylund/Östfora kan genomföra slutdokumentation vid vårdtidens slut.

- Följa regler och delta i programverksamhet under placeringen.
- Fortsatt kontakt med kontaktperson på Ekebylund/Östfora.
- Vara nykter och drogfri under placeringen. Blåsa i alkometer samt lämna urinprov vid anmodan för att säkerställa nykterhet och drogfrihet.
- Och så vidare ...


***Denna överenskommelse görs mellan följande parter:
Ekebylund/Östfora behandlingshem ÅÅÅÅ-MM-DD***

Klient Klientsson

Behandlingssekreterare

Socialtjänsthandläggare

Behandlingsansvarig

	<h2>LVM § 27 Kontrakt</h2>
Fortunagården Doktorsgatan 331 52 VÄRNAMO	Placering:

Klientens namn och personnummer:	Adress och telefonnummer:
Namn på vårdgivaren (eller motsv.) under § 27:	Adress:
Kontaktperson hos vårdgivaren under § 27:	Telefonnummer:
Kommun och adress till socialkontoret:	Handläggarens namn, telefonnummer, fax:
Kontaktperson på LVM-hemmet:	Telefonnummer och fax:
LVM § 27 påbörjas:	LVM § 27 avslutas:

A. Planerad vård i annan form enligt § 27 LVM

Överenskommelse:

Under § 27-tiden gäller fullständig alkohol- och drogfrihet. Om återfall i missbruk uppstår, nyttjande av mediciner som ej förskrivits eller godkänts av Fortunagårdens läkare sker, avvikning eller annan avvikelse från behandlingsplanen görs ska LVM-hemmet omedelbart underrättas. LVM-hemmet beslutar om eventuellt återkallande av klienten. Klienten är inskriven på LVM-hemmet så länge LVM gäller och behandlingsansvaret åvilar LVM-hemmet. Vårdgivare under § 27-tiden medverkar till att LVM-hemmet kan genomföra slutdokumentation och tester vid vårdtidens slut.

Behandling: Behandling, regler och förhållningssätt på behandlingshemmet ska följas.

Mediciner: Se bifogad medicinlista. Medicinska förändringar får endast ske i samråd med Fortunagården.

Drogtest: Enligt behandlingshemmets rutiner.

Behandlingsplan: Övrig behandlingsplanering: se bifogad behandlingsplan. Behandlingsplanen revideras på behandlingskonferenserna.

Uppföljning: En avslutande behandlingskonferens hålls på behandlingshemmet med klient, socialsekreterare, kontaktperson på behandlingshemmet, kontaktperson på Fortunagården och ev. annan berörd part närvarande.

Telefonkontakt: Kontaktpersonen på Fortunagården har telefonkontakt med Klient en gång/veckan under grundbehandlingen (första fyra veckor). Därefter har kontaktperson telefonkontakt med Klient varannan vecka.

Tillfälliga ledigheter: Tillfälliga ledigheter sker i samråd med kontaktpersonen på Fortunagården och syfte och tidpunkt ska alltid meddelas Fortunagården.

Planerad
eftervård:

Underskrifter:

Värnamo

Värnamo

Klient

Institutionschef

LVM-hemmet Gudhemsgården

Behandlingsplan vid 27 § LVM-placering

Namn:

Personnummer:

LVM-dom påbörjades:

27 § LVM startar:

LVM-dom beräknas sluta:

Vistelseadress:

Telefon:

Kontaktperson:

Telefon:

Gällande behandlingsplan:

Kriminella handlingar/nyttjande av ej föreskriven medicin/alkohol-, narkotikabruk medför att behandlingsplan för 27 § LVM-placering har brutits. I de fall klienten lämnar urinprov för droganalys eller utandningsprov för alkohol måste Gudhemsgården omedelbart meddelas ifall provsvar visar sig innehålla otillåtna preparat. Medicinska förändringar under 27 § LVM-tiden skall **endast** ske i samråd med Gudhemsgårdens läkare, telefon: 0515-897 14.

Bryts behandlingsplanen så skall Gudhemsgården omedelbart meddelas detta. Gudhemsgården skall fortlöpande informeras om hur behandling och planering fungerar för klienten. Information ska bland annat ske som skriftlig redogörelse en gång/månad. Gudhemsgården betalar inga vårdkostnader under 27 § LVM-placeringen.

