

Ett kontrakt för livet

Utvärdering av en särskild satsning på missbrukarvården

Ali Hajighasemi

Ett kontrakt för livet

Utvärdering av en särskild satsning på missbrukarvården

Ali Hajighasemi

Författarpresentation

Ali Hajjighasemi, har en PhD från University of Durham, England. Avhandlingens titel är *The Transformation of the Swedish Welfare System: Fact or Fiction?* (2003). Vid Södertörns högskola ledde han åren 2003–2005 utvärderingen av storstadssatsningen i de tre södertörnskommunerna Haninge, Huddinge och Södertälje och publicerade flera utvärderingsrapporter. Under 2006 var han verksam vid TCO:s utredningsavdelning där han genomförde en komparativ studie av välfärdssystemen i fyra europeiska länder.

Beställs genom Statens institutionsstyrelse SiS
Rapport 3/08
ISSN 1403-1558

Tryck: Edita Stockholm 2008

Förord

Statens institutionsstyrelse, SiS, har haft regeringens uppdrag under åren 2005–2007 att inom ramen för den vård som ges med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) ge socialnämnden ekonomiskt stöd för den vård som bedrivs enligt 27 § LVM. Satsningen fick namnet *Ett kontrakt för livet*. Syftet var att förstärka missbrukarvården och skapa bättre förutsättningar för fler kvalificerade och långsiktiga vårdinsatser. Satsningen omfattade vårdkedjans alla delar utan att få kostnadsdrivande effekter på missbrukarvården. De stödformer som SiS ansåg vara kvalificerande för stöd var dygnsvård vid HVB-hem eller familjehem och behandlingsinsatser i öppna former. Enligt uppdraget utgick stöd även vid vård enligt 27 § LVM i SiS regi.

Innehållsmässigt utformades projektet så att varje klient som skrevs in på SiS institutioner fick erbjudandet att ingå i satsningen. En överenskommelse träffades mellan den intresserade klienten, socialtjänsten och SiS-institutionen med en planering för såväl vården i annan form jml 27 § LVM som för en 6-månaders eftervård. Totalt har drygt 1300 vårdöverenskommelser tecknats under projekttiden till och med mars månad 2008. I genomsnitt tecknade kommunerna avtal för 63 procent av de klienter som placerades jämlikt LVM. Drygt hälften av dem fullföljde såväl 27 § LVM-vården som den planerade eftervården och ytterligare en fjärdedel genomförde delar av den planerade vården. Två tredjedelar av deltagarna sade sig vara missbruksfria eller hade missbrukat en dag i veckan eller mindre under 6 månader efter avslutad LVM-vård. De som hade valt ett eftervårdsalternativ på ett behandlingshem genomförde sin planerade vård och var missbruksfria i större utsträckning än de som deltog i öppenvård. De missbruksfria hade också ordnat boende och sysselsättning vid uppföljningen betydligt oftare än de som fortsatte att missbruka.

Satsningen har haft positiva effekter i form av förbättrad samverkan mellan klienter, socialtjänst och SiS. Det nära samarbetet har bidragit till en positivare syn på LVM-vården. Det totala antalet intagna på LVM-hem har ökat med en fjärdedel och fler akutplacerade har blivit kvar för fortsatt vård än vad som varit fallet åren innan denna satsning. Det ekonomiska stödet har medfört att fler klienter än tidigare har fått ta del av strukturerad eftervård. Vårdkostnaderna har inte ökat som följd av satsningen.

Föreliggande rapport utgör satsningens slutrapport. Den är skriven av Ali Hajighasemi. Sofie Mörner har medverkat i framställningen av dataunderla-

get. Projektarbetet har genomförts på SiS huvudkontor av Martha Kesthely, Janne Koskinen och Cecilia Sköld. Martha Kesthely utformade det utvärderingsinstrument som använts i projektet.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ewa Persson Göransson'. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Ewa Persson Göransson
Generaldirektör

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	7
1 Inledning	9
Bakgrund	9
Syfte och frågeställningar	13
Disposition	13
Metod och genomförande	14
SiS klient- och institutionsadministrativa system, KIA	15
Särskild socialtjänstenkät	15
DOK-systemet	15
Intervjuer med verksamhetsföreträdare	17
Tremånadersuppföljningen	17
Uppföljning och utvärderingens genomförande	19
2 Tidigare uppföljningar	21
Eftervårdens betydelse	23
Brukarperspektiv och vårdkedjetänkande	24
Kontinuitet och integrering av vården	26
Evidensbaserad vård	27
3 Projektorganisationen	29
Informationsspridning	30
Handläggningsförfarandet	31
Finansiering	32
Ekonomi/subventioner	33
Sammanfattning av projektorganisationen	33
4 Projektets resultat	35
Fler tunga missbrukare får LVM	35
Klienter med överenskommelser	37
Kommunerna om projektet	40
Klienterna om § 27-vården	43
Utskrivning från LVM-hem	44
Eftervård (vård efter avslutad LVM)	45
Klienterna om eftervården	46
Missbruket	47

Klienternas situation sex månader efter LVM-vården	54
Socialtjänstens och klienternas synpunkter på Ett kontrakt för livet	58
Sammanfattning av resultaten	60
5 Kostnadsdrivande effekter av Ett kontrakt för livet	63
Dygnskostnader	64
6 Samarbetet med socialtjänsten och vårdprocessens strukturering	66
Förändringar i § 27-vården	68
Eftervården i kontrakten	71
Boendet – den stora kostnaden i eftervården	73
Kritiska synpunkter	73
Avslutande diskussion	75
Sammanfattning	80
Referenser	84
Bilaga 1: Ett kontrakt för livet: Överenskommelse	87
Bilaga 2: Den särskilda socialtjänstenkäten	94
Bilaga 3: Tremånadersuppföljningen	98
Tabeller	101
Täckningsgrad, DOK vid inskrivning	101
Täckningsgrad, DOK vid utskrivning	101
DOK-uppföljningsintervjuer med klienter utskrivna maj–juli 2007	102
Lagrum vid utskrivning från LVM	102
Utskrivna efter vård enligt 4 § LVM ...	103
Utskrivningar efter hemkommunens länstillhörighet ...	104

Sammanfattning

Ett kontrakt för livet syftade till att förbättra vården för missbrukare och att åstadkomma varaktiga förändringar i missbrukssituationen. Enligt uppdraget skulle SiS stimulera landets kommuner att aktivt medverka i långsiktig vårdplanering. Ambitionen var att skapa strukturella förändringar i vården genom ett förbättrat samarbete mellan klienter, socialtjänsten och SiS.

Drygt 1300 klienter har fått möjlighet att prova vård i annan form med stöd av 27 § LVM. Genom en överenskommelse om sex månaders eftervårdsinsatser efter LVM får socialtjänsten subventionerad vårdavgift för § 27-vården. Åren 2004–2007 ökade antalet LVM-klienter med 26 procent, från 862 till 1086. Under 2007 övergick fler akuta placeringar till vård jml 4 § LVM jämfört med 2004. Åren 2006–2007 tecknades överenskommelse för ca 70 procent av klienterna.

Satsningens utvärdering omfattar tre huvudsakliga datakällor; SiS eget klient- och institutionsadministrativa system (KIA), SiS bedömnings- och uppföljningsinstrumentet DOK samt en särskild enkät till socialsekreterarna till 770 klienter inom *Ett kontrakt för livet*. Klienter och socialtjänsten följdes upp 6 månader efter avslutad LVM-vård. Täckningsgraden för uppföljningsintervjuerna med klienterna var 72 procent och för socialtjänstenkäten 78 procent, vilket ger en god tillförlitlighet i resultaten.

Vid uppföljningen angav 67 procent av klienterna i *Ett kontrakt för livet* att de antingen inte missbrukat alls eller missbrukat en dag/vecka eller mindre under de föregående sex månaderna. I en tidigare studie av klienter som skrevs ut från LVM-hem under 1999–2000 var motsvarande uppgift 43 procent. Enligt socialtjänstens bedömning var 35 procent av klienterna missbruksfria sex månader efter LVM-vården och ytterligare 27 procent bedömdes missbruka i mindre omfattning. I *Ett kontrakt för livet* fick dubbelt så många fortsatt strukturerad vård efter LVM jämfört med studien 1999–2000.

Projektet har inneburit att flera unga missbrukare fått LVM-vård, särskilt unga kvinnor. Under projektets inledande år ökade andelen unga kvinnor inom LVM-vården med hela 20 procentenheter. Relativt små skillnader registrerades i utfallet mellan män och kvinnor, men andelen kvinnor som var missbruksfria ett halvår efter LVM-placeringen var högre än andelen män.

Klienterna som påbörjade sin eftervård hade generellt en positiv syn på denna och de flesta tyckte att den motsvarade deras behov. Flertalet av de klienter som tidigare hade vårdats enligt LVM ansåg att eftervården denna gång planerades bättre än vid tidigare placeringar.

I Inledning

Bakgrund

För att förbättra vården för vuxna personer som tvångsvårdas enligt LVM (Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, 1988:870) har Statens institutionsstyrelse (SiS) på uppdrag av Socialdepartementet implementerat projektet Ett kontrakt för livet. Projektet, som startades den första januari 2005, syftade samtidigt till att förbättra samarbetet mellan kommuner och LVM-institutioner och till att ge klientperspektivet större plats i behandlingsprocessen. Föreliggande rapport beskriver projektets genomförande och resultat samt de strukturella förändringar i LVM-vården som det har lett till.

Bakgrunden till projektet är den kraftiga ökningen av det tunga narkotikamissbruket i Sverige under 1990-talet. Skattningar som gjordes från berörda myndigheter och organisationer som Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning (CAN) och Brottsförebyggande rådet (BRÅ) pekade på att antalet tunga missbrukare hade fördubblats jämfört med slutet av 1990-talet – från ca 15 000 till 29 000. Ökningen av det tunga missbruket omfattade båda könen och olika åldersgrupper, inte minst unga människor som i större utsträckning än tidigare provade narkotika. Parallellt med ökningen av det tunga narkotikamissbruket pekade uppgifter på att människor som hamnade i det tunga missbruket inte fick den vård, omsorg och annat samhälleligt stöd som behövdes för att rädda dem ur deras omfattande sociala problem. Situationen var särskilt svår för människor med både missbruks- och psykiska problem.

Denna utveckling ledde till att regeringen i januari 2002 tillsatte LVM-utredningen (Dir. 2002:10) vars främsta uppgift var att analysera orsakerna till utvecklingen samt hur den har påverkat människor med missbruksproblem. Utredningen som lade fram sitt slutbetänkande i januari 2004 konstaterade att kommunernas insatser på missbrukarvården inte svarade mot de behov som fanns. Därför föreslogs en utvidgning av SiS verksamhetsområde, så att SiS skulle få en större roll vid eftervården (SOU 2004:3). Regeringen beslutade därför år 2004 om åtgärder som skulle göra missbrukarvården mer effektiv. Med större satsningar på missbrukarvården och med mer kvalificerade och långsiktiga vårdinsatser skulle det växande tunga missbruket stävjas.

Bristande samhällsinsatser mot missbruksproblem hade samband med otillräckliga resurser till följd av snabbt ökande behov. Nerdragningar i de kommunala budgetarna hade inneburit en minskning av resurserna till missbrukarvården med 20 procent, jämfört med 1995 års budget (Socialstyrelsen, 2003b). Även om kommunerna delar ansvaret för missbrukarvården med

staten och landstingen, har kommunernas insatser avgörande betydelse för att människor med missbruksproblem ska komma ifrån missbruket genom ett långsiktigt rehabiliteringsarbete. Rätten till bistånd ges alla som enligt socialtjänstlagen (2001:453 SoL) inte själva kan tillgodose sina behov. Det är socialnämndens uppgift att aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren, som har problem med sin försörjning eller med sin livsföring i övrigt, får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Landstingen ansvarar för avgiftning och för behandling av fysiska och psykiska komplikationer i samband med missbruk medan staten, genom SiS, ansvarar för den vård som ges med stöd av LVM-lagen.

Under 1980-talet ökade antalet personer som vårdades i heldygnsvård ständigt och år 1989 uppgick antalet en viss mättag till drygt 5000, varav knappt 750 i tvångsvård (Dir. 2004:164). Under 1990-talet omprioriterades insatserna så att antalet missbrukare i heldygnsvård sjönk successivt. I november 2003 fanns 3600 personer i heldygnsvård, av vilka 215 fick vård enligt LVM. Under hela 1990-talet, i samband med att heldygnsvården minskade, gjordes en satsning på vården i öppna former, dock inte i motsvarande utsträckning som tvångsvården minskade.

Mot denna bakgrund riktade SiS kritik mot kommunerna och menade att de inte tog sitt ansvar när det gällde LVM-placeringarna. Tvångsplaceringar enligt LVM användes i första hand till akuta avgiftningar (§13)¹ i stället för beredande av vård (§4).² Utredningen föreslog också en utvidgning av SiS verksamhetsområde så att SiS skulle få en större roll i eftervården (SOU 2004:3).

År 2002 hade utredningen om översyn av tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (SOU 2002:04) (LVM-utredningen) lämnats. I sitt betänkande Tvång och förändring – rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård (SOU 2004:3) diskuteras utvecklingen mot ökad öppenvård och det konstaterades att en grupp av klienter, företrädesvis de med långvarigt missbruk, inte fick sina vårdbehov tillgodosedda. Enligt utredningen gjorde vissa kommuner hårdhänta prioriteringar när de beviljade bistånd till klienterna

¹ I lagtexten står det om 13 § enligt följande: Socialnämnden får besluta att en missbrukare omedelbart skall omhändertas, om 1) det är sannolikt att han kan beredas vård med stöd av denna lag, och 2) rättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att han kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat, om han inte får omedelbar vård, eller på grund av att det föreligger en överhängande risk för att han till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

² Enligt § 4 LVM skall tvångsvård beslutas, om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller på något annat sätt och han till följd av missbruket 1) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, 2) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller 3) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

och planerade vården. Dessutom hade vårdavgiften avgörande betydelse för val av vårdform och insats. I en rapport som Socialstyrelsen publicerade 2003 konstaterades fyra grundläggande brister i missbrukarvården: 1) bristande resurser för avgiftning i många kommuner; 2) avsaknad av uppsökande verksamhet på många håll; 3) höga trösklar som försvårade för de mest utsatta att få vård; 4) brister i eftervården (Socialstyrelsen, 2003a).

LVM-utredningen pekade på betydelsen av långsiktighet, uthållighet och planering som avgörande förutsättningar för att lyckas med behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Detta kräver att socialtjänsten, som har det långsiktiga ansvaret för missbrukarvården, får bättre förutsättningar att erbjuda den vård som sker med stöd av 27 § LVM³ och som innebär vård i annan form utanför LVM-hemmet. LVM-utredningen föreslog därför ekonomiskt stöd till kommunerna i form av sänkta vårdavgifter under den del av vården som sker med stöd av 27 § LVM.

LVM-utredningen ledde till att regeringen initierade det så kallade Vårdkedjeprojektet, en försöksverksamhet som skulle förstärka samarbetet mellan LVM-institutionerna och socialtjänsten. Projektet påbörjades i april 2004 i SiS regi med syftet att förbättra kvaliteten och innehållet i vården. Fyra kommuner och tre LVM-institutioner ingick i satsningen som bland annat innebar en avgiftsreduktion för kommunerna på sju miljoner kronor årligen. I projektorganisationen ingick en styrgrupp med ett övergripande ledningsansvar och en arbetsgrupp med en operativ funktion. Med tiden tillkom även SiS projektgrupp och en metodgrupp. Den sistnämnda bestod av en CRA-ansvarig⁴-representant från varje deltagande kommun/stadsdel och institution.

Utöver CRA användes även SiS dokumentationssystem, DOK, som presenteras senare i rapporten, ASI (Addiction Severity Index) i form av strukturerade intervjuer och MAPS (Monitoring Area and Phase System) som är ett planeringsinstrument kopplat till ASI. Vårdkedjeprojektet avslutades år 2007 (Fäldt et al, 2007). Genom försöksverksamheten (SiS 2004) utvecklade SiS en modell för en förstärkt vårdkedja som syftade till att fördjupa och systematisera samarbetet mellan LVM-institutioner och kommunernas socialtjänst.

Innan Vårdkedjeprojektet hade avslutats och utvärderats föreslog regeringen i budgetpropositionen för 2005 en ny satsning, Ett kontrakt för livet, för att stimulera alla kommuner i landet att aktivt medverka i vårdplaneringen. Det

³ 27 § LVM. 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.

⁴ CRA står för Community Reinforcement Approach och är en beteendeorienterad behandlingsmodell med fokus på att noggrant kartlägga olika problemområden samt att hjälpa klienten till ett bättre liv inom flera viktiga livsområden samtidigt.

avsattes 100 miljoner kronor årligen under perioden 2005–2007 för projektet, vars mål var att skapa bättre förutsättningar för kvalificerade och långsiktiga vårdinsatser samt att tillgodose de tunga missbrukarnas vårdbehov. Det ekonomiska stödet skulle avse institutionsbehandlingen som ges enligt 27 § LVM, förutsatt att det fanns en planerad eftervård. Uppdraget gick ut på att öka kommunernas deltagande i processen att förstärka vårdinnehållet i alla delar av vårdkedjan. En process som inte enbart skulle omfatta vården under och efter LVM-vistelsen utan även anskaffandet av bostad till klienten, sysselsättning, psykosocialt stöd och andra åtgärder som skulle underlätta klientens rehabilitering. Det ekonomiska stödet innebar inte enbart en minskning av kommunernas vårdkostnader utan även ett ökat utrymme för förstärkning av andra delar av vårdkedjan.

Regeringen föreslog ett incitament i form av riktat statsbidrag till kommunerna för att förstärka vårdkedjans alla delar. Det handlade om 50 miljoner kronor för 2005, 100 miljoner kronor för 2006 och 250 miljoner kronor för 2007. Bidraget skulle fördelas till kommunerna med utgångspunkt i lokala behov av missbrukarvård. Medel avsattes också till kriminalvården. Totalt avsattes 820 miljoner kronor till denna satsning på missbrukarvården – Ett kontrakt för livet. Satsningen tog framförallt sikte på att förstärka vården för de mest utsatta missbrukarna och att minimera ekonomiska hinder för LVM-vårdens genomförande. Ett kontrakt för livet kom att förlängas till utgången av år 2008.

I såväl Vårdkedjeprojektet som Ett kontrakt för livet planerades vårdinsatser för en 12-månadersperiod. Planeringen skulle omfatta en beskrivning av den aktuella livssituationen, vårdinsatser under perioden och en skriftlig överenskommelse mellan klienter och socialtjänsten (i Vårdkedjeprojektet) och mellan klienter, socialtjänst och LVM-institutionen (i Ett kontrakt för livet). Den enskilde missbrukaren skulle stimuleras till att aktivt medverka i behandlingsplaneringens alla faser.

I avtalet för Ett kontrakt för livet skulle parterna komma överens om insatser för att tillgodose behoven hos missbrukaren både under § 27-vården och för tiden efter denna. Att ha en långsiktig planering som även omfattade tiden efter § 27-vården ansågs som ytterst nödvändigt eftersom det har visat sig att lång sammanhållen nykterhet ökar chansen för lyckad rehabilitering (Gerdner, 2004; Larsson & Ollus, 1999). Därför skulle vårdkedjetänkandet genomsyra innehållet i överenskommelserna. I avtalet skulle genomförandet av vården preciseras och det skulle även framgå de olika parternas rättigheter och skyldigheter samt kostnaderna för vården. Under sin vistelse på LVM-hemmet skulle klienten få besöka olika vårdalternativ och skaffa relevant information om olika § 27-vårdinsatser och välja det vårdalternativ som passade bäst.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna avslutande rapport om SiS del av satsningen Ett kontrakt för livet är att beskriva, analysera och värdera uppdragets genomförande samt vilka effekter det har haft på missbrukare och vården av dem. I arbetet ingår således en övergripande beskrivning av den strategi SiS använt sig av vid genomförandet samt vilka resultat som nåtts genom de överenskommelser som slutits mellan klienter, socialtjänst och SiS.

Rapporten fokuserar på tre huvudsakliga frågor; dels projektets förutsättningar i form av riktlinjer, målsättningar, finansiella resurser och organisering, dels själva genomförandet, från det att beslut fattades under hösten 2004 fram till sommaren 2008 och slutligen de konkreta resultaten av Ett kontrakt för livet.

Med tanke på satsningens huvudsyfte att skapa förutsättningar för en sammanhållen och heltäckande vårdkedja, fokuserar denna rapport framförallt på de förändringar och effektiviseringar som har skett i vården av missbrukare under och efter LVM-tiden. Det innebär att kontinuiteten i vårdprocessen, inte minst i eftervården, ägnas mest uppmärksamhet. En annan aspekt som denna studie avser att belysa är de strukturella förändringar som har skett i samarbetet mellan klienten, socialtjänsten och SiS. Ett intensivare, mer genomtänkt och långsiktigt samarbete förutsattes för att LVM-vården skulle fungera effektivt. Studien ska samtidigt ge relevant information om satsningens effekter på missbrukssituationen för de klienter som har ingått i Ett kontrakt för livet, liksom dess betydelse för klienternas boende och sysselsättning.

De övergripande frågeställningarna är således:

- Vilka effekter har Ett kontrakt för livet haft på klienternas vård, eftervård och missbrukssituation?
- Har Ett kontrakt för livet bidragit till några strukturella förändringar i missbrukarvården?
- Hur har Ett kontrakt för livet påverkat samarbetet mellan klienter, socialtjänsten och SiS?

Disposition

Rapporten består av sju avsnitt. Det första ger en introduktion och presenterar upplägget med syfte, frågeställningar, metod, datainsamling, omfattning och hantering av bortfall samt genomförandet. I avsnitt två presenteras kort tidigare uppföljningar för att sedan i avsnitt tre beskriva SiS organisatoriska hantering av Ett kontrakt för livet. I avsnitt fyra presenteras resultaten av satsningen. Detta avsnitt består av tre delar. Den första delen redovisar de förändringar inom LVM-vården som har skett under de senaste åren och som kan ha samband med starten av Ett kontrakt för livet. Förändringar vad gäller efterfrågan på vård inom LVM, antalet intagningar och placeringar för vård

i annan form enligt § 27 LVM behandlas också i denna del. I den andra delen redovisas data som samlats om vårdplaneringen och dess genomförande både för vård i annan form enligt § 27 LVM och för tiden efter det. I denna del redovisas även effekterna av vårdinsatserna på missbrukssituationen. Den tredje och avslutande delen av detta avsnitt presenterar andra resultat som omfattar insatsens effekter på klienternas boende, sysselsättning, försörjning, fysisk och psykisk hälsa samt kriminalitet. Avsnitt fem redogör för kostnadsdrivande effekter av satsningen. Avsnitt sex innefattar en kvalitativ studie som bygger på intervjuer med socialsekreterare och SiS personal. Detta avsnitt fokuserar även på processer som har ägt rum i verksamheten samt lyfter fram de strukturella förändringar som satsningen har åstadkommit i LVM-vården. Rapporten avslutas med en sammanfattning och en diskussion om effekterna av Ett kontrakt för livet på LVM-vården och eftervården samt de lärdomar som satsningen kan ha bidragit med.

Metod och genomförande

Sammanställningen bygger på såväl kvantitativa som kvalitativa datakällor och insamlingsmetoder. Det kvantitativa materialet består av uppgifter från SiS klient- och institutionsadministrativa system som innehåller uppgifter om klienter och deras vård. Därutöver finns uppgifter från Ett kontrakt för livets särskilda socialtjänstenkät som omfattar respektive socialsekreterares värdering av vårdinsatserna, av satsningen och dess inverkan. Slutligen har uppgifter från DOK (SiS dokumentationssystem) använts. I DOK ingår intervjuer med klienter vid inskrivning och utskrivning samt uppföljningen sex månader efter utskrivning där klienterna själva bedömer vårdinsatserna och sin livssituation. Genom att utnyttja tre olika källor minskade bortfallsproblemet, som enligt tidigare erfarenheter (Gerdner, Söderfeldt & Berglund, 1998) är stort i uppföljningar av missbrukarvården. Dessa tre informationssystem gav en möjlighet att jämföra uppgifter från flera håll, inte minst klienternas och socialsekreterarnas svar på samma frågor.

I den ursprungliga planen skulle även data från en tremånadersuppföljning utnyttjas. Tre månader efter att klienten har avslutat sin LVM-vård ska en uppföljning ske. SiS sammanställde frågor som skulle ställas till klienten vid detta tillfälle. Det var socialtjänstens ansvar att ta initiativet till en sådan uppföljning där klienten, kontaktpersonen på SiS institution och handläggaren skulle närvara. Det visade sig att knappt 23 procent av de tänkta uppföljningarna genomfördes vilket innebär att materialet inte lämpar sig för vidare analyser i detta sammanhang. Längre fram i rapporten finns dock en bortfallsanalys av tremånadersuppföljningen utifrån samtal med socialtjänsten och representanter från SiS institutioner.

Det kvalitativa materialet består i huvudsak av intervjuer med verksamhetsföreträdare för SiS och för Socialtjänsten. Nedan följer en närmare introduktion av de olika datakällor som använts.

SiS klient- och institutionsadministrativa system, KIA

I KIA förs alla beslut som rör den enskilde, inklusive journal och behandlingsplan och vårdinsatser. Information förs in löpande, men en viss eftersläpning förekommer. Uppgifter från KIA som redovisas i denna rapport är dels SiS beläggningsstatistik och dels uppgifter rörande utskrivna från vård enligt 4 § LVM, såväl avseende de klienter som någon gång vårdats enligt 27 § LVM totalt sett som inom ramen för Ett kontrakt för livet. Uppgifterna har tagits fram under april 2008 och i enstaka fall kan uppgifter skilja sig från statistik framtaget före eller efter denna period. Den genomsnittliga beläggningen beräknas löpande genom antalet vård dagar som klienter vårdats på LVM-hem dividerat med antal dagar i respektive månad. Vid varje årsskifte beräknas ett genomsnitt för det gångna året.

Särskild socialtjänstenkät

Den särskilda socialtjänstenkäten riktades till socialsekreterare som placerat missbrukare för vård och behandling på SiS institutioner inom ramen för Ett kontrakt för livet. Frågorna var så korta och specifika som möjligt för att fokusera på de mest relevanta delarna för uppföljningen. Enkäten avser de klienter som har varit med i projektet från och med januari 2005 och skrivits ut senast september 2007. Den innehåller frågor som rör planering och genomförande av både vården enligt 27 § LVM och för tiden efter LVM-vården, klientens missbrukssituation, sysselsättning och boende. Det viktigaste med enkäterna var att få en bild av klienternas situation vid undersökningstillfället och efter avslutat deltagande i Ett kontrakt för livet. Enkäterna sändes ut till 983 socialsekreterare per post, med redogörelse för projektet och ett frankerat svarskuvert. I ett 20-tal fall där klienten hade fått ny handläggare skickades enkäten till både den tidigare och den nya handläggaren. Efter en till tre månader sändes en påminnelse till dem som inte svarat. I 120 av fallen då svar ändå inte inkommit söktes handläggarna per telefon och ytterligare 50 enkäter blev ifyllda genom telefonsamtal.

Totalt 770 svar har inkommit vilket ger en svarsfrekvens på 78,3 procent. Det största interna bortfallet i de ifyllda enkäterna gäller frågor om klienten fortsätter med sitt missbruk sex månader efter avslutad LVM samt hur boendet och sysselsättningen ser ut under samma period. 100 enkäter saknar uppgifter om missbruket, 97 uppgifter om sysselsättning och 85 saknar uppgifter om boendet.

DOK-systemet

Samtliga klienter som skrivs in på SiS LVM-institutioner ska inom två veckor efter ankomsten erbjudas en inskrivningsintervju enligt DOK-systemet. Intervjun innefattar en mängd frågor inom olika områden såsom boendeform, familj, umgänge, utbildning, försörjning, missbruk, behandlingshistoria, fysisk och psykisk hälsa samt kriminalitet. Om en klient avböjer intervjun ska

personalen fylla i vissa frågor i intervjuformuläret med hjälp av aktmaterial – en såkallad kort-DOK.

Under perioden 1 januari 2005–31 december 2006 vårdades 1427 klienter enligt 4 § LVM, varav inskrivningsintervjuer gjordes med 947 (66%). Ytterligare 390 (27%) dokumenterades med hjälp av kort-DOK. Totalt finns alltså information om 94 procent av klienterna genom DOK-systemets inskrivningsintervjuer. När det gäller utskrivningsintervjuerna genomfördes dessa med 649 (46%) av de totalt 1427 klienterna när de lämnade SiS. Ytterligare 616 (43%) utskrivningar dokumenterades med hjälp av kort-DOK. Totalt finns därmed utskrivningsinformation för 1265 (89%) klienter. Andelen utskrivningsintervjuer var något större bland klienter som ingick i Ett kontrakt för livet (49%) jämfört med andra klienter (43%). Svarsfrekvensen är av erfarenhet ännu lägre vid uppföljningar varför en extrainsats sattes in för att öka andelen uppföljningsintervjuer. I Larsson och Segraeus (2005) var täckningsgraden på uppföljningsintervjuerna sex månader efter LVM-tiden 51 procent. I Gerdners studie (2000) var den ännu lägre; av totalt 60 klienter gjordes intervjuer med 27 klienter vilket ger en täckningsgrad på 45 procent.

Insatserna riktade sig mot klienter som skrevs ut under en tremånadersperiod. Med tanke på att uppföljningsintervjuerna görs sex månader efter utskrivningen valdes perioden maj–juli 2007. Antalet klienter som hade undertecknat Ett kontrakt för livet och skrivits ut under denna period uppgick till 111. Bland dessa hade 24 inte gjort någon DOK-inskrivning varför de exkluderades ur studien. Uppföljningsintervjuer skulle göras med resterande 87 klienter. Klienternas situation sex månader efter LVM-tidens slut skulle jämföras med hur de hade haft det vid inskrivningen till LVM-institutionen. Sex klienter avled innan intervjutillfället. Av de återstående 81 klienterna utfördes intervjuer med 58 (72%) vilket ger en relativt hög täckningsgrad.

Den största anledningen till bortfallet på 23 klienter visade sig vara att det inte gick att få tag på klienten (16). Fyra klienter intervjuades inte på grund av återfall i missbruk och ytterligare tre tackade nej till en intervju. Bortfallet bland kvinnorna var högre än bland männen, 37 procent mot 16 procent. Åldersmässigt fanns ingen större skillnad, ungefär lika många intervjuades i åldersgruppen 20–40 år som i åldersgruppen 41 år och äldre och bortfallet var likartat för båda grupperna.

Uppföljningsformuläret var i huvudsak det som används i DOK-systemet och omfattar både klientens livssituation och hans/hennes syn på vårdens genomförande. Dessutom tillkom ett antal nya frågor, där fokus lades på klienternas syn på sin vård, dels under § 27-tiden och dels för tiden efter avslutad LVM-vård. Klienterna fick framföra sina åsikter angående bland annat samverkan mellan klient, institution och socialtjänst, skillnaden i planeringen jämfört med tidigare placeringar, deltagande i eftervården, behovsuppfyllelse samt socialtjänstens insatser. Detta för att kunna få ett vidare perspektiv på Ett kontrakt för livet.

Uppföljningsintervjuerna gjordes av uppföljningsansvariga på institutionen där klienterna fick sin LVM-vård. Intervjuerna var därmed bekanta med den allmänna strukturen i DOK-systemets formulär och var vana intervjuare. Vid behov fick andra vana DOK-intervjuare sättas in för att genomföra intervjun. Handläggaren på FoU-enheten stod i regelbunden kontakt med de ansvariga på varje institution för att vid behov påminna dessa om att intervjuerna skulle göras under den tidsram som hade bestämts.

Intervjuer med verksamhetsföreträdare

Intervjuundersökningen bygger på samtal med 18 verksamma inom SiS och socialtjänsten. Intervjuerna utfördes mellan november 2007 och mars 2008 och handlade framför allt om effekterna av Ett kontrakt för livet på § 27-vården och eftervården, strukturerna inom LVM-vården, relationen mellan vårdgivarna och klienterna samt samarbetet mellan SiS institutioner och socialtjänsten.

Respondenterna bestod av tre institutionschefer, fem behandlingsassistenter, två personer på SiS huvudkontor, fyra enhetschefer inom socialtjänsten och fyra socialsekreterare. Intervjuerna var semistrukturerade vilket innebär att färdiga och relevanta basfrågor låg till grund för intervjuerna men att respondenterna fick tala fritt utifrån dessa. Vissa frågor eller ämnen kunde således fördjupas och utvecklas. Samtidigt fanns det utrymme för frågor och perspektiv som inte var begränsade till förutbestämda ämnen.

Tremånadersuppföljningen

I uppföljningen av Ett kontrakt för livet ingick även en intervju med klienterna tre månader efter att klienten avslutat sin LVM-placering. SiS huvudkontor utarbetade intervjuformuläret och det var socialtjänstens ansvar att ta initiativ till en sådan uppföljning där klienten, kontaktpersonen på SiS-institutionen och handläggaren skulle närvara. För att få en så hög täckningsgrad som möjligt skulle kommunerna få tillbaka ytterligare 10 procent av vårdkostnaden efter att uppföljningen genomförts.

Tremånadersuppföljningarna påbörjades under våren 2006 och under perioden 1 april–31 december skrevs 316 klienter ut från LVM-vården. Tremånadersuppföljningar gjordes för 53 av dessa, det vill säga 17 procent. Antalet ökade under 2007, då 335 klienter skrevs ut mellan 1 januari och 30 september 2007 och 95 uppföljningar genomfördes (28%). Av totalt 147 uppföljningar som gjordes under hela perioden utfördes 21 via telefonkonferenser. Ytterligare 19 genomfördes utan att klienten var närvarande, varav nio genom telefonsamtal.

För att analysera bortfallet av tremånadersuppföljningarna kontaktades slumpmässigt 40 handläggare som hade en eller flera klienter som det inte gjorts någon uppföljning på. 15 av dessa svarade att orsaken var att klienterna återfallit i missbruk och att LVM-vården hade avbrutits. Nio menade att klienterna inte velat ha någon fortsatt kontakt med socialtjänsten. Ytterligare nio tyckte att det hade brustit i informationen från institutionerna och sju av

dessa hade inte förstått vad uppföljningen innebar. Av de övriga svarade tre att det berodde på att klienten i fråga haft många olika handläggare och tre andra menade att det inte blev av på grund av att klienten hade påbörjat ett nytt LVM. Från samtalen framkom även att 14 av handläggarna inte visste om att kommunen fick ytterligare 10 procent av vårdkostnaderna efter att uppföljningsmötet var genomfört. Denna okunskap berodde i vissa fall på att kommunen hade haft enstaka klienter med Ett kontrakt för livet som det var svårt att få tag på efter avslutad LVM. Uteblivna tremånadersuppföljningar kan också ha att göra med den interna organisationen hos kommunerna:

Jag tror att det beror på att man inte har tillräckliga ekonomiska system för att se till att man blir påmind om att göra det. Kommunerna har för dåliga uppföljningssystem och många gånger hamnar det hos socialsekreteraren som inte har det ekonomiska uppföljningsansvaret. Om det skulle ges till vår ekonomiavdelning som har hand om sådant så skulle man få signaler. (Enhetschef, socialtjänsten)

De handläggare som haft erfarenhet av uppföljningsmöten med andra klienter med Ett kontrakt för livet tyckte att det hade fungerat bra.

Utifrån ett möte med representanter från 11 SiS-institutioner samt intervjuer med behandlingsassistenter och enhetschefer på olika SiS-institutioner framgick att samtliga såg positivt på tremånadersuppföljningen. De tyckte att det hade varit givande och värdefullt och uppfattade även att klienterna som deltagit hade tyckt detsamma. Det som de flesta representanterna från institutionerna såg som negativt med uppföljningen var de kostsamma resorna till klienter som bor långt borta och att det tog mycket av deras arbetstid. En av representanterna menade även att det höga bortfallet bland annat berodde på att intresset för uppföljningsmötena inte var så stort hos socialtjänsten.

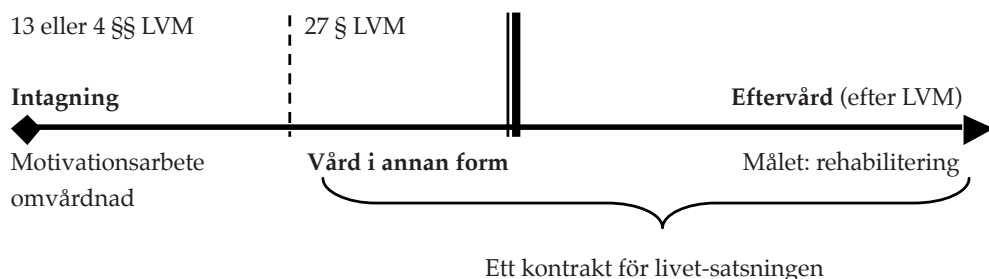
En enhetschef på en SiS-institution menade att man ofta tappar kontrollen över klienter som placeras i öppenvård, att de ofta återfaller och blir därför svåra att nå. Några behandlingssekreterare på en SiS-institution påpekade att institutionen som regel kallade till uppföljningsmöte trots att detta är socialtjänstens ansvar. En annan behandlingssekreterare menade att socialtjänsten inte tar eftervården på allvar och att vissa handläggare möjligen tycker att insatsen är för stor i förhållande till återbetalning på 10 procent.

Sammanfattningsvis kan konstateras att de tremånadersuppföljningar som utförts har varit uppskattade av alla inblandade. Däremot har det inträffat problem som har gjort att många uteblivit. De flesta handläggarna menade att detta berodde på att klienten återfallit i missbruk. Ett annat problem har varit att socialtjänsten inte tagit del av den information som behövdes för att genomföra uppföljningarna, vilket lett till att institutionerna ibland tagit på sig mer arbete och att kommunerna missat chansen att få tillbaka ytterligare 10 procent av vårdkostnaden. De flesta representanterna från institutionerna menade även att det hade varit svårt att få tid till de långa resorna till mötena.

Uppföljning och utvärderingens genomförande

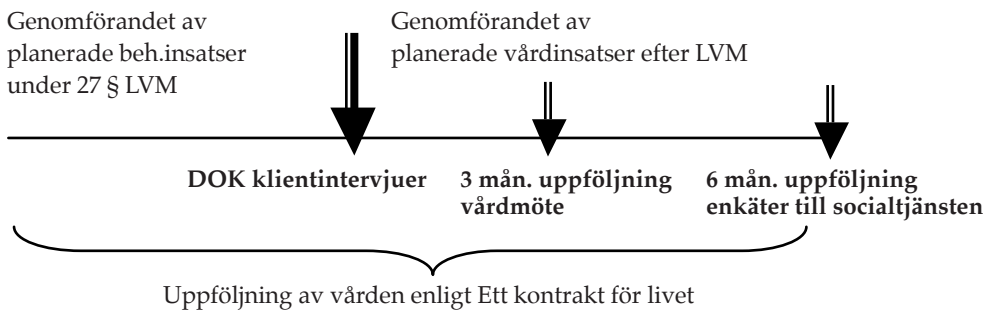
Uppföljning och utvärdering av satsningen skedde under perioden 1 januari 2005–30 april 2008. Uppföljningen följde en viss ordning och var uppdelad i olika steg. När överenskommelse dokumentet var undertecknat av båda parterna (socialtjänsten och LVM-hemmet) skickades en kopia till SiS redovisningsenhet. Därifrån lämnades en kopia till uppföljningsansvarig. I och med detta påbörjades en process som till en början handlade om huruvida registrering av uppgifter bedömdes vara viktigt för uppföljningen (klientens namn, kön, institution, påbörjad § 27-vård, placerande kommun, kostnadsberäkning). Med hjälp av KIA-systemet uppdaterades sedan förändringarna under vårdtiden för klienter som hade en undertecknad överenskommelse. Uppgifter om vårdavbrott, utskrivning, förändringar i planeringen osv. skrevs in i det ovan nämnda registret. Parallellt med detta upprättades ett avidentifierat register där också ålder, missbruk och planerade vårdinsatser framkom. Därefter följde en mer systematisk uppföljning över tid enligt en vårdkedjemodell. Som framgår av figuren nedan fördelas vårdprocessen i tre stadier; intagning, vård i annan form (enligt 27 § LVM) och eftervård.