Socialsekreterare:

Telefon:

Mejladress:

Behandlingssekreterare:

Telefon:

Mejladress:

Kontaktpersoner:

Telefon:

Mejladress:

Gudhemsgården, den:

Klient

Socialsekreterare

Kontaktperson
Gudhemsgården

LVM-hemmet Hessleby

Hessleby har ingen direkt mall för § 27-kontraktet men ett typiskt avtal/en typisk plan innehåller följande uppgifter:

Behandlingsplan § 27-placering för Klient Klientsson (personnr)

Klient Klientsson är beviljad vård i annan form enligt § 27 LVM from ÅÅÅÅ-MM-DD till och med ÅÅÅÅ-MM-DD.

Klient kommer att vara placerad på:

Adress:

Följande överenskommelse gäller för Klient Klientsson:

Det är Hesslebys läkare Dr. NN som är medicinskt ansvarig och ska konsulteras vid eventuella medicinändringar. Om Klient bryter mot kontraktet ska SiS LVM-hem Hessleby omedelbart underrättas varvid han kan komma att begäras åter.

Klient Klientsson

Avdelningsföreståndare

§ 27-placeringen

Handläggare

Behandlingsplan vid § 27-placering

Namn:

Personnummer:

LVM-dom påbörjas: LVM-dom beräknas sluta:

LVM § 27 startar:

Vårdform

Behandlingshem

Familjehem

Inackorderingshem

Eget boende

Vistelseadress:

Telefon:

Kontaktperson:

Telefon:

Gällande behandlingsplan:

Kriminella handlingar/nyttjande av ej föreskriven medicin/alkohol-, narkotikabruk medför att behandlingsplanen för § 27-placeringen brutits.

I de fall klienten lämnar urinprov för droganalys eller utandningsprov för alkohol måste SiS LVM-hem Hornö omedelbart meddelas då provsvar visar sig innehålla otillåtna preparat.

Medicinska förändringar under § 27-tiden får endast ske i samråd med SiS LVM-hem Hornö.

§ 27-enhetens personal (namn)ansvarar för att klienten (tid och rum) tillsammans med personal (namn)på SiS LVM-hem Hornö genomför DOK-ut datum/tid.....

Bryts behandlingsplanen så ska SiS LVM-hem Hornö omedelbart informeras.

Hornö ska fortlöpande informeras om hur behandling och planering fungerar för klienten.

Information ska bland annat ske som skriftlig redogörelse en gång/månad.

SiS LVM-hem Hornö betalar inga vårdkostnader under § 27-placeringen.

Berörd socialtjänst har informerats om att Hornö debiterar full avgift högst åtta dygn vid avbruten placering.

Vårdstället för aktuell § 27-placering debiterar ____ dagars uppsägningstid vid avbruten placering.

____ Planering finns efter LVM:s upphörande. Kort beskrivning nedan:

Socialsekreterare:

Telefon:

Mobil:

SiS LVM-hem Hornö, den:

Klient

Socialsekreterare

Kontaktperson Hornö

Mottagande § 27-enhet

Ev. övrig

Ev. övrig

I de fall klienten lämnar urinprov för droganalys eller utandningsprov för alkohol måste SiS LVM-hem Hornö omedelbart meddelas då provsvar visar sig innehålla otillåtna preparat.

Medicinska förändringar under § 27-tiden får endast ske i samråd med SiS LVM-hem Hornö.

§ 27-enhetens personal (namn)ansvarar för att klienten (tid och rum) tillsammans med personal (namn)på SiS LVM-hem Hornö genomför DOK-ut datum/tid.....

Bryts behandlingsplanen så ska SiS LVM-hem Hornö omedelbart informeras.

Hornö ska fortlöpande informeras om hur behandling och planering fungerar för klienten.

Information ska bland annat ske som skriftlig redogörelse en gång/månad.

SiS LVM-hem Hornö betalar inga vårdkostnader under § 27-placeringen.

Berörd socialtjänst har informerats om att Hornö debiterar full avgift högst åtta dygn vid avbruten placering.