Efter intagningen, som ofta sker i form av omedelbart omhändertagande enligt § 13 LVM (ca 70%) men också genom att den enskilde döms till tvångsvård jml 4 § LVM, påbörjar tvångsvården på en SiS-institution. Vårdtiden på institutionen är i allmänhet 2–3 månader och omfattar motivationsarbete och omvårdnad. Därefter skrivs personen ut enligt LVM § 27 för att fortsätta sin LVM-tid i öppnare former. Under sin § 27-placering kan personen hamna på en institution, i familjevård eller i sitt eget hem med särskild öppenvårdsinsats. Vård i annan form ska formellt fortsätta tills LVM-tiden är över. Därefter startar eftervården vilket i det här sammanhanget handlar om insatser som följer på tvångsvården. Eftervård är en fortsättning av behandlingen efter tvångsvården. Detta innebär att den syftar till att vårdprocessen fortsätter med frivilliga insatser. Målet för eftervården är att personen ska få möjligheter att rehabiliteras.



Figur 1. Vårdkedja för varje enskild klient med överenskommelse

Överenskommelsen bör ha skrivits under de första veckorna efter intagningen men senast före påbörjad § 27-vård. En mer systematisk uppföljning inleddes med hjälp av DOK-intervjuer när § 27-vården avslutade. Som framgår av figuren nedan är det första uppföljningsmaterialet DOK klientintervjuer. Därefter var det tänkt att tremånadersuppföljningen skulle vara utvärderaren tillhanda. Det handlade om ett formulär som skulle fyllas i samband med ett vårdmöte mellan klienten, en representant för SiS och klientens socialsekreterare med socialtjänsten som initiativtagare. Dessa skulle dokumenteras och utvärderas kontinuerligt men som redovisats ovan genomfördes endast 23 procent av tremånadersuppföljningarna.



Figur 2. Uppföljningsplan för Ett kontrakt för livet

En ytterligare uppföljning skulle ske med hjälp av enkäter till socialtjänsten (särskild socialtjänstenkät) sex månader efter avslutad LVM-vård. Genom enkäterna var det tänkt att uppgifter skulle komma fram om hur planerade eftervårdsinsatser kunnat genomföras för klienter med överenskommelse, och hur klientens situation såg ut sex månader efter LVM-vården. Dessutom skulle insatsers betydelse och kostnadseffekter analyseras. Enkäter skickades kontinuerligt till socialtjänsten och enkätsvaren bearbetades.

2 Tidigare uppföljningar

Sedan 1982 tillämpas tvångsvårdslagstiftningen för missbrukare i Sverige. Enligt lagen kan missbrukare mot sin vilja placeras på LVM-hem under högst sex månader (SOU 1981:7). Huvudsyftet med tvångsvård är att avbryta det tunga missbruket av alkohol och narkotika och motivera till fortsatt frivillig vård samt en mer långsiktig rehabilitering (Socialstyrelsen 1997). Tvångsvården är riktad mot missbrukare som inte har velat ha eller inte blivit hjälpta av frivilliga insatser enligt socialtjänstlagen (SoL). Tvångsvården kan ske på två olika sätt; dels enligt 4 § LVM, som betyder att socialtjänsten ansöker hos länsrätten om tvångsvård för en person som till följd av fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel bedöms vara i behov av vård, dels enligt 13 § LVM, då socialnämnden (till och med 30 juni 2005 även polisen) omhändertar en person som bedöms vara i omedelbart behov av åtgärder till följd av sitt missbruk. Tvångsvården upphör efter sex månader eller så fort syftet med vården har uppnåtts.

I allmänna ordalag har tvångsvårdslagstiftningen två centrala syften, det ena är att "rädda" den enskilde som far illa av sitt missbruk och för dennes välbefinnande åtgärda de negativa effekterna av missbruket (Sallmén, 1999), dels att skydda omgivningen genom att man avlägsnar missbrukaren (Tops, 2001). Oavsett vilket av dessa två synsätt som dominerar, är det enligt Stenius (1999) ett allmänt drag inom det svenska välfärdssystemet att de berörda myndigheterna har stora möjligheter att aktivt ingripa i enskilda individers och familjers liv. Även om kritiker ifrågasätter det etiskt rimliga i att tvinga missbrukare till drogfrihet menar andra att det svåra och outhärdliga livet som missbruk orsakar gör att många missbrukare förr eller senare välkomnar samhällsliga vårdinsatser. Dessutom, och som Oscarsson (2001) antyder, är det ett faktum att en stor majoritet av människor som hamnar i tungt missbruk tillhör en marginaliserad och utsatt social grupp som förr eller senare hamnar i en situation som gör att samhällsliga insatser blir oundvikliga.

Intresset för tvångsvård av missbrukare har under de senaste åren ökat internationellt och alltfler länder har börjat tillämpa någon form av tvångsvård för missbrukare (Israelsson, 2004; Gerdner, 2004). I ett nordiskt perspektiv är tvånget i den svenska LVM-lagstiftningen mer omfattande och de svenska kriterierna för tvångsvård bredare. Den svenska lagstiftningen är tvingande i den meningen att tvångsvård ska verkställas om kriterierna är uppfyllda (Yohanes et al, 2002; Lehto, 1994). Nedskärningar i missbrukarvården som framförallt skedde under 1990-talet i Sverige berodde inte i första hand på förändrad lagstiftning inom socialtjänstområdet utan var en konsekvens av den ekonomiska kris som tvingade staten att skära ner på välfärdskostnaderna.

Sådana besparingar påverkade i stort sett alla välfärdssektorer (Hajighasemi, 2004).

Trots det ökade intresset för tvångsvården är forskningen om tvångsvårdens utfall och effekter ganska begränsad. Gerdner (2004), som har studerat tvångsvården i ett internationellt perspektiv, menar att en avgörande orsak till att det finns relativt få kontrollerade studier som mäter effekterna av tvångsvården är svårigheten att få jämförbara kontrollgrupper. Trots detta drar Gerdner slutsatsen att tvångsvården har haft en viss positiv effekt när det har funnits förutsättningar att kombinera en period av institutionsvård med en period av eftervård. Positiva effekter har särskilt påvisats när vården följts av långvarig övervakning. Övervakningen anses stärka förutsättningarna för eftervårdens genomförande (ibid).

En svensk studie om tvångsomhändertagandet av alkoholister pekade redan tidigt på 1970-talet att tvångsvården hade mycket positiva effekter (Bjerver, 1972). Enligt Nykterhetsvårdslagen fick den tvångsomhändertagne, under nykterhetsnämndens övervakning, vårdas under ett år. Vid upprepade problem kunde omhändertagandet förlängas till två år men då kunde den enskilde tillbringa större delen av tiden utanför institutionen. Effekten var att sjukskrivningsfrekvensen bland alkoholister som tidigare var fyra gånger högre än bland genomsnittsbefolkningen minskade reellt. Efter två år av tvångsvård närmade sig det sammanlagda antalet sjukskrivningsdagar det bland den övriga befolkningen.

Sedan LVM tillkom 1982 har ett antal utfallsstudier gjorts som visar att den genomsnittliga andelen förbättrade klienter har ökat stadigt. För perioderna 1982–1987 och 1988–1994 var den genomsnittliga förbättringen 27 respektive 26 procent, medan andelen förbättrade uppgick till 38 procent för perioden 1995–2000 (SOU 2004:3, s. 303). En avgörande förklaring till LVM-vårdens förbättrade utfall var ett större intresse för kontinuiteten i vård och eftervård. I de fall klienter fick intensivare eftervård var utfallet bättre än i de fall där socialtjänsten erbjöd "den vanliga" eftervården.

Även vid tvångsomhändertagande gäller socialtjänstens allmänna mål om att vården av missbrukare ska bygga på "respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet" och att vården "så långt det är möjligt (skall) utformas och genomföras i samverkan med den enskilde". Detta fastslås såväl i 1981 års som i nuvarande LVM-lag.

Flera undersökningar har visat att tvångsvården leder till förbättrad hälsa. Drygt 10 år efter införandet av LVM-lagen konstaterar Kinnunen (1994) att tvångsvårdade i stor utsträckning lämnar LVM-hemmen i god fysisk och psykisk kondition. Samtidigt betonas numera eftervårdens betydelse alltmer. Att behovet av en intensiv och långvarig eftervård lyfts fram har att göra med LVM-klienternas allvarliga missbruk med stora sociala och medicinska/ekonomiska skadeverkningar. För att förändra livssituationen för dem räcker det inte med kortvariga insatser. Den långsiktiga vårdplaneringen för

LVM-klienter och den förstärkta vårdkedjemodell, som förutsätter ett djupare samarbete mellan LVM-institutionerna och socialtjänsten, är resultat av det nya vårdtänkandet som genomsyrar vården av de mest utslagna missbrukarna i Sverige.

I en uppföljningsstudie av LVM-klienter kom Larsson och Ollus (1999) fram till att knappt varannan klient hade en egen lägenhet vid uppföljningstillfället. De konstaterade att det var främst de klienter som hade någon form av planerad eftervård som antingen hade en egen bostad eller kontakt med en engagerad socialsekreterare. Läget var annorlunda för dem som inte fick någon eftervård: de var ofta ensamma, hade dålig kontakt med socialtjänsten och var hemlösa. Likaså lyfts eftervårdens betydelse fram av Gerdner (2000) som i sin uppföljning av LVM-klienter understryker att deltagandet i en planerad eftervård är den starkaste prediktorn för hur det går för klienten efter utskrivningen. Studien visade att 18 klienter (av totalt 34), dvs. mer än varannan som deltog i eftervården hade förbättrat sin livssituation medan motsvarande andel klienter som förbättrat sin livssituation utan att ha deltagit i någon eftervård var en av fyra.

En annan studie, som kopplar tvångsvårdens framgångar till socialtjänstens eftervårdsarbete gjordes av Svensson (2001). Studien bygger på samtal med klienter och Svenssons slutsats är att en långsiktig och ansenlig vårdinsats, grundad på frivillighet, är förutsättningen för att eftervårdsinsatsen ska uppfattas som meningsfull. Långsiktig planering och eftervårdsinsatser gör att klienten känner motivation för att genomföra vården.

Det är svårt att resonera kring tvångsvårdens betydelse och resultat utan att diskutera frivillighet och tvång mer allmänt. Börjesons (1977) teoretiska utgångspunkt, att människor inte kan behandlas om de inte själva vill genomgå en behandling, betonar det frivilliga valets betydelse i en vårdprocess. Det frivilliga valet är alltså en grundläggande aspekt för att en behandling ska vara framgångsrik. Enligt Börjeson är huvudorsaken till att behandlingar misslyckas att det inte går att förändra människor om de själva inte vill det. De gånger en behandling misslyckas beror det på att människan valt att leva sitt liv som förut och de gånger en behandling lyckas beror det på att människan själv valt ett nytt förhållningssätt i livet. För Börjeson är därför en lyckad behandling den som ger en människa reella valmöjligheter som hon/han inte haft förut. Med andra ord är vårdens uppgift inte att stänga flyktvägen utan istället att visa andra vägar. Syftet med tvångsvården kan därför inte enbart vara att avbryta ett destruktivt mönster utan som Segraeus (1993) framhäver, också motivera missbrukaren till fortsatt frivillig behandling.

Eftervårdens betydelse

Allt fler inom missbrukarvården har börjat uppmärksamma åtgärder som planeras för tiden efter utskrivningen. Utan en sådan planering och utan beaktande av de sociala skadeverkningarna kan svårigheter i personlig och

social anpassning leda till återfall. Syftet med missbrukarvården är, förutom att få ett slut på missbruket, att i så stor utsträckning som möjligt återlämna individen till samhället som en fungerande medlem. Därför inkluderar effektivitetsmålen i missbruksbehandling även insatser som ökar möjligheterna till en sådan integration. I detta avseende framstår eftervårdsinsatser och sociala villkor efter behandlingen som viktiga faktorer i behandlingen. Sallmén (2004:21) menar att marginella, jämfört med de stora summor som läggs ned på slutenvård, tilläggsinvesteringar i samband med utskrivning skulle kunna utgöra den viktigaste insatsen från vårdfinansiären.

Flera internationella studier lyfter fram vårdens mängd och längd som de två viktigaste faktorerna för ett positivt utfall. I en kunskapsöversikt från 1980-talet (Porter et al, 1986) presenteras flera internationella studier som alla konstaterar att skillnaderna är större mellan öppen respektive sluten vård än mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade klienter. Genomgående ansågs tvång vara bra i den meningen att det både förhindrar drop-outs och disciplinära utskrivningar. Studier från 1990-talet (Landry, 1997; Fridell, 1996) lyfter fram tiden som den viktigaste faktorn i större utsträckning vid narkotikabehandling än vid alkoholproblem. Vårdtiden bör inte understiga 90 dagar om den ska ha effekt oavsett om det rör sig om institutionsvård eller öppenvård. I vissa fall, till exempel vid vård av metadonpatienter rekommenderas 12 månader som minimitid i behandling. Många klienter i missbrukarvården väljer att hoppa av sin behandling om möjligheten finns vilket gör att vårdprocessens betydelse inte blir märkbar. Detta är enligt Sallmén (2004) ett problem och han menar att framgångsrik missbrukarvård ofta innebär ett flertal behandlingstillfällen som tillsammans ger kumulativ effekt.

I en uppföljning av människor som har blivit drogfria konstaterade Kristiansen (2001) att tiden på behandlingshemmet hade stor betydelse för utfallet av behandlingen, men det var inte den avgörande faktorn. Behandlingen hjälpte klienterna att komma bort från den miljö de hade levt i medan de missbrukade men det som hände efter utskrivningen, dvs. att de fick arbete och bostad, var lika viktigt. Den mest avgörande faktorn var att de fick komma in i ett socialt sammanhang och fick möjligheter att möta andra människor som de fick förtroende för.

Brukarperspektiv och vårdkedjetänkande

En av de förändringar som sedan 1980-talet har präglat välfärdssystemet i allmänhet och den offentliga tjänstesektorn i synnerhet är att brukarinflytande getts större betydelse och starkare närvaro i allt socialt arbete. Enligt det nya synsättet skulle brukarperspektivet och brukarnas egna erfarenheter genomsyra allt arbete i socialservicesektorn. Genom tillvaratagande av medborgarnas erfarenheter, önskemål och värderingar skulle det nya arbetssättet dels effektivisera och höja kvaliteten i socialservicesektorn och dels stärka

demokratin och ge de offentliga förvaltningarnas tjänster ökad legitimitet (SOU 2006:100). Brukarinflytandet har sedan dess kunnat utövas på två nivåer, dels på individnivå vilket innebär att individens möjligheter att påverka sin egen situation förstärks och dels på kollektiv nivå vilket refererade till brukarorganisationernas ökade inflytande på lagstiftning, offentlig verksamhet och samverkan mellan olika offentliga instanser.

På individnivå slogs det fast att "verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet". Huvudregeln blev att insatser skulle utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (SoL 1:1 § och SoL 3:5 §). Det nya synsättet, som skulle ge klienters uppfattning om vilken vård de behöver större utrymme, ifrågasatte dels den kontrollerande aspekten av servicen och dels den allmänna uppfattningen att behandling alltid gynnar klienten. Inom missbrukarvården, som traditionellt har haft en starkt kontrollerande funktion och där behandlingsaspekten har haft stor betydelse, har den nya strategin med brukarinflytande haft svårare att få genomslagskraft. Storbjörk (2006 och 2007) anser att behandlingen har länge främst handlat om att kontrollera alkohol- och drogmisbrukare snarare än att rehabilitera dem. Inom missbrukarvården var den rådande uppfattningen att klienters tidigare erfarenheter skulle i en behandlingsprocess skalas bort och vårdtagare skulle istället förses med ny identitet. Det var denna bild av missbrukaren som en passiv klient som ifrågasattes. Missbrukare skulle betraktas som aktiva deltagare i sin behandlingsprocess. De skulle kunna använda vården för att få en andningspaus från sitt liv utanför institutionen (Hunt & Barker 1999; Storbjörk, 2007).

Tveksamheten mot att "brukarinflytandet" skulle omfatta även missbrukarvården berodde på att klienter som tvingas till LVM inte kunnat tillfredsställa sitt vårdbehov på frivillig grund och därför har tvångsvård betraktats som nödvändigt av samhället och klienternas anhöriga. Tanken att tvång och delaktighet är en omöjlig kombination kan till och med ha präglat LVM-utredningen som i enlighet med sitt direktiv främst fokuserade på klientens rättssäkerhet och varför LVM-användningen gått ner över tid (Storbjörk, 2007). I psykiatriutredningen däremot lyfts en annan aspekt fram, dvs. hur klientens engagemang i behandlingsprocessen, som i sin tur förverkligar dennes delaktighet i sin egen rehabilitering, ska öka. Grundtanken i den utredningen är att en lyckad rehabilitering kräver att den enskilde känner att han har makt över sitt eget liv och sina val. Detta i sin tur kräver att klienten inte uppfattas som omedveten om vad som är bäst för honom eller henne och därmed oförmögen att fatta beslut om sitt liv. En sådan betraktelse av omgivningen skulle försvåra vårdens möjligheter avsevärt.

Som har konstaterats lyftes den enskildes delaktighet i valet av vård fram i psykiatriutredningen men inte i LVM-utredningen. Utgångspunkten i LVM-utredningen är att tvångsvård ska användas när samtycke saknas. Trots detta

poängteras även i LVM-utredningen att vilja till förändring hos klienten är avgörande för behandlingsframgång. Även om denna vilja ofta saknas vid behandlingens inledningsskede kan (bör) insatser under LVM-tiden skapa förutsättningar för att den enskilde alltmer engageras i planeringen av den långsiktiga vården som kan leda till positiva och bestående förändringar av hans/hennes livssituation.

Med denna utgångspunkt har vårdkedjetänkandet under senare år fått större betydelse i missbrukarvården. Detta syftar dels till att "skapa fungerande modeller för samarbete mellan socialtjänsten och LVM-hemmen, mellan tvångsvården och den vård som bedrivs med den enskildes samtycke" och dels höja kvalitén i såväl LVM-vården som i eftervården (SiS 2004:2). Vårdkedjetänkandet bygger på frivillighet och långsiktighet, vilket innebär att klienten själv väljer om han eller hon vill gå med i en långvarig behandlingsprocess och även kan bestämma sig för att gå ur den när hon vill. I LVM-utredningen lyfts tre ledord fram för behandlingsmodellen som är baserad på vårdkedjetänkande dvs. långsiktighet, uthållighet och god planering. Denna modell bygger på att de olika huvudmännen och den enskilde så tidigt som möjligt ska enas om hur insatserna för LVM-tiden och perioden efter den bör se ut. Detta tänkande har i sin konkreta form lett till uppkomsten av vårdkedjeprojektet (VKP) och sedermera till projektet Ett kontrakt för livet. Dessa projekt präglar klientens delaktighet i planeringen och utformningen av vården.

Kontinuitet och integrering av vården

Ett annat avgörande skäl för upprättandet av VKP och Ett kontrakt för livet var att dessa insatser skulle hjälpa till att integrera och samordna verksamheter som bedrivs av självständiga enheter inom missbrukarvården. Den ökande grad av fragmentering av förvaltningen, som enligt Sulkunen (2007) har lett till att flexibla nätverk, grupperade kring resultatansvariga kärnor, ersatte de tidigare hierarkiska strukturerna och försvårade kontinuiteten i vården av missbrukare. Med tanke på att behovet av samordning och kontinuitet är särskilt stort inom missbrukarvården uppfattades en fortsättning av denna fragmentering som ett problem. För att lösa problemet har det inom missbrukarvården, i enlighet med utvecklingen i övrigt, ställts krav på inblandade parter, både serviceproducerande organisationer och den autonoma individen, att de skulle ta ansvar för sin del av arbetet. Denna förhållning, som har sin grund i det som av Sulkunen kallas kontraktssamhället, bygger på tanken att den autonoma individen har en stor vikt i vårdens planering och genomförande. För att vården ska vara framgångsrik krävs att den autonoma individen ingår ett avtal med avtalskompetenta serviceproducerande parter. När det gäller Vårdkedjeprojektet och framförallt Ett kontrakt för livet avspeglas kontraktssamhällets logik tydligt i tvångsvårdens begreppsapparat (Fäldt et al., 2007).

Evidensbaserad vård

En annan aspekt som under senare år alltmer har aktualiserats inom missbrukarvården och som har påverkat den enskildes ställning i vårdprocessen är diskussionen kring evidensbaserad vård. Evidensbaserad vård syftar helt enkelt till att det görs en medveten och systematisk strävan att bygga vården på bästa vetenskapliga grund (evidens). Tillämpning av evidensbaserad vård innebär att besluten i vård- och omvårdnadsprocessen bygger på bästa tillgängliga vetenskapliga resultat från välgjorda undersökningar. Evidensbaserad vård handlar dels om evidensbaserad medicin (EBM) och dels evidensbaserad praktik (EBP). När det gäller EBP lyfts tre kunskaps- eller informationskällor fram; klientperspektivet, forskningsresultat och de professionellas perspektiv (Sackett m fl., 1997). Även om det hos myndigheterna i Sverige har märkts en tydlig ambition att utveckla en evidensbaserad missbrukarvård och att flertalet av de professionella har bejakat en mer evidensbaserad missbrukarvård har klientperspektivet i praktiken inte getts någon märkbar uppmärksamhet (Fäldt m fl., 2007). Än så länge får evidensbaserad medicin störst uppmärksamhet och klienten som informations- och kunskapspartner tas inte på allvar. Med tanke på att tilliten till läkarvetenskapen är stor i samhället använder än så länge flera förespråkare av evidensbaserad praktik, metoder som är en förenklad version av evidensbaserad medicin där den professionella vardagspraktiken och klientens delaktighet och kunskaper är frånvarande (Oscarsson, 2006). Klienters erfarenheter och uppfattningar ignoreras i stort sett även av professionella vårdgivare inom kommun och landsting som främst fokuserar på de faktorer som de själva kontrollerar i en tänkt ideal vårdkedja. Dessa stora vårdgivande enheter kan därför utbilda vårdpersonalen inom t.ex. individinriktade behandlingsmetoder utan att bry sig om klienternas erfarenheter, värderingar och önskemål angående vården.

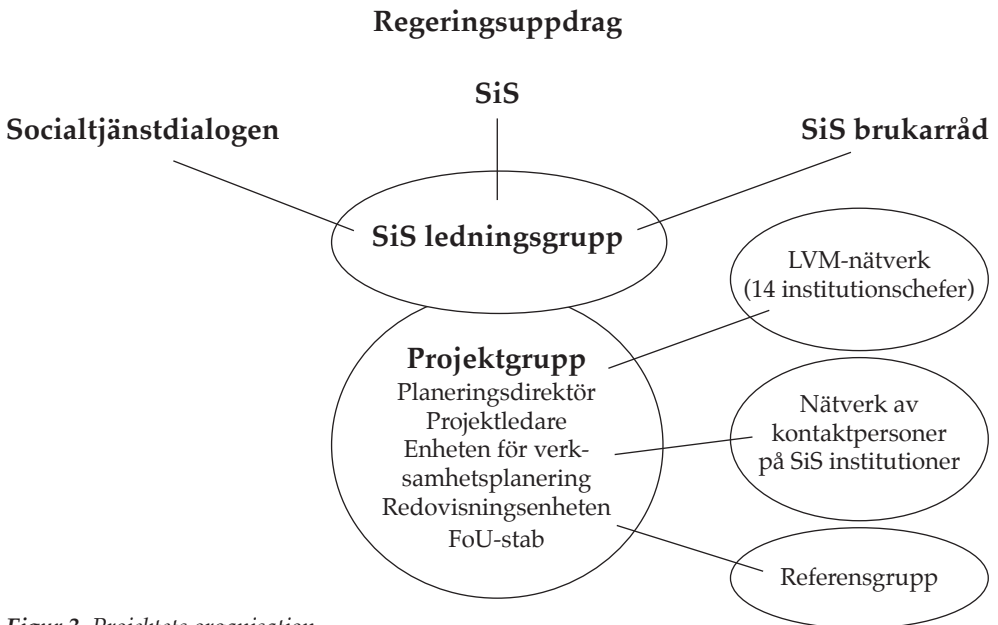
Sammanfattningsvis kan huvudsyftet med LVM-lagstiftningen sägas vara att avbryta det tunga alkohol-/narkotikamissbruket och skapa förutsättningar för att den enskilde ska motiveras till fortsatt frivillig vård samt en mer långsiktig rehabilitering. Även om tvångsvården kritiserar ibland för att den kränker individen betraktas den som nödvändig framförallt eftersom missbruket anses utgöra hot för missbrukarens liv eller för samhället denne lever i. Många forskare lyfter fram fördelarna med tvångsvård, särskilt i de fall institutionsvården följs av eftervård. När klienter har vårdats under en längre tid har det visat sig att bland annat sjukskrivningsfrekvensen har sjunkit reellt, den genomsnittliga andelen förbättrade klienter har ökat stadigt och att klienternas livssituation har förbättrats. Allt fler forskare lyfter fram eftervårdens betydelse och menar att långsiktiga planeringar och eftervårdsinsatser gör att klienter känner motivation för att genomföra vården. Klientens frivilliga val lyfts också fram som en viktig aspekt för en lyckad behandling. Även internationella studier visar att vårdens längd och mängd är de två viktigaste

faktorerna för en lyckad missbruksbehandling. Den sociala aspekten är också en viktig del av missbrukarvården. Uppföljningar har kommit fram till att det viktigaste resultatet av den långsiktiga vården var att missbrukarna kunde komma in i ett socialt sammanhang och fick möjligheter att möta andra människor som de fick förtroende för.

3 Projektorganisationen

Under december 2004 inrättades en projektorganisation inom SiS som skulle administrera stödet till Ett kontrakt för livet och följa dess verkningar. Planeringsdirektören var projektansvarig med enhetschefen för FoU-enheten som projektledare och informationschefen som informationsansvarig. I projektgruppen ingick även en forskningsledare, en handläggare och två utredningssekreterare.

En stor del av planerings- och förberedelsearbetet gjordes under våren 2005. Det viktigaste dokumentet i arbetet var anvisningarna som preciserade vilka krav som skulle ställas när en klient påbörjade en § 27-vård. En viktig del av institutionernas uppgifter var att komma överens med socialtjänsten om vårdplaneringen för klienter som skulle teckna en överenskommelse. Ett överenskommelseformulär utformades dels som dokumentationsunderlag, dels som underlag till uppföljning och utvärdering.



Figur 3. Projektets organisation

En annan instans som involverades i projektet var *SiS Brukarråd* inom missbrukarvården. Rådet hade funnits sedan hösten 2004 och bildades delvis på grund av vårdkedjeprojektet där det var uttalat att brukarorganisationer skulle vara med i styrgruppen. Två representanter från brukarrådet som hade varit delaktiga i styrgruppen för Vårdkedjeprojektet informerade sedan medlem-

mar i rådet om projektets utveckling och innehåll på regelbundna möten. SiS brukarråd, som hade stor erfarenhet av den frivilliga sektorns möjligheter att erbjuda vårdinsatser, bidrog genom erfarenhetsutbyte i arbetet med Ett kontrakt för livet till att även brukarnas syn på verksamheten togs i beaktande.

Under 2006 bildades en *referensgrupp* bestående av bland andra några av de mest erfarna institutionscheferna. Gruppen skulle fungera som ett idéforum och bredda perspektivet i utvärderingen. Representanter från KIA och DOK var också med i referensgruppen för att kunna förse utvärderingen med data.

I projektorganisationens arbete ingick olika moment bestående av informationsspridning om projektet, handläggning, registrering och dokumentation av klienter, utbetalning av subventionerna, uppföljning och utvärdering samt avrapportering till regeringen. Nedan finns en närmare beskrivning av projektets olika delar och hur de organiserades.

Informationsspridning

En central del av uppdraget var att informera klienterna och kommunerna om Ett kontrakt för livet. En av utredningssekreterarna fick ansvaret för att besvara praktiska frågor om exempelvis kommunernas ersättning för socialsekreterarnas arbete eller resor samt institutionernas ersättning för kostnader som inte ingick i dygnsavgiften. Några institutioner undrade dessutom vad som skulle hända om klienterna rymde från hemmen och om de var betalningsskyldiga i och med att de hade en uppsägningstid. Frågan syftade framför allt på avgifter som dels handlade om § 27-vårdsstället där klienten inte är och dels till SiS-institutionen som ofta tar tillbaka den avvikna klienten. Dessutom har det ställts en mängd andra frågor från socialtjänsten om vad som egentligen ingick i ersättningen.

För att kunna besvara praktiska frågor bildade utredningssekreteraren ett nätverk bestående av kontaktpersoner på alla 14 SiS-institutioner som ingick i projektet. Det fördes även en dialog med institutionscheferna om principiella frågor. Syftet med nätverket var att utforma en gemensam hållning i dessa ärenden och att utarbeta ett gemensamt arbetssätt i planeringen och i kontakten med socialtjänsten. I regeringsuppdraget ingick att utforma samverkan med socialtjänsten, varför det var nödvändigt att alla de aktuella institutionerna skulle ha samma förhållningssätt gentemot socialtjänsten. I diskussionerna ingick även att formulera krav för vården efter behandlingen på institutionerna och om institutionerna till exempel skulle försöka påverka innehållet i den frivilliga vården. I uppdraget ingick nämligen att SiS institutioner skulle vara med och formulera en standard för socialtjänstens vårdplanering. Institutionerna behövde således ett gemensamt synsätt för att lättare kunna planera behandlingen tillsammans med socialtjänsten. Nätverket hade regelbundna möten med korta intervaller i början. Allt eftersom de praktiska frågorna löstes minskade antalet möten.

SiS ville även initiera någon form av organiserat samarbete med socialtjänsten kring hur den långsiktiga vården av missbrukare skulle planeras och organiseras. Till detta utnyttjades en redan etablerad samarbetskanal, den så kallade socialtjänstdialogen, för att bland annat sprida information till kommunerna. På regelbundna möten mellan representanter i ledande befattningar inom SiS och socialförvaltningarna i drygt hundra kommuner runt om i landet togs Ett kontrakt för livet upp som en huvudpunkt i dagordningen.

På SiS huvudkontor använde man sig av olika tillvägagångssätt för att sprida information om projektet. En informationsbroschyr skickades till alla landets kommuner, en e-postlista bestående av uppemot 500 socialsekreterare och enhetschefer upprättades, annonser publicerades regelbundet i tidningen Dagens samhälle. Därutöver deltog SiS i konferenser och förde dialog med länsstyrelser runt om i landet i samband med tillställningar med socialtjänsten. Placeringsenheten vid SiS hade i uppdrag att informera om satsningen till varje handläggare som ringde efter att Ett kontrakt för livet startade. Placeringsenheten hade alltså en viktig roll i kunskapspridningen.

Trots dessa informationsinsatser kom ändå in i det tredje verksamhetsåret samtal från enhetschefer som var ovetande om projektets existens. Enskilda socialsekreterare visste ännu mindre om projektet. Det var således svårt att sprida informationen till alla nivåer i de kommunala organisationerna. Detta har märkts av institutionerna som har mött bristande kunskap om satsningen hos socialsekreterarna. Den bristande kunskapen kan delvis förklaras av svagheter i de interna informationsströmmarna i kommunerna. Många olika parter från olika sektioner inom kommunerna var inblandade i projektet, eftersom till exempel utredningen görs på en sektion medan planeringen görs på en annan.

Handläggningsförfarandet

Efter att en ny LVM-dom avkunnats av länsrätten rapporteras den till placeringsenheten på SiS, som i sin tur anvisar en lämplig plats på en institution. En viktig faktor vid placeringen är att institutionen ska passa den målgrupp som klienten tillhör. Både institutionen och kommunen informeras om placeringen. I och med att en placering genomförs registrerar institutionen i KIA (Klient- och institutionsadministrativa systemet) att ett intag har skett och först då blir klienten föremål för diskussion om Ett kontrakt för livet.

På institutionen informerar behandlingsassistenterna nyinkomna klienter om Ett kontrakt för livet. Sedan starten av satsningen har i princip alla blivit informerade om projektet och om vad som krävs för att de ska skriva ett kontrakt. I de fall parterna är överens om att teckna ett kontrakt och framförallt när socialtjänsten har gjort sin planering för vården efter LVM undertecknas en överenskommelse. En kopia av överenskommelsen skickas sedan till SiS huvudkontor för granskning och godkännande. Det ger en kvalitativ bedömning av uppgifterna i överenskommelsen, det vill säga det som handlar om

vårdplanering för tiden på institutionen och tiden efter institutionsvården. På detta stadium är i första hand uppgiften att säkerställa att stödet går till den vård som är planerad. SiS huvudkontor står för utbetalningen och har ansvaret för inrapporteringen av förbrukade medel till departementet. SiS överprövar inte institutionernas vårdplanering utan kompetensen att bedöma har institutionerna själva.

I överenskommelsen finns underskrifter från både kommunen och institutionen som medger att de båda står för planeringen och genomförandet av vården. SiS gör en kontroll för att säkerställa att det finns en överenskommelse för att göra utbetalningen.

Finansiering

Den statliga subventionen täcker 80 procent av kostnaderna under § 27-vården och utbetalningen sker i två delar. Socialtjänsten ska först betala kostnaderna för hela LVM-vården i vanlig ordning. Sedan, när § 27-tiden är över och allt är betalt, inskickas fakturan till SiS som i sin tur betalar ut 70 procent av kostnaden efter att ha säkerställt kopplingen mellan fakturorna och vårdinnehållet i överenskommelsen. De resterande 10 procenten utbetalas först när uppföljningsmötet har genomförts tre månader efter avslutad LVM. Kommunen står för kostnaderna under eftervården.

Innan utbetalningarna överhuvudtaget kan ske stämmer ekonomiavdelningen av med KIA för att få bekräftat att klienten är placerad enligt 27 § LVM och har en överenskommelse. Utbetalningen omfattar alltså endast de klienter som har en överenskommelse. Under projekttiden har flera kommuner fakturerat SiS för utgifter för § 27-vård av klienter utan överenskommelse. I enlighet med regeringsbeslutet ska SiS subventionera kommunernas vårdkostnader på behandlingshem, familjehem och öppenvårdsinsatser med missbruksbehandling, dock inga boendekostnader under 27 § LVM.

För SiS fick satsningen främst betydelse för att efterfrågan på LVM-platser ökade. SiS startade också § 27-verksamhet i mindre skala för att möjliggöra vård i öppnare former för särskilt svårplacerade klienter. Men framför allt skapade projektet goda förutsättningar för ett förstärkt och förbättrat samarbete mellan institutionerna och socialtjänsten.

Huvudsyftet med satsningen var att förbättra planeringen för eftervården, det vill säga när § 27-tiden är över och eftervården påbörjas. Denna vård ska hänga ihop med det som har skett innan, alltså ska det finnas en vårdkedja. Bristfälliga insatser från kommunernas sida för tiden efter LVM gör att klienten ofta återfaller i missbruk och tvingas återvända till institutionen. Utan socialtjänstens planering för tiden efter behandlingen väntar en oviss tillvaro för klienterna, som ofta saknar bostad, arbete och socialt nätverk. Det finns heller ingen vård som väntar dem om socialtjänsten inte planerar för det. Därför behövs en planering för vården avseende sex månader efter LVM.

Ekonomi/subventioner

Den totala kostnaden för satsningen låg på cirka 135 miljoner kronor fram till den 31 mars 2008, dvs. mindre än hälften av den budgeterade summan. Statens subvention uppgick till 100 miljoner kronor per år vilket betyder 300 miljoner kronor över en treårsperiod. I enlighet med regeringsbeslutet skulle SiS subventionera kommunernas vårdkostnader för behandlingshem, familjehem och öppenvårdsinsatser med missbruksbehandling, dock inga boendekostnader, under 27 § LVM. Stödets storlek under perioden var sammanlagt 80 procent av de faktiska vårdkostnaderna, av vilka 70 procent betalades ut efter att vården hade avslutats. Resterande 10 procent betalades ut efter att uppföljningsmöte genomförts med socialtjänsten tre månader efter avslutad LVM-vård. Dessutom skulle kommunerna få ersättning för placeringar enligt 27 § LVM.⁵ Enligt uppdraget utgick subventionen till § 27-vård i SiS regi också.

För Ett kontrakt för livet har medel förbrukats enligt följande:⁶

År 2005	22 641 tkr
År 2006	52 996 tkr
År 2007	47 955 tkr
År 2008	11 758 tkr (avser januari–mars)
Summa:	135 350 tkr

Förutom ovanstående kostnader beräknas vård som utförts under de tre sista månaderna av 2007 och de tre första månaderna av 2008 men ännu inte fakturerats att uppgå till mellan 15 000 och 20 000 tkr. Kostnaderna har alltså uppgått till ca 50 miljoner kronor per år, vilket är runt hälften av det regeringen avsatte. Av denna anledning i kombination med kommunernas behov beslutades en förlängning av projektet med ytterligare ett år, till och med utgången av år 2008.

Genom Ett kontrakt för livet har Stockholm med kranskommuner fått runt 17 miljoner kronor, Göteborg 18 miljoner kronor och Malmö 4 miljoner kronor i subventioner. Storstädernas andel har varit omkring 30 procent av den totala ersättningen till kommunerna vid deltagande i projektet.

Sammanfattning av projektorganisationen

För att administrera stödet till Ett kontrakt för livet och följa dess effekter skapades en projektorganisation på SiS. I dess arbete ingick olika moment som bland annat bestod av informationsspridning, handläggning, registrering och dokumentation av klienter, finansiering, uppföljning samt utvärdering. Även SiS brukarråd involverades i arbetet och bidrog främst genom erfarenhets-

⁵ I avgiften ingår att en plats hålls reserverad vid institutionen om ett återtagande av klienten till institutionen skulle bli nödvändigt.

⁶ Redovisningen är gjord av ekonomiavdelningen på SiS.

utbyte för att brukarnas syn på verksamheten skulle tas i beaktande. Senare bildades en referensgrupp som skulle verka som ett idéforum, framförallt inför sammanställningen av slutrapporten.

En stor del av projektorganisationens arbete, särskilt under det första verksamhetsåret, var att sprida information om projektet till de olika parter som skulle ingå i projektet. I detta arbete ingick bland annat att svara på de praktiska frågor som uppkom och delta i möten och konferenser. Trots dessa insatser för att sprida information var kunskapen bristfällig i några kommuner även under det sista verksamhetsåret. Den enskilde informeras ofta om Ett kontrakt för livet först efter placeringen på ett LVM-hem. En överenskommelse undertecknas om de inblandade är överens om en plan för eftervården. När en klient med Ett kontrakt för livet skrivs ut från § 27-vården får kommunen tillbaka 70 procent av vårdkostnaden, efter att SiS kontrollerat fakturan. Om även tremånadersuppföljningsmötet genomförs får kommunen tillbaka ytterligare 10 procent. Det är viktigt att påpeka att SiS inte i någon större utsträckning fick del av de ekonomiska medel som var avsedda för satsningen, utan gynnades istället av högre beläggning och att bättre förutsättningar skapades för att förstärka samarbetet mellan SiS institutioner och socialtjänsten.

Genom att se till den ekonomiska aspekten visade det sig att endast hälften av den uppsatta budgeten för projektet (100 miljoner kronor per år) användes. Detta ledde följaktligen till att projekttiden förlängdes att även omfatta år 2008.