Vårdstället för aktuell § 27-placering debiterar ____ dagars uppsägningstid vid avbruten placering.

____ Planering finns efter LVM:s upphörande. Kort beskrivning nedan:

Socialsekreterare:

Telefon:

Mobil:

SiS LVM-hem Hornö, den:

Klient

Socialsekreterare

Kontaktperson Hornö

Mottagande § 27-enhet

Ev. övrig

Ev. övrig

Förutsättningar för vård i annan form avseende:

Handläggande socialsekreterare:

Namn

Adress

Telefonnummer

LVM påbörjat på LVM-hemmet Lunden

Beräknat slutdatum för LVM är

Vistelse enligt § 27 LVM kommer att vara:

Namn

Adress

Telefonnummer

I samråd med handläggande socialsekreterare och den berörde enligt § 28 LVM har beslutats att ... skriva ut ... till vård i annan form enligt § 27 LVM till ... Under sin vistelse på ... skall ... följa de regler och rutiner som gäller där.

... skall vid misstanke av drogintag lämna övervakade urinprov för droganalys, samt utandningsprov om alkoholberoende är aktuellt.

All eventuell ledighet skall planeras i samråd med personal på LVM-hemmet Lunden.

Om ovanstående planering inte följs eller om ... återfaller i missbruk kan föreståndaren vid LVM-hemmet komma att besluta om återintag på LVM-hemmet Lunden.

Kontaktperson: namn och telefonnummer.

Underskrifter:

Klient

Socialsekreterare

Föreståndare

Representant från § 27-inrättningen

SiS LVM-hem Rebecka!

Information om rutiner vid vård enligt § 27 LVM NN 00000000-0000

NN som vårdas vid SiS LVM-hem Rebecka enligt LVM kommer att skrivas ut från institutionen ÅÅÅÅ-MM-DD, således upphör vården enligt § 27 LVM. Detta förutsatt att NN kvarstannar på behandlingshemmet XX, fram till utsatt datum och fullföljer sin kontakt på XX 1 ggr/vecka för urinprov/droganalys och medicinkoncentration. Vid eventuell avvikning kommer tiden för NNs vård enligt LVM att framskjutas beroende på antal dagar hon är avviken.

Vid drogpåverkan eller avvikning ska SiS LVM-hem Rebecka omedelbart kontaktas på telefon: 08-564 225 00 (dygnet runt). NN ska då återföras till SiS LVM-hem Rebecka, varför en polishandräckningsbegäran kommer att göras av densamma.

NNs kontaktpersoner vid SiS LVM-hem Rebecka är:

Kontaktpersonerna vid SiS LVM-hem Rebecka kommer att ha kontinuerlig kontakt med behandlingshemmet under § 27-placeringen i syfte att följa upp vården.

Planering för eventuella ledigheter/permissioner gör behandlingshemmet XX tillsammans med socialtjänsten efter bedömning att NN befinner sig i rätt fas i behandlingen. Under § 27-placering ska en månadsrapport av NNs vård och behandling vid XX sammanställas och skickas via e-post (avidentifierat) eller brev till SiS LVM-hem Rebecka. Syftet är att följa upp och dokumentera pågående vård enligt § 27 LVM, vilket SiS LVM-hem Rebecka har en skyldighet att göra.

LVM-hemmet Renforsen

Plan för vård i annan form

Enligt 27 § LVM

Upprättat för:

Personnummer:

Lagrum: NN är placerad enligt 4 § LVM under tiden
ÅÅÅÅ-MM-DD till ÅÅÅÅ-MM-DD

27 § LVM påbörjas:

27 § LVM avslutas:

Syfte 27 § LVM:

Boende:

Överenskommelse: NN ska följa och respektera de regler och rutiner som finns på [mottagande enhet].

Under 27 § LVM-placeringen gäller fullständig drog- och alkoholfrihet.

NN kommer att vid misstanke om påverkan att få lämna urinprov/utandningsprov på begäran från personal.

Provresultat meddelas till Renforsen per telefon, vid positivt resultat meddelas det direkt.

Sysselsättning:

Ledigheter/förändringar: Alla eventuella ledigheter/förändringar ska ske i samråd med SiS LVM-hem Renforsen samt socialtjänsten.