4 Projektets resultat

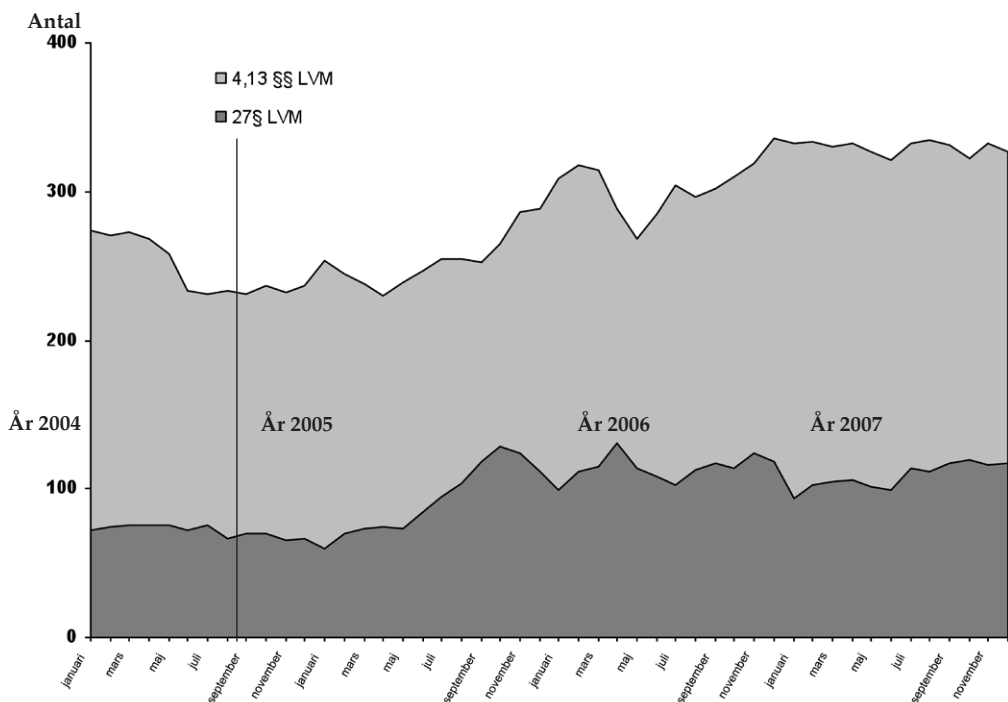
Syftet med detta avsnitt är att redogöra för utvecklingen av LVM-vården under den period som projektet Ett kontrakt för livet har pågått. Resultaten kommer att presenteras i tre delar. Den inledande delen redovisar förändringar vad gäller efterfrågan på vård jämlikt LVM. Har satsningen bidragit till att antalet LVM-intagningar ökat under perioden? Att just den frågan är särskilt intressant hänger samman med att LVM-utredningen pekade på bristande resurser i missbrukarvården som en avgörande faktor för att människor med missbruksproblem inte fick adekvat vård och omsorg. Satsningen skulle bidra till utvecklingen av missbrukarvården genom fler kvalificerade och långsiktiga vårdinsatser. För att uppnå detta mål krävdes fler planerade LVM-intagningar. Vård i annan form enligt 27 § LVM är på samma vis av stor betydelse eftersom den avser att motivera klienten till frivillig medverkan i en fortsatt behandlingsprocess och att ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Förändringar i placeringar enligt 27 § LVM redovisas således också här.

I den andra delen redovisas data om vårdens planering och dess genomförande, både för vård i annan form enligt 27 § LVM och för tiden efter det. Detta avsnitt inleds med en kort beskrivning av missbrukssituationen bland LVM-klienter generellt jämfört med dem som har skrivit under överenskommelsen Ett kontrakt för livet. Dessutom redovisas klienternas missbrukssituation efter vårdinsatserna.

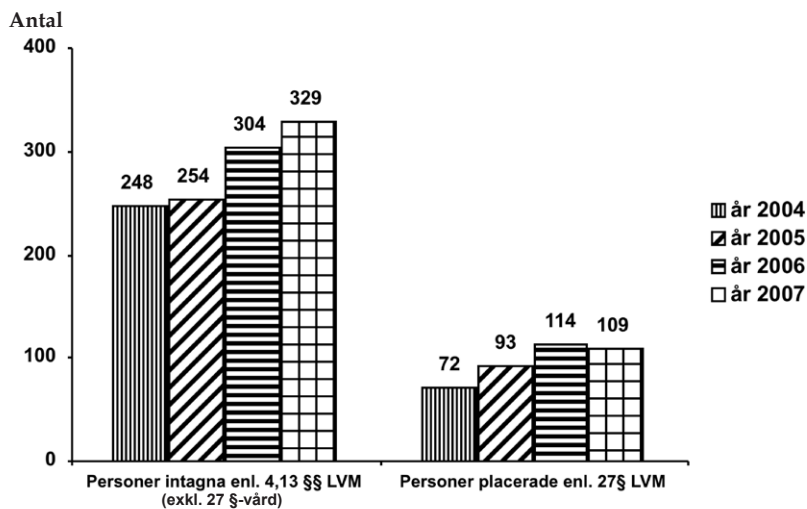
I den tredje och avslutande delen presenteras även andra resultat i form av insatsens effekter på klienternas boende, sysselsättning, försörjning, fysisk och psykisk hälsa samt kriminalitet.

Fler tunga missbrukare får LVM

Under de senaste åren har efterfrågan på vård inom LVM ökat. Sedan Ett kontrakt för livet inleddes har beläggningen gradvis ökat inom LVM-vården. I början av verksamhetsåret 2005 var ökningen marginell men under den andra halvan av året, när informationen om satsningen spreds till landets kommuner, ökade antalet inskrivningar och överenskommelser vid LVM-hemmen. Diagrammet nedan visar att ökningen av beläggningen tog fart under hösten 2005 och, med en kortvarig minskning under sommaren 2006, höll sig kvar på en hög nivå under hela projektperioden.



Figur 4. Den genomsnittliga beläggningen⁷ per månad under åren 2004–2007 fördelad efter lagrum (uppgifter från KIA)



Figur 5. Den genomsnittliga beläggningen⁸ per år, efter lagrum (KIA)

⁷ Genomsnittlig beläggning per år beräknas enligt formeln: antal vårddagar som klienter vårdats på LVM-hem dividerat med antal dagar per år.

⁸ Genomsnittlig beläggning per år beräknas enligt formeln: antal vårddagar som klienten vårdats på LVM-hem dividerat med antal dagar per år.

Figur 5 visar att den genomsnittliga beläggningen enligt 4 och 13 §§ LVM ökade med drygt 30 procentenheter från 2004 till 2007 och § 27-placeringarna med drygt 50 procent. LVM-institutionernas genomsnittliga faktiska beläggning ökade från 87 procent 2004 till 100 procent 2007.

För att kunna bemöta den stigande efterfrågan inom LVM-vården ökade SiS platsantalet på två institutioner med sammanlagt nio platser (tre för kvinnor och sex för män).

Klienter med överenskommelser

Till en början var andelen klienter som träffade överenskommelser i förhållande till totalt antal § 27-placerade ganska låg men med tiden ökade andelen överenskommelser. Under 2005 hade 48 procent av LVM-klienterna som skrevs ut efter att ha vårdats enligt 27 § LVM en överenskommelse. Den inledningsvis låga andelen berodde på svårigheter med att informera kommuner om satsningen som i sin tur inte kunde engagera sina klienter till att medverka i en långsiktig planering tillsammans med SiS-institutionerna. Under 2006 och 2007 ökade andelen utskrivna som vårdades enligt 27 § LVM med överenskommelser till 70 respektive 68 procent vilket innebar att allt fler klienter engagerades i en långsiktig vårdplanering. Allteftersom informationer nådde ut till kommunerna blev fler kommuner och klienter engagerade i projektet.

§ 27-placeringarna

Överenskommelser i planeringen för vården har inneburit en snabb ökning av antalet placeringar enligt 27 § LVM. Av totalt 856 klienter som år 2007 skrevs ut efter vård enligt 4 § LVM hade 664 vårdats enligt 27 § LVM. Motsvarande siffra för år 2004 var 510 (av totalt 641). Med andra ord har andelen klienter som erhåller § 27-vård inte ökat men på grund av den ökade beläggningen har antalet klienter i § 27-vård ökat. Ett kontrakt för livet kan också ha haft betydelse för ökningen av LVM-vården som helhet men särskilt för § 27-vården. För många klienter gav överenskommelsen en möjlighet att överhuvudtaget få en placering enligt § 27.

Tabell 1. Klienter som skrevs ut efter vård enligt 4 § LVM som fått vård i annan form enligt 27 § LVM (KIA)

År	2003	2004	2005	2006	2007
Antal	525	510	506	631	664
Andel	79%	80%	80%	79%	78%

Tabellen ovan visar att trots ökningarna i antalet klienter som får vård i annan form enligt 27 § LVM avstod 20 procent av klienterna med en § 4-placering från en § 27-placering. Bland verksamma inom LVM-vården, särskilt på institutionerna, lyfts flera förklaringar fram. En är att de klienter som har subutex

och metadon inte får någon § 27-placering. En annan handlar om svårigheter att hitta någon passande plats till vissa klienter, speciellt till dem som är svårt psykiskt sjuka. Den tredje förklaringen är att vissa klienter helt enkelt vägrar § 27-vård. Dessa stannar kvar på institutionerna tills LVM-tiden är över.

Tabell 2. Antal utskrivna efter vård enligt 4 § LVM, varav klienter som vårdats enligt 27 § LVM, samt varav klienter med överenskommelse⁹ (KIA)

År	Utskrivna efter vård enligt 4 § LVM			Varav som någon gång vårdats enligt 27 § LVM			Varav med överenskommelse		
	Kvinnor	Män	Samtliga	Kvinnor %*	Män	Samtliga %*	Kvinnor %**	män %**	samtliga %**
2004	223	418	641	83	78	80	-	-	-
2005	232	401	633	80	80	80	49	48	48
2006	285	509	794	79	80	79	68	72	70
2007	296	560	856	82	75	78	72	65	68
Totalt	1036	1888	2924	81	78	79	64	63	63

* Procent av utskrivna efter vård enligt 4 § LVM

** Procent av någon gång vårdade enl 27§LVM. Den totala andelen är beräknad på åren 2005–2007

Läsavisning: Av de 633 utskrivningsärenden efter vård enligt 4 § LVM år 2005 hade 506 (80%) vid minst ett tillfälle vårdats enligt 27 § LVM.

Av dessa hade 243 (48%) vid minst ett tillfälle vård enligt 27 § LVM inom ramen för Ett kontrakt för livet.

Av tabell 2 framgår att för åren 2006 och 2007 saknades överenskommelse för drygt 30 procent av de § 27-placerade klienterna. Enligt vissa institutioner kan detta bero på att en del kontrakt, trots påminnelser, aldrig fylls i av socialtjänsten och att kommunen i vissa fall är rädd att göra någonting som egentligen är landstingets ansvar eller att klienterna trivs så bra på institutionen att de inte vill flytta.

Överenskommelser efter klienternas kön och ålder

Kvinnor har varit något mer positiva än män till att träffa överenskommelser. För hela perioden hade 64 procent av kvinnorna som skrivits ut efter vård enligt 27 § LVM en överenskommelse medan siffran för män låg på 62,5 procent.

Det har också visat sig att de allra yngsta klienterna har varit något positivare till en långsiktig planering av sin vård. För hela perioden träffade 65 procent

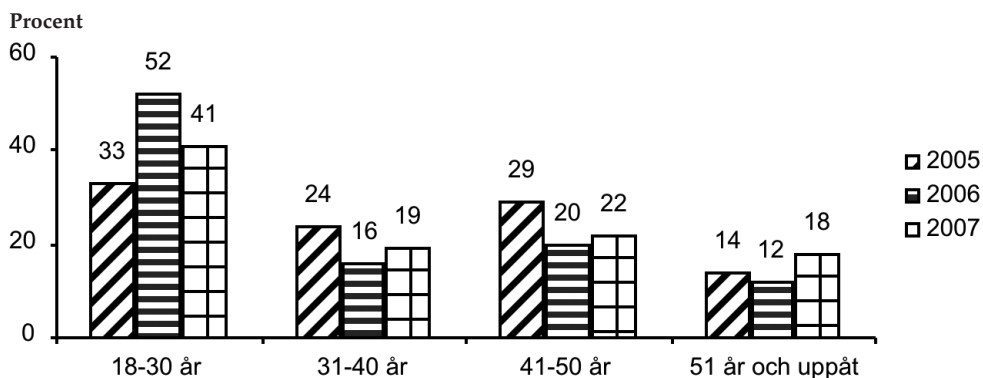
⁹ Denna tabell finns i sin helhet i bilagan.

av klienterna mellan 18 och 30 år en överenskommelse, medan andelen för åldersgruppen 31 år och äldre var 62 procent. I den yngre åldersgruppen (18-30 år) redovisar båda könen höga resultat även om variationer förekommer under perioden.

Fördelningen mellan män och kvinnor i Ett kontrakt för livet har i stort sett varit densamma som inom § 27-vården. Under hela perioden (1 januari 2005–31 december 2007) har sammanlagt 717 män (63%) och 419 (64%) kvinnor tecknat överenskommelse inom Ett kontrakt för livet. Förändringar när det gäller fördelningen mellan män och kvinnor har under perioden varit marginella.

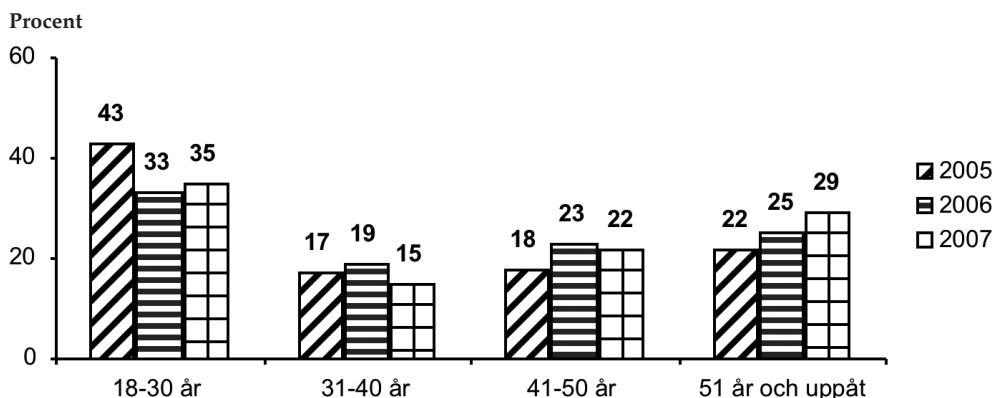
Andelen utskrivna med överenskommelse har varierat inom olika åldersgrupper under perioden för både män och kvinnor. Den största förändringen skedde inom den yngsta åldersgruppen. Mellan 2005 och 2006 ökade andelen yngre kvinnor kraftigt i förhållande till dem över 30 år, från 33 till 52 procent. Som framgår av figur 6 minskade andelen unga kvinnor till 41 procent under 2007, men de representerar fortfarande den största åldersgruppen bland kvinnliga klienter. När det gäller åldersgruppen 31–50 förekom en viss minskning under perioden, medan en viss ökning redovisas för den äldsta åldersgruppen.

Andelen yngre män i förhållande till äldre män minskade kraftigt under den inledande fasen. Som framgår av figur 7 minskade andelen mellan åren 2005 och 2006 med 10 procentenheter (från 43 till 33%). Därefter ägde en stabilisering rum.



Figur 6. Andel¹⁰ kvinnor utskrivna efter vård enligt 27 § LVM med överenskommelse per år efter åldersgrupper (KIA)

¹⁰ Andel av antalet kvinnor inom Ett kontrakt för livet.



Figur 7. Andel¹¹ män utskrivna efter vård enligt 27 § LVM, med överenskommelse per år efter åldersgrupper (KIA)

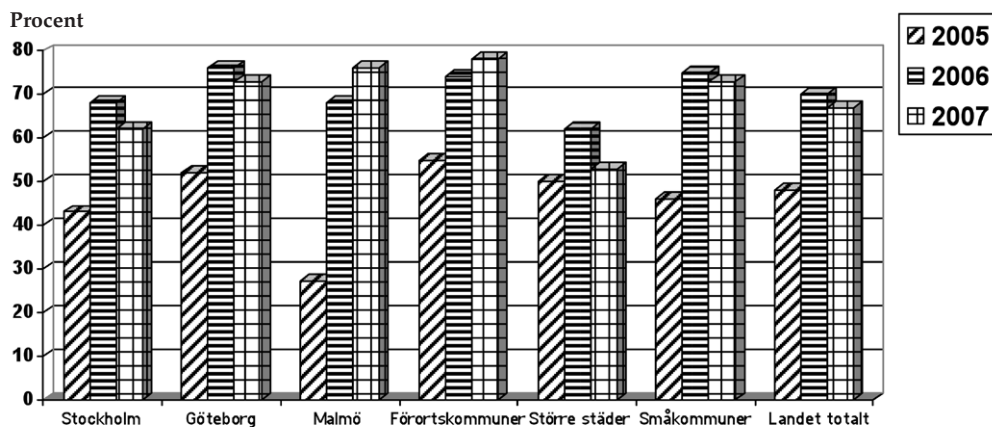
Jämfört med unga kvinnor (18–30 år) var förändringen bland unga män som skrevs ut efter vård enligt § 27 mellan 2006 och 2007 ganska marginell. Inom den äldre åldersgruppen har andelen ökat stadigt under perioden. Under perioden har andelen män 51 år och uppåt inom Ett kontrakt för livet (av alla män) ökat med sju procentenheter, från 22 procent år 2005 till 29 procent år 2007. Andelen kvinnor i samma åldersgrupp (av alla kvinnor) ökade också, från 12 till 18 procent.

Kommunerna om projektet

Som det har redogjorts för tidigare var en av de viktigaste delarna av SiS arbete, framförallt under det första året, informationsspridning kring Ett kontrakt för livet. Kommunerna har varit den viktigaste målgruppen för informationskampanjen och blev successivt mer intresserade av projektet. De som skrevs ut år 2005 efter vård enligt 27 § LVM inom ramen för Ett kontrakt för livet kom från 84 av landets kommuner. År 2006 var motsvarande siffra 136 kommuner och år 2007 145 kommuner. I förhållande till utskrivningar efter vård enligt 27 § LVM fanns 46 kommuner som inte hade ingått i projektet 2005, 24 kommuner år 2006 och 22 kommuner år 2007.

Engagemanget för projektet varierade dock mellan de deltagande kommunerna. Vissa kommuner hade ett eller några enstaka ärenden medan andra hade många. Den kommun som under hela perioden träffade flest antal överenskommelser var Göteborg.

¹¹ Andel av antalet män inom Ett kontrakt för livet.



Figur 8. Andelen vårdade enligt 27 § LVM efter kommungrupper (KIA)

En fördelning utifrån kommungrupp (orstäder, förortskommuner, större städer med 50 000–200 000 invånare och småkommuner med färre än 50 000 invånare) visar att deltagandet i projektet har varit störst i förortskommuner och lägst i större städer. I förortskommuner var andelen klienter med överenskommelse, i förhållande till den totala andelen vårdade enligt 27 § LVM, 70 procent under hela perioden jämfört med 55 procent i orstäderna. Bland småkommunerna hade 67 procent överenskommelser och orstäderna var på samma nivå som genomsnittet för hela landet, dvs. 63 procent. Inom orstäderna har det dock varit stora skillnader. Flest överenskommelser tecknades av Göteborg (68%), jämfört med 59 procent i Stockholm och 56 procent i Malmö. Mellan det första och andra projektåret ökade andelen överenskommelser kraftigt men därefter avstannade uppgången. Lägst andel tecknade avtal under det inledande året hade Malmö stad som tecknade överenskommelser för 27 procent av alla sina invånare som vårdades enligt 27 § LVM, jämfört med 55 procent bland förortskommunerna.

När det gäller engagemanget i Ett kontrakt för livet har det funnits stora variationer mellan länen. Som framgår av tabellen i bilagan (utskrivningar efter hemkommunens länsstillhörighet) skiljer det över 40 procentenheter mellan Kalmar län som har den högsta andelen överenskommelser (82 procent) och Södermanlands län som har den lägsta andelen (40 procent). De län som har andra och tredje högsta andelen överenskommelser är Gotland och Värmland som båda passerade 80-procentsgränsen. Bland länen som har lägsta andelen överenskommelser kan nämnas Västmanlands och Västerbottens län som har tecknat överenskommelse i 49 respektive 51 procent av fallen.

Vård i annan form enligt 27 § LVM

En av projektets viktigaste uppgifter var att se till att klienter som placerades enligt 27 § LVM genomförde vården enligt planeringen. Vård enligt 27 § LVM innebär öppnare vårdformer med ett aktivt deltagande från klienter. Denna vårdform organiseras olika i kommunerna. Av Ett kontrakt för livets särskilda socialtjänstenkät framgår att drygt hälften av de 770 klienter, vars handläggare svarade på enkäten, genomförde vården helt enligt planeringen. Kvinnorna genomförde vården i större utsträckning än männen, skillnaden var 10 procentenheter. Var fjärde klient genomförde vården till viss del. Dessa klienter påbörjade sin vård men kunde av olika skäl inte slutföra den. Nästan var fjärde klient genomförde inte vården. Det främsta skälet för avbrotten av vården var återfall i missbruk. Bland männen var andelen återfall i missbruk högre, 32 procent mot 25 procent bland kvinnor. Det bör dock konstateras att 60 procent av klienterna som haft återfall hade bara ett rapporterat återfall i sitt register. Ytterligare 25 procent hade två återfall. Andelen som hade tre eller fler återfall var 15 procent. Det andra största skälet till avbrott i vården var att klienterna själva avbröt deltagandet. Omplacering och flyttning från kommunen förekom också.

Tabell 3. Genomförande av § 27-vården, efter kön (radprocent, Socialtjänstenkät)

	Genomförande av vården			Totalt Procent	Totalt Antal
	Ja	Delvis	Nej		
Kvinna	59	23	19	100	281
Man	49	26	25	100	489
Totalt	53	25	23	100	770

§ 27-placering

Ett villkor för klienter som skriver på Ett kontrakt för livet är att de ska bli placerade enligt 27 § LVM. Placeringsformen kan dock bestämmas av de olika parterna i samband med utformandet av överenskommelsen och vårdplaneringen. Den vanligaste placeringsformen i överenskommelserna mellan kommuner och LVM-hem är behandlingshem. Därutöver förekom följande former av § 27-vård:

Tabell 4. Planerad § 27-vård (Socialtjänstenkät)

	Kvinnor	Män	Totalt Procent	Totalt Antal*
Behandlingshem/HVB-hem samt § 27-vård i SiS regi	165 (59%)	246 (51%)	54	411
Familjehem	27 (10%)	54 (11%)	10,5	81
Omvårdnad	17 (6%)	26 (5%)	5,5	43
Öppenvårdsinsatser med missbruksbehandling	69 (25%)	159 (33%)	30	228
Totalt	278 (100%)	485 (100%)	100%	763

* Det saknas uppgifter om sju klienter.

Drygt 70 procent av klienterna som placerades i vård i annan form enligt 27 § LVM genomförde vården på behandlingshem, familjehem eller annan omvårdnadsform, varav de flesta, 54 procent, på behandlingshem. Övriga 30 procent placerades inom öppenvården under § 27-tiden. Skillnaden mellan könen var ganska liten, med undantag av öppenvårdsplacering. Andelen kvinnor som placerades i ett behandlingshem var något större än andelen män, och förhållandet var det motsatta för placeringar inom öppenvården.

Andelen klienter som placerades i behandlingshem och familjehem ökade successivt under projekttiden, både under 27 § LVM och efter avslutad LVM-vård. Andelen kvinnor som placerades på behandlingshem / HVB-hem ökade under perioden samtidigt som andelen män som placerades i öppenvårdsinsatser ökade. Omvårdnadsinsatser användes endast i liten utsträckning.

Som framgår av tabell 5 lyckades 53 procent av de klienter som påbörjade § 27-vården att genomföra den. Ytterligare 24 procent genomförde vården till en viss del och 23 procent kunde inte genomföra vården. Bland de två vanligaste vårdformerna, behandlingshem och öppenvård, lyckades 54 procent av klienterna på behandlingshemmen fullfölja vården jämfört med 46 procent inom öppenvården. När det gäller genomförandet av vården i olika vårdformer är skillnaderna mellan män och kvinnor ganska marginella.

Tabell 5. Genomförande av § 27-vården (Socialtjänstenkät), radprocent

Placeringsform	Vården kunde genomföras (procent)			
	Ja	Delvis	Nej	Antal*
Behandlingshem	54	23	23	407
Familjehem	58	23	20	80
Omvårdnad	63	30	7	43
Öppenvård	46	27	27	226
Totalt	53	24	23	756

* Det saknas uppgifter om 14 klienter.

Ett flertal klienter följde enbart den vårdplanering som det hade träffats överenskommelse om, men 15 procent provade även andra vårdalternativ. Bland dessa fanns en större grupp (mer än var tredje) som redan var placerade på ett behandlingshem men som ville prova ett annat behandlingshem. Näst största gruppen (var femte) var de som redan var placerade i öppenvård men ville prova någon ny öppenvård.

Klienterna om § 27-vården

Utifrån extrafrågorna i DOK-intervjuerna som gjordes i samband med uppföljningarna sex månader efter avslutad LVM-vård maj-juli 2007 kan man se en generellt positiv syn hos klienterna gällande deras § 27-vård. Av de 58 klienter

(av totalt 81) som ställde upp på en intervju tyckte 72 procent att de fick den hjälp som de behövde, medan 25 procent inte tyckte att de fick det. Av tabell 6 framgår att hela 81 procent ansåg att deras vård under § 27-tiden planerades i samverkan mellan dem själva, respektive institution och socialtjänst. Endast tre klienter tyckte att det inte fanns någon samverkan mellan de olika parterna och sju klienter ansåg att samverkan bara förekom till viss del.

Tabell 6. Planering av § 27-vården i samverkan mellan klient, institution och socialtjänst (Uppföljningsintervjuer)

Svarsalternativ	Ja	Nej	Delvis	Vet ej	Totalt
Antal	47	3	7	1	58
Andel	81	5	12	2	100

Bland klienterna hade 19 erfarenheter från tidigare placeringar enligt LVM. Av dessa tyckte 10 att denna placering var bättre än tidigare placeringar. De menade bland annat att placeringen i fråga medförde ett bättre hem, att det inte fanns någon planering alls förra gången och att de nu kände delaktighet. Endast två av klienterna tyckte att den var sämre än tidigare och fem märkte ingen skillnad från tidigare placeringar. Resterande två klienter svarade inte på frågan.

Utskrivning från LVM-hem

Av KIA-data framgår att en stor andel av klienter med ett kontrakt som skrevs ut från LVM-hem hade antingen en ordnad boendeform eller placerades på ett behandlingshem. Som framgår av tabell 7 var detta fallet för 84 procent av klienterna. Den största gruppen, dvs. 45 procent, var de som skrevs ut till fortsatt vård. HVB-hem var den klart populäraste eftervårdsformen. Åtta av 10 som fick fortsatt behandling efter LVM placerades på ett HVB-hem. Näst populärast vårdform var familjehem som sex procent av klienterna skrevs ut till efter LVM-vården. Vid en jämförelse mellan klienter med ett kontrakt och alla klienter som skrevs ut efter vård enligt 27 § LVM framgår att de med ett kontrakt i större utsträckning skrevs ut till fortsatt vård, 45 procent mot 37. Detta visar att klienter med ett kontrakt hade oftare en planerad eftervård än de utan kontrakt.

Utöver klienter som fick fortsatt behandling i ett hem skrevs ytterligare 39 procent av klienter med kontrakt till någon ordnad boendeform. Eget boende dominerade. 34 procent av klienterna hade eget boende och ytterligare 5 procent skrevs ut till föräldrahemmet eller fick bo hos släkt, vänner eller en annan familjemedlem. Dessutom skrevs sju procent av klienterna till tillfälliga boendeformer som inackorderingshem, träningshem eller stödboende. Andelen personer som vid utskrivningstillfället saknade ett ordnat boende uppgick till 3 procent. Uppgifter saknas om resterande fyra procent av klienterna.

Tabell 7. Utskrivningar från LVM-hem under 2005–2007 efter vad klienterna skrevs ut till

Utskriven till	Utskrivningar efter vård enligt 27 § LVM		varav med överens-kommelse	
	Totalt		Totalt	
	Antal	Proc av utskrivna	Antal	Proc av utskrivna
Avliden	14	0,8	7	0,6
Eget boende	716	39,8	384	33,8
Föräldrahemmet	38	2,1	20	1,8
Boende hos släkt / vänner	60	3,3	35	3,1
Familjemedlem/syskon	3	0,2	1	0,1
Forts. vård på HVB-hem	494	27,4	396	34,9
Forts. vård på Familjehem	94	5,2	72	6,3
Forts. vård enl SoL på institutionen	49	2,7	21	1,9
Forts. vård på sjukhem / särskild boendeform	21	1,2	15	1,3
Utskriven till eftervård	12	0,7	6	0,5
Inlagd på sjukhus*	20	1,1	10	0,9
Intagen på häkte / kriminalvårdsanstalt	10	0,6	6	0,5
Inackorderingshem/ träninglägenhet/stödboende	129	7,2	78	6,9
Bostadslöshet**	54	3,0	34	3,0
Vet ej/ej angivet***	87	4,7	50	4,4
Samtliga	1801	100	1135	100

*Inkluderar såväl psykiatrisk som somatisk vård

** Inkl. härbärge, husvagn/tält

***Inkl. avviken vid utskrivning

Källa: SiS klient- och institutionsadministrativa system (2008)

Eftervård (vård efter avslutad LVM)

Ett av de primära syftena med Ett kontrakt för livet var att förbättra eftervården. Begreppet har dock en mängd olika betydelser. I denna rapport avser eftervård i huvudsak insatser som följer efter utskrivningen från LVM-vården. LVM-vården är med andra ord en slags förvård som ska motivera klienterna till att genomgå en långsiktig behandling. I den särskilda socialtjänstenkäten har det därför ställts frågor om både planeringen och genomförandet av eftervården. Av svaren framgår att en tredjedel av de klienter som undertecknade en

överenskommelse genomförde sin planerade eftervård. Ytterligare en fjärdedel genomförde den planerade eftervården delvis. Totalt har alltså 59 procent av klienterna påbörjat eftervården. Av de återstående 40 procenten påbörjade hälften aldrig någon eftervård. Några avbröt kontakten med socialtjänsten eller flyttade till en annan kommun och ett tiotal togs in för ny LVM-vård inom en sexmånadersperiod. Bland dem som påbörjade sin planering fanns en grupp som ändrat planeringen under resans gång. Återfall i missbruk har varit den största orsaken till avbrott men det fanns även en liten andel som avbröt sin eftervård på grund av att de flyttade från kommunen. 27 klienter avled under eftervården. Var fjärde klient som påbörjade eftervården var fortfarande kvar i eftervården sex månader efter LVM-vårdens upphörande.

Tabell 8. Genomförande av eftervård efter kön (radprocent, Socialtjänstenkät)

	Ja	Delvis	Nej	Klienten avled eller inget svar	Totalt Antal
Kvinna	35	25	38	2	281
Man	33	24	41	2	489
Totalt	34	25	40	2	770

Skillnaderna i genomförandet av vården mellan olika placeringsformer har varit marginella. Detta gäller framförallt de två vanligaste vårdformerna behandlingshem och öppenvård, som erbjöds till drygt 85 procent av klienterna.

Tabell 9. Genomförande av planerad eftervård efter vårdform (radprocent, Socialtjänstenkät)

Placeringsform	Eftervården genomfördes			Antal*
	Ja, helt	Delvis	Nej	
Behandlingshem	34	25	41	261
Familjehem	44	23	33	75
Omvårdnad	33	31	36	33
Öppenvård	32	25	42	380
Totalt	34	25	40	749

* För 21 klienter saknas uppgifter om placeringsform.

När det gäller genomförandet av vårdplaneringen för tiden efter LVM förekom i princip inga skillnader mellan könen. Kvinnor som placerades på behandlingshem visade dock högre genomförandegrad än motsvarande andel män.

Klienterna om eftervården

När det gäller eftervården var de flesta klienter som svarade på extrafrågorna vid DOK-uppföljningen positiva även till den. 10 av klienterna som intervju-

des saknade emellertid eftervård. Anledningen var oftast att klienten själv tackat nej till eftervård. En del klienter ansåg även att det fanns brister hos socialtjänsten som gjorde att eftervården aldrig blev av. Andra orsaker var att klienten återföll i missbruk eller hamnade i fängelse. Bland resterande 48 klienter såg 52 procent positivt på sitt deltagande i eftervården och 25 procent var nöjda, medan 23 procent upplevde eftervården negativt. Ungefär samma siffror framkom på frågan huruvida eftervården motsvarade klientens behov eller inte. Av de klienter som deltog i eftervården hade 19 varit tidigare placerade enligt LVM, av vilka 13 tyckte att eftervården var bättre planerad än tidigare placeringar. De tyckte också att diskussioner fördes med dem på ett annat sätt än vid tidigare placeringar samt att det var en bättre struktur denna gång. Det var ingen som tyckte att denna placering var sämre än tidigare, fem tyckte dock att det inte fanns någon skillnad mellan eftervården nu och förr och en avstod från att svara på frågan.

Missbruket

I samband med intagning till LVM-vården lämnar socialtjänsten uppgifter om klienternas missbruk, som sedan registreras i KIA. Missbruket kategoriseras på följande sätt: 1) enbart alkohol, 2) enbart läkemedel, 3) enbart narkotika, 4) alkohol och läkemedel, 5) alkohol och narkotika, 6) läkemedel och narkotika.

Klienter med enbart alkoholmissbruk utgjorde den största kategorin i projektet, 39 procent. Andelen med enbart alkoholmissbruk var högre bland män än bland kvinnor. Skillnaden mellan könen var ungefär 10 procentenheter. Andelen med enbart alkoholmissbruk var klart högre i den äldsta åldersgruppen. I den yngsta ålderskategorin (18–31 år) fanns få med enbart alkoholmissbruk men desto fler med enbart narkotika- eller läkemedels- och narkotikamissbruk. Drogmissbruket skiljde sig även mellan könen – andel kvinnor med drogmissbruk var högre än andelen män, 40 mot 30 procent. Cirka hälften av klienterna missbrukade intravenöst.

Under perioden 2005–2007 ökade andelen drogmissbrukande kvinnor märkbart inom projektet. Andelen drogmissbrukande män däremot minskade, medan andelen män med enbart alkoholmissbruk ökade. Denna förändring motsvarar i stort sett den utveckling som skedde för samtliga § 27-placerade klienter under denna period.

Missbruk i olika åldrar

I den yngre klientgruppen består missbruket av narkotika eller narkotika i kombination med läkemedel i första hand. Bland de unga klienterna med överenskommelse är 31 procent narkotikamissbrukare och 36 procent missbrukare av läkemedel och narkotika. En stor del av dessa är intravenösa missbrukare. Under 2007 var 37 procent av de unga intervenöst missbrukande. Bland unga kvinnor är denna typ av missbruk vanligare än bland män, 46 procent mot 32 procent.

Intravenöst missbruk kräver en längre tids behandling. Därför placerades en stor andel av unga klienter på behandlingshem/HVB-hem eller familjehem både under 27 § LVM och efter avslutad LVM-vård. Andelen unga klienter (18–30 år) som efter avslutad LVM-vård placerades i en sådan vårdform uppgick till 66 procent under perioden. Behovet av en längre tids institutionsvistelse för att behandla de yngre klienternas narkotikaberoende har legat till grund för att socialtjänsten haft en mer tillmötesgående hållning när det gäller att satsa långsiktigt på de ungas vård. Likaså har det varit lättare att motivera de yngre till en längre tids institutionsbehandling.

Det bör påpekas att det inte fanns någon ökning av andelen unga klienter bland samtliga placerade i § 27-vård under den aktuella perioden. De unga utgjorde omkring 40 procent av det totala antalet placerade klienter i § 27-vård. Inom Ett kontrakt för livet har andelen unga klienter varit kring 37 procent. Fördelningen mellan män och kvinnor har dock varierat. Andelen kvinnor var högre under 2006 och andelen män högre under första halvåret 2007, detsamma gäller vid placeringar på behandlingshem/HVB-hem.

Medan narkotikamissbruket var den väsentligaste missbruksformen bland de yngre inom Ett kontrakt för livet var alkoholmissbruket den vanligaste missbruksformen bland äldre män, 51 år och uppåt. Andelen äldre har ökat under projektet och utgjorde, vid slutet av den period som denna rapport avser, en fjärdedel av männen inom projektet. Äldre med alkoholmissbruk erbjöds i huvudsak öppenvård med missbruksbehandling efter att LVM-vården upphörde. Även för denna åldersgrupp har andelen placerade på behandlingshem /HVB-hem, familjehem eller i någon typ av omvårdnad dock ökat. Bland de äldre männen har 30 procent erbjudits placering efter att LVM-vården har upphört, vilket är en ökning med 10 procentenheter under projektiden.

Ökningen av antalet äldre alkoholmissbrukande män som erbjudits fortsatt behandling på institution kan förklaras med att subventionen gav ökade ekonomiska möjligheter till fortsatt placering. Denna klientgrupp återkommer ofta till LVM-vården och flertalet av klienterna har ett tiotal LVM-placeringar bakom sig. Subventionen av vårdkostnaderna kan ha gett socialtjänsten möjligheter att prova nya lösningar för denna grupp.

Missbruk sex månader efter LVM

Insamlade data, både genom den för Ett kontrakt för livet särskilda socialtjänstenkät och genom DOK-intervjuer, visar att en stor grupp klienter lyckades hålla sig helt eller delvis missbruksfria sex månader efter LVM-vårdens upphörande. Av den särskilda socialtjänstenkäten framgår att 35 procent av de klienter, som hade undertecknat Ett kontrakt för livet, fortfarande var missbruksfria vid uppföljningen. Enligt enkätsvaren, som rör 770 klienter, missbrukade ytterligare 27 procent av klienterna i mindre omfattning. I ett

sexmånadersperspektiv uppvisar med andra ord två av tre klienter en positiv utveckling. Var fjärde klient visar på ingen förbättring; 20 procent av klienterna ansågs missbruka i samma omfattning som förut och ytterligare tre procent hade fått en ny LVM-dom. Inom en sexmånadersperiod efter utskrivningen från LVM hade 32 klienter avlidit. De är exkluderade från tabell 10.

Sammanställningen visar också att situationen hade förbättrats mer för kvinnor än för män. Andelen kvinnor som höll sig missbruksfria sex månader efter LVM-tidens upphörande var 37 procent mot 31 procent av männen.

Av tabell 10 framgår också att det saknas uppgifter om missbrukssituationen för 14 procent av klienterna, vilket kan bero på att klienten har flyttat från kommunen eller att socialsekreteraren inte har någon kontakt med klienten.

Tabell 10. Klientens missbruk (i procent) sex månader efter LVM-tidens upphörande (Socialtjänstenkät)

	Nej	Ja, i mindre omfattning	Ja, i samma omfattning	Ja, i större omfattning	Ny LVM	Vet ej	Inget svar	Totalt procent	Totalt antal
Kvinna	38	27	16	1	2	11	5	100	274
Man	33	27	22	1	4	7	6	100	464
Totalt	35	27	20	1	3	8	6	100	738

Klienterna om sitt missbruk

I detta avsnitt redovisas missbrukssituationen, sex månader efter utskrivningen, utifrån DOK-uppföljningen. Dels redovisas klienternas bedömning av hur missbruket av primärdrogen har förändrats under perioden och dels hur intensiteten av drogmissbruket förändrats från inskrivningstillfället till uppföljningstillfället. Orsaken till att inte nöja sig med förändringar i missbruket av huvuddrogen är att sådan minskning kan ha kompenseras med en ökning i användandet av annan drog. Därför jämförs i detta avsnitt även förändringar i den högsta missbruksintensiteten för varje klient från inskrivningstillfället till uppföljningstillfället. Uppgifterna rör såväl de senaste 30 dagarna som de senaste sex månaderna.

En genomgång av missbruksbilden för de 58 klienter som skrevs ut under perioden maj-juli 2007 visar att fyra kategorier av missbruk dominerar. Andelen klienter som uppgav alkohol som primärdrog var störst, 46 procent. Därefter uppgav 21 procent heroin som sin huvuddrog följt av 16 procent amfetamin och 11 procent hasch. Bland övriga primärdroger förekommer bensodiazepiner och smärtstillande preparat av opiattyp.