Medicinsk kontakt: All medicinering ska ske i samråd med Renforsens sjuksköterska och läkare.

Uppföljning från hemkommunen: Socialtjänsten ansvarar för att ha kontinuerlig kontakt med NN samt följa upp vården och behandlingen. Socialtjänsten och SiS LVM-hem Renforsen ansvarar tillsammans för att hålla

kontakten med varandra under 27 § LVM-tiden.

**Uppföljning från
SiS LVM-hem Renforsen:**

Kontaktpersoner från SiS LVM-hem Renforsen kommer att höra av sig till NN samt personal på [mottagande enhet] varje vecka.

Kontraktsbrott:

Om NN skulle återfalla i missbruk eller på annat sätt inte följa ovanstående planering under 27 § LVM-tiden ska SiS LVM-hem Renforsen omedelbart kontaktas för åtgärd och eventuellt återtagande.

Uppföljningssamtal:

Avslutningssamtal planeras in:
Ut-Dok planeras in:

Kontaktlista:

SiS LVM-hem Renforsen:

Avdelningsföreståndare:

Kontaktpersoner:

Sjuksköterska:

Socialsekreterare:

27 § LVM-boendet:

Klienten (om klienten får ha mobil):

Jag har läst igenom innehållet och godkänner detta:

SiS LVM-hem Renforsen ÅÅÅÅ-MM-DD

Klientens namn

Socialsekreterare

Kontaktperson SiS LVM-hem Renforsen

Institutionschef SiS LVM-hem
Renforsen

LVM-hemmet Runnagården

Överenskommelse vid placering jml § 27 LVM för Klient Klientsson (personnr)

Datum för § 27-placering: ÅÅÅÅ-MM-DD

Slutdatum för LVM: ÅÅÅÅ-MM-DD

Placerande kommun:

Socialsekreterare:

Medhandläggare:

Eventuell resursperson på kommunen:

Ansvarig behandlingssekreterare på Runnagården:

Chefsberedskap:

Sjuksköterska:

Placering:

Din LVM-vård kommer nu att övergå till en placering jml § 27 LVM. Det innebär att vården fortsätter under andra, öppnare och mer individuellt anpassade former. Du är fortsatt inskriven på Runnagården under hela LVM-tiden. Om du återfaller eller om din planering inte följs, återkommer du till Runnagården.

Följande gäller under § 27-tiden:

Klient ska vara fortsatt nykter och drogfri.

Nykterheten kontrolleras:

Behandling:

Runnagården och socialtjänsten håller kontinuerlig kontakt under § 27-vistelsen. Om planeringen inte följs kontaktas Runnagården för samråd om vilka åtgärder som bör vidtas. Klient återförs till Runnagården vid återfall, eller vid problem som inte kan lösas på hemmaplan.

Underskrift:

Runnagården ÅÅÅÅ-MM-DD

Klient Klientsson

Behandlingssekreterare

LVM-hemmet Rällsögården

Klients LVM § 27-kontrakt

Upprättat för: Klient Klientsson
Personnummer: xxxxxx-xxxx

LVM § 27 påbörjas: ÅÅÅÅ-MM-DD
LVM § 27 avslutas: ÅÅÅÅ-MM-DD

Behandlingsrekommendation inför § 27 LVM:

Att Klient ska fortsätta arbeta med sin missbruksproblematik under mer öppna förhållanden och på sin nya bostadsort.

Boende:

Behandlingsinsatser:

Sysselsättning:

Ledigheter: Samtliga eventuella ledigheter ska samplaneras mellan Rällsögården och socialtjänsten. Inga ledigheter beviljas under den första månaden av § 27-placeringen. Ansökan tas upp för bedömning på Rällsögårdens behandlingskollegium som sker: Måndagar 13.30–15.00

Medicinsk kontakt: All medicinering under § 27 LVM-placeringen ska ske i samråd med Rällsögårdens sjuksköterska och läkare.

Uppföljning från hemkommunen: Socialtjänsten ansvarar för att ha kontinuerlig kontakt med Klient och att följa upp behandlingen under hela § 27-placeringen.