Andelen klienter som vid uppföljningstillfället uppgett att de inte använt sin huvuddrog under de senaste 30 dagarna uppgår till 38 procent. Ytterligare 21 procent uppger att de under perioden använt sin huvuddrog men bara vid enstaka tillfällen. När det gäller de senaste sex månaderna är det 11 procent som uppger att de helt har avstått från sin primärdrog och uppemot 38 procent uppger att de vid något enstaka tillfälle har återfallit i missbruk av

primärdrogen. Ytterligare 19 procent i denna grupp menar att de missbrukat sin primärdrog en dag i veckan eller mindre.

Tabell 11. Användning av huvuddrogen de senaste 30 dagarna (Uppföljningsintervju) absoluta tal

Primär drog	Ej bruk	Enstaka tillfälle	1 dag/ vecka eller mindre	2-3 dagar/ vecka	4-6 dagar/ vecka	Dagligen	Totalt*
Alkohol	10	6	1	2	3	4	26
Heroin	5	1	1	1	0	4	12
Amfetamin	3	3	0	1	0	2	9
Hasch	1	0	1	1	0	2	5
Övrigt	2	2	0	0	0	0	4
Totalt	21	12	3	5	3	12	56

* Data saknas för två klienter.

Tabell 12. Användning av huvuddrogen de senaste sex månaderna (Uppföljningsintervju) absoluta tal

Primär drog	Ej bruk	Enstaka tillfälle	1 dag/ vecka eller mindre	2-3 dagar/ vecka	4-6 dagar/ vecka	Dagligen	Totalt*
Alkohol	3	8	9	1	3	1	25
Heroin	1	4	2	0	1	4	12
Amfetamin	0	5	0	1	0	3	9
Hasch	0	2	0	1	2	1	6
Övrigt	2	2	0	0	0	0	4
Totalt	6	21	11	3	6	9	56

* Data saknas för två klienter.

Av tabellerna 11 och 12 framgår att mellan 64 och 67 procent av klienterna ansåg att de antingen inte återfallit alls i sin huvuddrog eller att de missbrukat betydligt mindre under antingen hela sexmånadersperioden efter utskrivningen eller den senaste månaden innan sexmånadersuppföljningen.

När det gäller det andra måttet, missbruksintensiteten oavsett drog, är utfallet i princip likadant. Resultatet från DOK-intervjuerna (tabellerna 13 och 14) visar att 67 procent av klienterna minskat sitt drogmissbruk vid sexmånadersuppföljningen. Skillnaden mellan dessa två tidsperioder är att 30-dagarsperioden redovisar en hög andel helt missbruksfria klienter, medan sexmånadersperioden uppvisar en betydligt lägre andel missbruksfria. Om klienten har missbrukat mycket i början av perioden men inte under den senaste månaden återspeglas inte i statistiken.

Under hela sexmånadersperioden från utskrivningen till uppföljningsintervjun uppgår andelen helt missbruksfria till 11 procent medan uppemot 39 procent av klienterna har varit missbruksfria under den senaste 30-dagarspe-

rioden. Om man även inkluderar dem som missbrukat "vid enstaka tillfälle" eller "en dag/vecka eller mindre" uppgår andelen till 67 procent för de senaste sex månaderna och till 65 procent för de senaste 30 dagarna.

Tabell 13. Klientdata om högsta missbruksintensiteten de senaste 30 dagarna (Uppföljningsintervju) absoluta tal

Inskrivning – Högsta intensiteten	Uppföljning – Högsta intensiteten						
	Ej bruk	Enstaka tillfälle	1 dag/vecka eller mindre	2–3 dagar/ vecka	4–6 dagar/ vecka	Dagligen	Totalt*
Dagligen	12	6	0	2	1	12	34
4–6 dagar/v	2	1	1	0	2	0	6
2–3 dagar/v	4	3	1	1	0	0	9
Enstaka tillfälle	3	1	1	1	0	0	6
Totalt	21	11	3	4	3	12	54

* Data saknas uppgifter för fyra klienter.

Det markerade fältet i tabellen visar den positiva förändringen i missbruksintensiteten.

Tabell 14. Klientdata om högsta missbruksintensiteten de senaste sex månaderna (Uppföljningsintervju) absoluta tal

Inskrivning – Högsta intensiteten	Uppföljning – Högsta intensiteten						
	Ej bruk	Enstaka tillfälle	1 dag/vecka eller mindre	2–3 dagar/ vecka	4–6 da- gar/vecka	Dagligen	Totalt*
Dagligen	4	12	3	1	3	8	31
4–6 dagar/v	1	2	3	0	0	2	8
2–3 dagar/v	0	6	4	1	0	0	11
1 dag/v el- ler mindre	1	0	1	0	0	0	2
Enstaka tillfälle	0	1	0	1	3	0	5
Totalt	6	21	11	3	6	10	57

* Data saknas för en klient.

Det markerade fältet i tabellen visar den positiva förändringen i missbruksintensiteten.

Vid en jämförelse mellan denna grupp och klienter som skrevs ut från sju utvalda institutioner under perioden 1 augusti 1999–31 juli 2000 (Larsson & Segraeus, 2008) framgår att missbruksintensiteten var betydligt högre vid sex månader efter utskrivningen 99/00 än vad den är vid sexmånadersupp-

följningen efter Ett kontrakt för livet år 2008. Andelen klienter som var missbruksfria eller missbrukade en dag i veckan eller mindre under föregående sexmånadersperiod uppgick vid uppföljningen 99/00 till 43 procent (tabell 15). Denna andel kan jämföras med Ett kontrakt för livet-klienters missbruk som uppgick till 67 procent (11 procent som inte missbrukat alls och 56 procent som missbrukade en dag i veckan eller mindre). Denna skillnad i utfallet kan framförallt bero på missbruksrelaterade insatser som riktades mot klienter inom ramen för Ett kontrakt för livet under sexmånadersperioden efter utskrivningen från LVM. En del av klienterna har till och med varit inskrivna på behandlingshem.

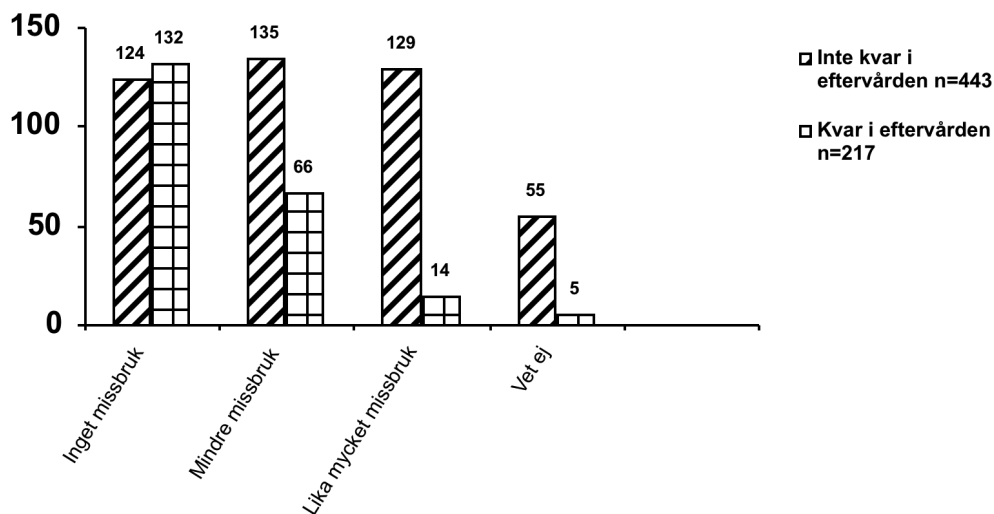
Tabell 15. Missbruksintensiteten, vid sexmånadersuppföljningen, för uppföljningsgrupperna Ett kontrakt för livet respektive 99/00 (radprocent)

	Ej bruk	1 dag / vecka eller mindre	2-7 dagar / vecka	Totalt	Antal
KFL	11	56	33	100	58
99/00	9	34	57	100	91

Sambandet mellan missbruksintensitet och missbruksbehandling inom öppenvård eller på behandlingshem efter LVM-vistelsen har studerats för 99/00-gruppen och en annan grupp bestående av klienter inom Ett kontrakt för livet och Vårdkedjeprojektet (Larsson & Segraeus, *ibid*). Även denna studie visar att de klienter som fått missbruksbehandling inom öppenvård eller på behandlingshem har missbrukat betydligt mindre än de som inte har fått missbruksbehandling.

DOK-uppföljningsintervjuer visar att en stor grupp klienter anser att deras nuvarande missbrukssituation är bättre eller mycket bättre jämfört med inskrivningstillfället. Av de 58 klienter som ingick i Ett kontrakt för livet och som lämnade § 27-vården under perioden maj-juli 2007 skattar 54 procent sin hälsa mycket bättre och ytterligare 28 procent bättre i förhållande till inskrivningstillfället. Enbart sju procent upplever sin situation som sämre än före vårdperioden.

Friheten från missbruk har en direkt koppling till den fortsatta behandlingen efter LVM-vården. Som framgår av figur 9 har de som efter LVM-vården fortsatte behandlingen i någon typ av eftervård lyckats bäst att hålla sig missbruksfria. 60 procent av de klienter som var kvar i eftervården höll sig helt missbruksfria under vårdperioden. Även för dem som missbrukar i mindre omfattning kan eftervården ha spelat en avgörande roll. Som framgår av figur 9 missbrukade ungefär en tredjedel av dem som var kvar i eftervården i mindre omfattning. Bara 14 av 217 (6%) missbrukade i samma omfattning som förut. Detta visar klart att de som stannar kvar i eftervård har bättre förutsättningar att hålla sig fria från missbruk.



Figur 9. Klientens situation avseende missbruk sex månader efter avslutad LVM-vård enligt socialtjänstenkäten (n=660*)

* Resterande 110 är antingen avlidna, har fått ny LVM eller uppgifter saknas om deras missbruk.

Sammanställningen visar att satsningen har haft god effekt på kort sikt, mer än hälften slutade eller minskade sitt missbruk och nästan hälften stannade kvar i en planerad eftervård. Det bör dock noteras att det saknas uppgifter om 110 klienter. Ungefär en tredjedel av dessa är avlidna och ungefär lika många har fått ny LVM.

Insatser mot missbruk efter LVM

I uppföljningsformuläret till klienterna finns frågor om missbruksrelaterade insatser efter utskrivning från LVM-vård, såsom tillnyktring, avgiftning, missbruksbehandling inom öppenvård och missbruksbehandling på behandlingshem. Dessutom frågas om klienten under perioden återigen har blivit omhändertagen enligt 13 § LVM eller enligt 4 § LVM. Av tabell 16 framgår att klienter inom Ett kontrakt för livet har fått missbruksbehandling inom öppenvård eller på behandlingshem i betydligt större utsträckning än uppföljningsgruppen 1999–2000. Av gruppen 99/00 hade 18 procent fått missbruksbehandling inom öppenvård och 28 procent hade varit på behandlingshem. Motsvarande andelar för Ett kontrakt för livet-gruppen var 48 respektive 36 procent. Klienterna inom Ett kontrakt för livet har fått betydligt fler eftervårdsinsatser, vilket också ligger i linje med det långsiktiga tänkandet i överenskommelsemodellen.

Var tionde klient inom Ett kontrakt för livet har varit föremål för en ny LVM-placering inom sex månader efter utskrivningen. Av dessa har ungefär lika många placerats enligt § 13 LVM som enligt 4 § LVM. Eftersom det är få klienter inom dessa grupper är det svårt att dra några slutsatser om huruvida återfallen kan kopplas till eventuella brister i eftervården.

Tabell 16. Behandlingsinsatser efter utskrivning från institutionen för respektive uppföljningsgrupp (andelar)

Behandlingsinsats	Kontrakt för livet	99/00 (Larsson & Segraeus)
Tillnyktring	21	18
Avgiftning	38	40
Missbruksbehandling inom öppenvård	48	18
Missbruksbehandling på behandlingshem	36	28
13 § LVM	5	12
4 § LVM	4	9

Klienternas situation sex månader efter LVM-vården

I den tredje delen av resultatavsnittet behandlas klienternas boende, försörjning, samt fysisk och psykisk hälsa vid inskrivningen och efter institutionsvistelsen. Dessutom redogörs för socialtjänstens syn på Ett kontrakt för livet.

Av den särskilda socialtjänstenkäten kan slutsatsen dras att en lyckad rehabilitering, det vill säga att klienten skall kunna leva ett drogfritt och välordnat socialt liv, har direkt koppling till ordnat boende och sysselsättning. Av de klienter som var missbruksfria sex månader efter avslutad LVM-vård hade de flesta både ordnat boende och någon form av sysselsättning. Av dem som fortsatte att missbruka var mer än hälften utan sysselsättning och en fjärdedel var bostadslösa. Nedan finns en kort presentation av huvudsaklig boendeform för klienterna sex månader efter utskrivningen.

Boendeform

I den särskilda socialtjänstenkäten och i DOK-formuläret finns ett relativt stort antal boendekategorier. I denna redovisning används samma huvudkategorier som i Larssons och Segraeus uppföljning 1999–2000; (1) egen bostad, (2) andrahandsboende/ inneboende/ boendekollektiv/ försökslägenhet/ träningslägenhet, familjevård, hotell, föräldrar, släktingar och annat, (3) institution/kategorihus, (4) fängelse/häkte, och (5) bostadslös.

Av den särskilda socialtjänstenkäten framgår att i gruppen i sin helhet hade 30 procent en bostad med eget kontrakt efter LVM-tidens upphörande. Var fjärde hade andrahandskontrakt eller någon annan kortvarigt ordnad boendeform och ytterligare var femte var fortfarande kvar i behandling. Detta visar att vid uppföljningstillfället hade tre av fyra klienter ordnat boende. Av enkätsvaren framgår att fyra procent av klienterna satt i häkte och ytterligare sex var bostadslösa vid uppföljningstillfället. Utöver dessa, som inte har en ordnad boendeform, saknas uppgifter om 12 procent av klienterna.

Sex månader efter LVM-tidens upphörande var andelen kvinnor som hade ett eget boende större än motsvarande andel för männen.

Tabell 17. Huvudsaklig boendeform under sexmånadersperioden efter utskrivningen efter kön (radprocent) (Socialtjänstenkät)

	Egen bostad	Andra-hand, inneboende osv.	Institution och kate-gorihus	Fängelse/häkte	Bostads-lös	Inget svar	Vet ej	Totalt Procent	Totalt Antal
Kvinna	33	26	19	2	7	7	6	100	281
Man	26	27	21	5	5	8	6	100	489
Totalt	30	27	20	4	6	7	8	100	770

Av DOK-uppföljningsformulären framgår att boendeformen i stora drag är densamma som redovisas i den särskilda socialtjänstenkäten. Den största skillnaden avser andelen andrahandsboende. Enligt DOK-uppföljningsintervjuer uppgår andelen andrahandsboende till 36 procent medan motsvarande andel i den speciella socialtjänstenkäten är 27 procent. Med tanke på att andelarna för andra boendeformer i dessa två tabeller är ganska lika varandra kan det finnas skäl att tro att en stor del av dem, som socialsekreterarna saknar uppgifter för i själva verket har ett andrahandsboende eller liknande.

I tabell 18 jämförs boendesituationen mellan uppföljningsgruppen 99/00 och Ett kontrakt för livet. Det visar sig att andelen klienter med Ett kontrakt för livet som hade eget boende var fyra procentenheter lägre sex månader efter utskrivning från LVM-vården. Andelen klienter med andrahandsboende som huvudsakligt boende var dock på ungefär samma nivå. Andelen som vårdades på institution var högre, men andelen bostadslösa var noterbart lägre bland klienter med Ett kontrakt för livet jämfört med uppföljningsgruppen 99/00. En annan skillnad var andelen klienter inom kriminalvården som inte fanns bland gruppen 99/00 men var sju procent bland klienterna inom Ett kontrakt för livet.

Tabell 18. Huvudsaklig boendeform under sexmånadersperioden efter utskrivningen för Ett kontrakt för uppföljningsgrupperna Ett kontrakt för livet respektive 99/00 (radprocent)

	Egen bostad	Andra hand, inneboende, osv.	Institution och kategorihus	Fängelse/häkte	Bostadslös	Totalt Procent	Totalt Antal
KFL	36	36	16	7	5	100	58
99/00	40	37	12	0	11	100	91

När det gäller boendet framgår av enkätsvaren vidare att socialtjänsten ofta saknar kunskap om klienternas boendesituation efter att LVM-vården upphört, om inte klienten befinner sig i någon form av eftervård. I sådana fall besvarades frågan med vet ej eller inte alls. Var femte av enkätfrågorna om bostad och sysselsättning besvarades på det sättet.

Sysselsättning och försörjning

Redovisningen av klienternas huvudsakliga sysselsättning och försörjning sex månader efter LVM-tidens upphörande görs med hjälp av insamlade data både genom den särskilda socialtjänstenkäten och med hjälp av DOK-uppföljningsintervjuer. Till skillnad från tidigare avsnitt kan de inlämnade uppgifterna i dessa två källor inte jämföras med varandra. Orsaken är att indelningen av kategorierna för huvudsaklig försörjning inte är densamma i dessa två källor. DOK-uppföljningen redovisar försörjningssituationen, medan den särskilda socialtjänstenkäten fokuserar på klienternas sysselsättning vid uppföljningstillfället. Jämförelser görs dock mellan utfallet av intervjuuppföljningen för klienter med Ett kontrakt för livet och den uppföljning som genomfördes 1999 och 2000.

Av tabell 19, som redovisar socialsekreterarnas uppgifter om sysselsättningsläget för klienter sex månader efter LVM-vården, framgår att drygt hälften av klienterna antingen hade en sysselsättning, var pensionerade eller var i behandling. 18 procent hade en aktiv försörjningsform, dvs. ett vanligt arbete, var aktiva i en verksamhet som ordnats av kommunen, studerade eller var arbetssökande. Klienter med pension eller sjukbidrag som inte står till arbetsmarknadens förfogande utgjorde 12 procent. Därutöver fanns 23 procent i vård eller behandling vid uppföljningstillfället.

Den största gruppen utgjordes dock av dem som inte hade någon sysselsättning och inte omfattades av någon planering i sin vardag. Dessa uppgick till 29 procent. Ytterligare en liten grupp bestående av fyra procent fanns inom kriminalvården. Det saknades uppgifter om sysselsättning för 14 procent av klienterna, sannolikt beroende på att socialsekreterarna inte visste något om klientens sysselsättning eller försörjning.

Tabell 19. Huvudsaklig sysselsättning/försörjning under sexmånadersperioden efter utskrivningen, baserat på uppgifter från den särskilda socialtjänstenkäten efter klienternas kön (radprocent)

	Aktiv försörjning	Sjukbidrag/pension	År i behandling	Ingen organiserad	Kriminalvården	Vet ej	Inget svar	Antal*
Kvinna	20	12	24	29	2	5	8	266
Man	17	12	23	29	5	4	10	449
Totalt	18	12	23	29	4	5	9	715

*Klienter som flyttat till annan kommun och avlidna klienter är exkluderade (totalt 55 personer).

Ett kontrakt för livet-klienternas huvudsakliga försörjning de senaste sex månaderna enligt DOK-intervjuerna redovisas i tabell 20. Försörjningen har delats in i fyra kategorier: 1) Aktiv försörjning; lön, AMS-bidrag, arbetslöshetsersättning, sjukpenning, studiebidrag/studiemedel och föräldrapenning, 2) sjukbidrag/pension; sjukbidrag, ålderspension och förtidspension, 3) socialbidrag och 4) övrigt; försörjd av föräldrar eller anhörig och annat försörjningssätt (Larsson & Segreaus, 2008).

För sexmånadersperioden efter LVM-vistelsen hade ungefär en fjärdedel av klienterna med Ett kontrakt för livet en aktiv försörjning enligt ovanstående definition. Den vanligaste försörjningsformen var annars sjukbidrag eller pension (36%). Den näst vanligaste huvudsakliga försörjningen var socialbidrag, vilket nästan var tredje klient uppgav. Nio procent uppgav annan huvudsaklig försörjning de senaste sex månaderna.

Vid en jämförelse med gruppen 99/00 framkom att andelen klienter med aktiv försörjning är i princip densamma bland Ett kontrakt för livet-gruppen. Andelen som fick socialbidrag och andelen som fick sjukbidrag/pension var också identiskt lika.