Uppföljning från Rällsögården: Klient ska inom ramen för LVM-vården kontakta sin behandlingssekreterare eller kontaktperson på Rällsögården varje onsdag. Socialtjänsten eller kontaktperson för § 27 LVM-placeringen ska kontakta Rällsögården om brott i upprättat kontrakt sker, eller misstanke om återfall föreligger.

Överenskommelse:

Under § 27 LVM-placeringen gäller fullständig alkohol- och drogfrihet. Utandningsprov och urinprov ska ske tre dagar i veckan. Utandningsprov och urinprov ska lämnas.

Uppföljningsmöte:

Ett uppföljningsmöte med Klient, socialtjänst och Rällsögården är inbokat den ÅÅÅÅ-MM-DD.

Avslutningsmöte:

Ett avslutningsmöte planeras i samråd med Klient, Socialtjänst och Rällsögården vid uppföljningsmötet.

Kontakter**Rällsögården:****Avdelningsföreståndare:****Behandlingssekreterare:****Ansvarig sjuksköterska:**

SiS LVM-hem Rällsögården
Rällsögården 106
714 93 Kopparberg
Telefon: 0580-422 00
Fax: 010-45 35 710

Socialsekreterare:**Kontaktperson
(för § 27-placeringen):****Överenskommelse träffad av:**

Rällsögården ÅÅÅÅ-MM-DD

Klient Klientsson

Avdelningsföreståndare Rällsögården

Socialsekreterare

Kontaktperson vid placeringen

Behandlingssekreterare Rällsögården

SiS LVM-hem Älvgården

ÖVERENSKOMMELSE

Namn och personnummer	Adress och telefonnummer
Namn på HVB-hem, familjehem eller annat	Adress och telefonnummer
Socialtjänst	Handläggare, telefonnummer, fax
Kontaktperson Älvgården	Telefonnummer och fax

Följande överenskommelse görs mellan nedanstående parter:

1. Behandling

Klienten ska följa det behandlingsprogram som finns på § 27-placeringen.

2. Drogtest

Klienten ska då personalen på § 27-placeringen ber honom lämna urinprov och utandningsprov.

3. Övrig uppföljning under placeringen

Klienten och kontaktpersonen på Älvgården ska ha kontakt var 2 ggr/mån för avstämning. Kontaktpersonen kommer även ha kontakt med handläggaren och kontaktpersonen på § 27-placeringen.

4. Regler för permission

Om permission blir aktuellt skall dessa ske i samråd med § 27-placeringen, socialhandläggare och Älvgården. Permissioner ska vara välplanerade och ha ett syfte. Personer som berörs under permissionen ska vara underrättade och ha godkänt att Klient kommer till dem. Den första permissionen är endast över dagen. Under permissioner ska Klient ha daglig kontakt med § 27-placeringen.

5. Missbruk m.m.

Vid återfall i missbruk, avvikning eller annan avvikelse från kontraktet skall Älvgården omedelbart underrättas och om så bedöms nödvändigt skall Klient återföras till Älvgården.

6. Regler

Följa de regler och rutiner som finns på § 27-placeringen.

7. Efter LVM

När LVM-tiden är slut, beräknat slutdatum ÅÅÅÅ-MM-DD, upphör LVM och därmed Älvgårdens ansvar.

8. Övrigt

Förändringar i den läkemedelsassisterande behandlingen görs i samråd med LVM-hemmet Älvgården. Vid LVM-tidens slut kommer Klient att kontaktas för en utskrivningsintervju.

Älvgården

Klient Klientsson

Socialtjänsten

§ 27-placeringen

Bilaga 2:

Vårdalternativ som använts under placeringar enligt 27 § LVM under perioden januari – juni 2012

Aaronsgården
Aktiv omsorg boendestöd
Aldro Institutet
Aleforshemmet
Alfgruppen
Almnäs
Alpklyftan
Annebergs behandlingshem
Bandhagshemmet
Basta behandlingshem
Bergslagsgården
Bodafors behandlingshem
Boendetrappan
Brunnsgården
Bryggans behandlingshem
Cognito behandlingshem
Edshemmet
Ekbacka
Eken Utslussningshem i Flogby
Ekliden
Ekängen
Elfsborgs behandlingshem
En trappa upp – öppenvård
Faster Vera
Fredriksborgs Gård
FRIAB

Grenhults stödboende
Grimmereds behandlingshem
Gullberna Park behandlingshem
Hatten – öppenvård
HERA
Icuro behandlingshem
Ingsered behandlingshem
IRIS Enköping
IRIS Grillby
Jabboks Vad behandlingshem
JN Utveckling
KBT Mälardalen
Kedjan – öppenvård
Kolamora behandlingshem
Kosaröd behandlingshem
Kraftverket behandlingshem
K-Rehab Gävle
Krinolinen
Krukis
Kurön behandlingshem
Kvarnlyckans behandlingshem
Lejongård
Leva gruppen i Hudiksvall
Lindegården
Linnéahemmet
Ljungkullens vårdhem
LP-stiftelsen
Långstorps behandlingshem
Lönneren behandlingshem
Lövången behandlingshem
Maskrosens behandlingshem
Mjösjö gårds behandlingshem
Målet
Måvikens behandlingshem
Mälardalens familjehem
Nya tag i Göteborg

Nygårdens behandlingshem
Nylösagården
Nylösehemmet
Nämndemansgården
Nätet boendestöd
Oasen behandlingshem
Phenix – öppenvård
Prokrami
ProVitae behandlingshem
Rainbow behandlingshem
Ramlösa
Ranarps behandlingshem
Rapsängens stödboende
Rebo i Göteborg
Riahemmet
Rockesholm behandlingshem
RPÖV
Rubinens behandlingshem
Russinbackens behandlingshem
Rådgivningscentrum i Stora Leverne
Sauna behandlingshem
Sensus behandlingshem
Simlångsgården
Skolberga behandlingshem
Skutskärs behandlingshem
Skyddsvärnet
Self Help
Spångagården
Stadsmissionen i Motala
Stadsmissionen Stigbo
Steget – öppenvård
Strandhagen
Stödboendet Källan
Svenska Revansch
Sävik behandlingshem
Sävsjöviks familjehemsorganisation

Tamira
Temabo
Tingsryds behandlingshem
Tre-O behandlingshem
Träffpunkten
Ulfshyttans behandlingshem
Villa Godzilla
Villa Karin
Villa Vita
Villa Örelid
VillaBoCilla
Visättra behandlingshem
Vändpunkten i Borlänge
Värtahemmet
Västsura Herrgård
Wäxthuset
Älvtorps vårdhem
Änglamarks behandlingshem
Ängsätra
Öjersjö behandlingshem

Produktion och tryck: Ineko AB. 2014. Arb.nr: 207665.



Miljömärkt trycksak, 341 142

Att vårda en människa utan samtycke är ett långtgående ingrepp i dennes liv, och vistelsen i slutna eller låsta former bör därför begränsas. Sedan lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) infördes har det funnits en möjlighet att erbjuda klienter som tvångsvårdas för sitt missbruk så kallad vård i annan form, enligt 27 § LVM. Detta innebär att klienten fortfarande är inskriven i LVM-vården men att han eller hon vårdas i öppnare former utanför institutionen.

Rapporten är resultat av ett utvecklingsprojekt med syfte att från olika håll belysa vård i annan form (så kallad § 27-vård). Inledningsvis ges en historisk översikt över hur vård i annan form reglerats i lagen, och en jämförande analys av vård i annan form enligt LVM och öppen psykiatrisk tvångsvård. Därefter presenteras ett antal studier och utredningar som har berört vård i annan form. I en tredje delstudie redovisas § 27-vårdens omfattning och innehåll närmare, bland annat uppgifter om typer av placeringar under vård i annan form, antal sådana vistelser under samma LVM-period och vistelsetid på institutionen innan första § 27-placering. Vidare beskrivs processen vid en § 27-placering – generellt och i form av fallstudier från 2012. I en avslutande delstudie presenteras socialtjänstens och klienternas syn på vård i annan form utifrån dels de enkäter som skickats till ansvarig socialsekreterare efter varje avslutad placering, dels utskrivningsintervjuer som genomförts med klienterna.

Rapporten avslutas med en sammanfattning av resultaten och en diskussion om vilka reflektioner och lärdomar de kan bidra till.

ISBN 978-91-87053-23-8