Tabell 20. Huvudsaklig försörjning under sexmånadersperioden efter utskrivningen för uppföljningsgrupperna Ett kontrakt för livet respektive 99/00 (radprocent)

	Aktiv lön	Sjukbidrag/Pension	Socialbidrag	Övrigt	Totalt	Antal
KFL	24	36	31	9	100	58
99/00	26	36	31	7	100	91

Fysisk och psykisk hälsa

I jämförelse med inskrivningstillfället hade klienter som genomgått LVM-vård och eftervård inom Ett kontrakt för livet färre problem med sin fysiska hälsa vid uppföljningstillfället. 60 procent uppgav att de inte hade några fysiska problem alls och ytterligare 14 procent hade problem en dag/veckan eller mindre. Andelen klienter som inte hade några fysiska problem alls ökade med 10 procentenheter från inskrivning till uppföljning efter avslutad vård inom Ett kontrakt för livet.

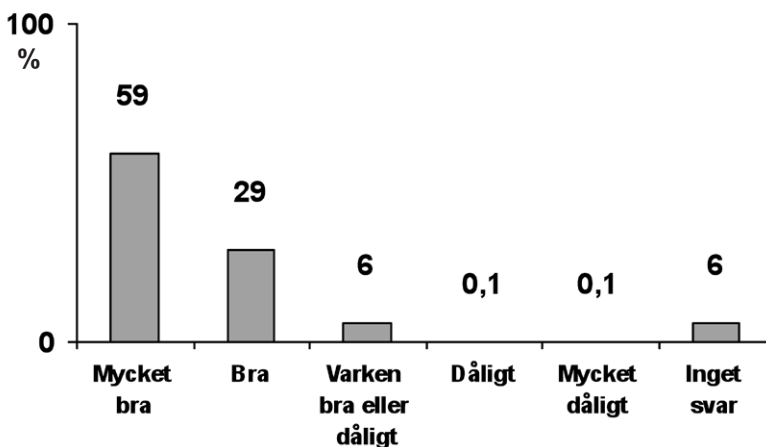
När det gäller den psykiska hälsan svarade 65 procent av klienterna att de inte hade några problem vid uppföljningen. Motsvarande uppgift vid inskrivningen var 47 procent. Varannan klient uppgav vid uppföljningen att deras psykiska hälsa var bättre eller mycket bättre efter vårdprocessen medan bara fyra klienter (av 58) ansåg att deras psykiska hälsa hade försämrats. 42 procent märkte ingen förändring gällande sin psykiska hälsa.

Tabell 21. Fysisk och psykisk hälsa vid inskrivning respektive uppföljning för klienter med Ett kontrakt för livet (procent) (Uppföljningsintervjun)

	Fysisk hälsa, inskrivning	Fysisk hälsa, uppföljning	Psykiska problem, inskrivning	Psykiska problem, uppföljning
Inga problem	50	60	47	65
Enstaka tillfälle och 1 dag/vecka	9	14	20	19
2-7 dagar	41	26	33	16
Totalt	100	100	100	100

Socialtjänstens och klienternas synpunkter på Ett kontrakt för livet

Socialtjänstens bedömning av Ett kontrakt för livet är genomgående positiv. Av enkätsvaren framgår att 88 procent av socialsekreterarna tycker att satsningen har varit bra eller mycket bra. Socialsekreterare är både nöjda med de placeringar deras klienter har fått och de behandlingsplaner som de har kunnat utforma i samarbete med institutionerna. På frågan om satsningen hade någon betydelse för klienten svarade många att den hade stor betydelse för klienten och att det var en positiv period i personens liv. De flesta menade att satsningen bidrog till att klienten fick större motivation och att denne fått ett ordnat liv när det gällde boende, sysselsättning och socialt nätverk. En del svarade att projektet inte hade haft någon betydelse eftersom klienten var omotiverad eller skulle ha fått samma vård ändå. Däremot ansåg även dessa socialsekreterare att satsningen antagligen skulle ha haft betydelse för en annan klient.



Figur 10. Socialtjänstens bedömning av Ett kontrakt för livet (antal svar=770). Fördelning av svaren på frågan "vad anser du om satsningen Ett kontrakt för livet?"

Klienternas bedömning av socialtjänsten

När det gäller klienternas syn på socialtjänstens insatser i eftervården varierade svaren en del (tabell 22). Av DOK-uppföljningsintervjuer framgår att bland 48 klienter (av 58) som deltog i eftervården tyckte 13 att socialtjänstens insatser var mycket bra, medan 11 tyckte att socialtjänsten hade gjort mycket dåliga insatser.

Tabell 22. Klienternas synpunkter på socialtjänstens insatser för eftervården (Uppföljningsintervjun)

Svarsalternativ	Mkt dåliga	Dåliga	Godkända	Bra	Mkt bra	Mkt bra
Antal	11	5	8	11	13	58
Andel	23	10	17	23	27	100

På frågan om vad socialsekreterarna anser om Ett kontrakt för livet var det mest återkommande svaren att projektet har medfört en tydlig och långsiktig vårdplanering med bättre uppföljning än tidigare. Många påpekade även att det var bra med subventionerna, som bland annat ansågs som en motivationshöjande faktor för att kommunerna skulle driva en tydlig planering och att fler kommuner har kunnat välja mer kostnadskrävande insatser. Vad gäller behandlings- och omvårdnadsinsatserna i vården av klienter som har skrivit under Ett kontrakt för livet fick också SiS institutioner beröm av socialsekreterarna. De ansåg att institutionerna varit flexibla med att anpassa vården efter klienternas behov och att vården genomfördes efter behandlingsplanen samt att samarbetet mellan socialtjänsten och SiS har fungerat bra. Många tog även upp att det var positivt med en tydlig eftervårdsplanering samt att klienten kommer i fokus och är delaktig i planeringen.

Exempel på socialsekreterarnas uttalanden

En del socialsekreterare skrev några kommentarer om Ett kontrakt för livet på den öppna frågan i enkäten. Av dessa var det ingen som framförde några negativa åsikter om satsningen. Nedan följer några intressanta svar från olika socialsekreterare i landet:

Ett kontrakt för livet uppmuntrar socialtjänsten till större planering och insatser i samband med att LVM-vård upphör. Möjligheten till viss ekonomisk ersättning till kommunen gör troligen att benägenheten att ge vård enligt LVM i enlighet med lagens intentioner ökar något.

Ett kontrakt för livet har gjort det möjligt att göra en vårdplanering tillsammans med klient och SiS-institutionen. Det hade inte varit möjligt utan satsningen. Hoppas verkligen att satsningen kommer att fortsätta. Den är ett viktigt led i behandlingen av personer med tungt missbruk.

Trots våra små ekonomiska resurser har vi råd att bekosta ytterligare insatser. Planeringen mellan socialtjänst och LVM-vården har fungerat bättre med hjälp av KFL som gemensamt instrument.

Jag arbetar lyckligtvis i en kommun där behoven i stor utsträckning styr vården – inte ekonomin. Jag har därför inte (på socialsekreterarnivå) upplevt någon större skillnad sedan Ett kontrakt för livet infördes. Sannolikt har det en viss indirekt betydelse på annan nivå.

Ett kontrakt för livet blir som ett extra stöd i att hålla planeringen. Det är fantastiskt att få tillbaka pengar, då behöver man inte oroa sig för att det inte finns tillräckligt med pengar över för frivillig vård.

Den ekonomiska verkligheten i kommunen gör att Ett kontrakt för livet gör stor skillnad, eftersom det är lättare att få igenom en LVM-ansökan och ger tyngd i eftervård och planering. Satsningen borde inte vara tidsbegränsad, staten borde ta ansvar för tvångsvården rent ekonomiskt så att lagstiftningen följs.

Det borde i vissa fall vara möjligt att efter omprövning förlänga placeringen enl § 27 ytterligare sex månader.

Det underlättar för handläggaren att följa LVM-lagstiftningen eftersom det blir lättare att få igenom ansökan om LVM hos politikerna. Det är positivt med en sporre att organisera och planera annan vård. Det har blivit lättare att "få fart på" SiS-institutionerna i deras utredningar osv.

Sammanfattning av resultaten

Av de resultat som har presenterats i detta avsnitt framgår att färre klienter återfaller i missbruk under sex månader efter LVM-vården. Vid uppföljningen efter avslutad LVM-vård uppgav 67 procent av klienterna som deltagit i Ett kontrakt för livet att de antingen inte missbrukat alls eller att de missbrukat en dag i veckan eller mindre under de föregående sex månaderna. Detta resultat kan jämföras med en tidigare studie av en grupp klienter som skrevs ut från LVM-hem under 1999–2000 där motsvarande andel var 43 procent. Av enkäten till socialtjänsten framgår att 35 procent av klienterna bedömdes vara missbruksfria sex månader efter LVM-vården och ytterligare 27 procent bedömdes missbruka i mindre omfattning.

Av socialtjänstenkäten framkom att drygt hälften av klienterna inom Ett kontrakt för livet genomförde vården i annan form helt enligt planeringen och ytterligare en fjärdedel genomförde delar av den planerade vården. Vid övergång till vård i annan form, enligt 27 § LVM, placerades över hälften av klienterna på behandlingshem, medan 30 procent placerades inom öppen-vård.

Samtliga klienter i *Ett kontrakt för livet* har 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 till viss del. De klienter som efter avslutad LVM-placering fortsatte till eftervård på behandlingshem, familjehem eller annan vårdinstitution genomförde sin vårdplanering i större utsträckning än de som erbjöds öppenvård.

I jämförelse med en tidigare studie av utskrivna LVM-klienter från 1999–2000 framgår att inom *Ett kontrakt för livet* fick nästan dubbelt så många klienter fortsatt strukturerad vård efter LVM.

En lyckad rehabilitering av missbruksklienter är beroende av ett ordnat boende och sysselsättning eller försörjning. Det är således värt att notera att ett stort flertal av de klienter som var missbruksfria sex månader efter avslutad LVM-vård hade såväl ordnat boende som någon form av sysselsättning.

Enligt uppgifter från socialtjänsten hade 18 procent av klienterna någon form av aktiv försörjning sex månader efter utskrivningen, dvs lön, arbetslöshetsersättning, studiebidrag, föräldrapenning eller liknande. Ytterligare 12 procent hade pension eller sjukbidrag och 23 procent var under vård och behandling. Socialsekreterarna uppskattade samtidigt att 29 procent inte hade någon sysselsättning eller aktiv försörjning.

Projektet har inneburit att flera unga missbrukare fått LVM-vård, särskilt unga kvinnor. Under projektets inledande år ökade andelen unga kvinnor inom LVM-vården med hela 20 procentenheter. Överlag var det relativt små skillnader mellan män och kvinnor när det gäller utfallet av vården, men andelen kvinnor som var missbruksfria ett halvår efter LVM-placeringen var högre än andelen män. Samtidigt var det något fler kvinnor som genomförde sin planerade vård i annan form (27 § LVM). Bland kvinnorna var placering på behandlingshem vanligast, medan placering på öppenvård var vanligast bland män.

Under perioden 2004–2007 har det totala antalet intagna på LVM-hem ökat med 26 procent – från 862 till 1086. Ökningen gäller såväl planerade som akuta LVM-placeringar, men under 2007 stannade fler akut placerade klienter kvar inom LVM för fortsatt vård jämfört med 2004.

Trots att antalet platser inom LVM-vården utökades något under perioden, steg den genomsnittliga beläggningen på LVM-institutionerna från 87 procent år 2004 till 100 procent år 2007.

Inom ramen för *Ett kontrakt för livet* skrivs en överenskommelse om vårdens innehåll mellan klienten, socialtjänsten och LVM-institutionen. Under tiden satsningen har pågått har drygt 1300 överenskommelser tecknats, vilket motsvarar 63 procent av klienterna. Projektet har i något större utsträckning lockat kvinnor och unga.

De inblandade är genomgående positiva till projektets innehåll och genomförande. Socialtjänsten pekar särskilt på dess betydelse för klienten och

för samarbetet med personalen på LVM-hemmet. Socialsekreterarna lyfter framförallt fram värdet av den dialog som har utvecklats mellan socialtjänsten och LVM-hemmen.

Kommunernas deltagande i satsningen ökade kraftigt mellan det första och det andra projektåret och höll sedan i sig under det tredje året. Förortskommuner tecknade relativt sett fler överenskommelser än större städer (50 000–200 000 invånare). I genomsnitt tecknade kommunerna avtal för 63 procent av de klienter som placerades jämlikt LVM.

Socialsekreterarna ger uttryck för att satsningen har lett till en mer långsiktig planering och till att fler vårdalternativ har kunnat prövas. Stödet har också gett vidgade möjligheter till kvalificerad vård för klienter med flera LVM-placeringar bakom sig och med komplicerade problem. En mer genomtänkt och långsiktig planering har samtidigt bidragit till ett bättre samarbete mellan socialtjänsten, LVM-institutionerna och den enskilde. Det nära samarbetet har bidragit till en mer positiv syn på LVM-vården.

Klienter som påbörjade sin eftervård hade generellt en positiv syn på eftervården och de flesta tyckte att den motsvarade deras behov. Flertalet av de klienter som tidigare hade vårdats enligt LVM ansåg att eftervården denna gång planerades bättre än vid tidigare placeringar.

5 Kostnadsdrivande effekter av Ett kontrakt för livet

Detta avsnitt redovisar en uppföljning av kostnadsdrivande effekter av Ett kontrakt för livet som gjordes 2008, jämfört med en motsvarande uppföljning från 2006. Den förstnämnda omfattade 286 placeringar enligt 27 § LVM, medan den andra omfattade 306 placeringar.

Som en del av uppföljningen av Ett kontrakt för livet sker sedan våren 2006 en särskild dokumentation av § 27-vårdens kostnader. Underlaget för dokumentationen är kommunernas vårdfakturor, som ligger till grund för utbetalning av subventionen. Fakturorna utgör i detta sammanhang den faktiska kostnaden för § 27-vården. Kommunernas vårdfakturor och de kostnader som vårdgivarna anger som riktpriser för sina vårdinsatser utgör grunden för den modell som används i uppföljningarna. Vårdöverenskommelsen kan omfatta heldygnsvård vid HVB-hem, familjehem eller behandlingsinsatser i öppna former. Öppenvårdsinsatser är individuellt utformade både i omfattning, innehåll och frekvens och är därför inte jämförbara över tid och mellan vårdgivare. I modellen för uppföljning av kostnadsdrivande effekter ingår därför endast institutionsvård i form av HVB-hem och familjehemsvård.

Uppföljningen som gjordes 2006 baserades i hög utsträckning på kunddatabaser eller kataloger där HVB-hem anger sina riktpriser. Dessa kataloger används av socialtjänsten eller andra vårdköpare för att söka vårdgivare. I de fall där riktpriser saknats, beroende på varierande eller ofullständiga prisuppgifter som inte heller tar hänsyn till kommuners varierande ramavtal, har vårdgivarna kontaktats per telefon eller e-post.

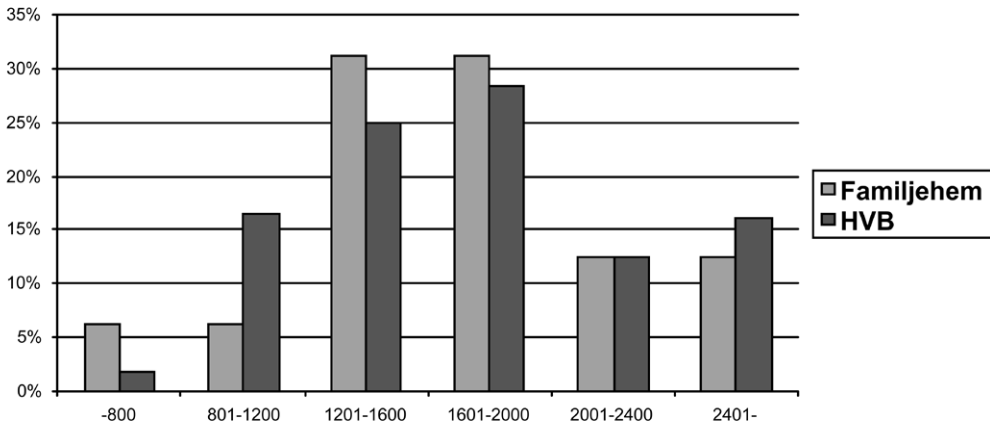
I den senaste uppföljningen hade 228 (79%) en planering som omfattade behandling på HVB-hem, 16 (6%) hade en planering som omfattade behandling i familjehemsvård och 42 (14%) en planering som omfattade öppenvårdsinsatser i samband med vård enligt 27 § LVM. Således ingick 244 insatser, vilket utgjorde 85 procent av de 286 överenskommelserna. Sammanlagt 99 olika institutioner (inklusive de med SiS som huvudman) och familjehem svarade för dessa 244 placeringar. Skillnaden mellan de olika uppföljningarna var några få procentenheter.

I den senaste uppföljningen framgick att vården inom ramen för Ett kontrakt för livet i 95 procent av fallen genomfördes enligt eller under gällande riktpriser. Endast i tre procent av fallen var priset högre jämfört med den tidigare uppföljningen som visade nio procent. Detta tyder på att placerande kommuner oftast har avtal med vårdgivarna eller att parterna håller sig till de riktpriser som vårdgivarna anger. I de fall vården kostat mer än angivet riktpris kan det bero på att ramavtal saknats eller på förstärkta vårdinsatser.

Uppföljningen från 2008 visar att familjehemmens vårddygnskostnader har börjat jämnas ut sig och bli mer lika HVB-hemmens kostnadsutveckling och spridning. En ytterligare skillnad jämfört med 2006 var att vårddygnspriserna låg i nivå med riktpiserna i högre utsträckning 2008 (54% 2006, 75% 2008).

Dygnskostnader

I figur 11 framgår fördelningen av olika vårddygnskostnader för de institutioner och familjehem som kommunerna anlitat för vård enligt 27 § LVM vid uppföljningen 2008. Diagrammet omfattar även placeringar på § 27-hem med SiS som huvudman.



Figur 11. Andel placerade i HVB-hem respektive familjehem efter vårddygnskostnad

Några vårdgivare tillämpar inte vårddygnspriser utan har ett paketpris för en vårdinsats vilket gör att diagrammet omfattar 241 placeringar. Ett knappt flertal av vården i HVB-hem hade en vårddygnskostnad mellan 1 201–2 000 kr. Ungefär 18 procent kostade upp till 1 200 kr per dygn och 28 procent kostade mer än 2 000 kr. De flesta familjehemsplaceringarna (62%) kostade mellan 1 201 och 2 000 kr per dygn.

I tabell 23 redovisas en kostnadsjämförelse av genomförd § 27-vård i relation till vårdgivarnas riktpisrer. Tabellen är från uppföljningen 2008 och redovisar om den genomförda § 27-vården kostat under, enligt eller över vårdgivarens riktpreis. Tabellen omfattar en jämförelse av 239 vårdinsatser där riktpreis kunnat fastställas.

Tabell 23. Antal och andel placeringar där kostnader för vården är under, enligt eller över vårdgivarnas riktpriiser

	Kostnad för § 27-vården jämfört med riktpriiset		
	Under riktpriiset	Enligt riktpriiset	Över riktpriiset
Antal placeringar (239)	50	181	8
Andel placeringar	21	76	3

Tabell 23 visar att i majoriteten av insatserna (76%) har vården kostat enligt gällande riktpriis. I 21 procent av insatserna har vården kostat under riktpriiset. Åtta placeringar (3%) har kostat över riktpriiset. Sammanlagt har drygt 95 procent av placeringarna på institutioner skett enligt, eller under, vårdgivarnas gällande riktpriiser.

Sammanfattningsvis kan sägas att Ett kontrakt för livet inte har haft kostnadsdrivande effekter på den vård som genomförs på HVB-hem eller familjehem. Resultaten är i princip desamma i båda uppföljningarna gällande fördelningen av använd vårdform och vårddygnskostnader. En skillnad mellan den första uppföljningen och den senaste är att familjehemmens vårddygnskostnader har börjat jämnas ut sig och mer likna HVB-hemmens kostnadsutveckling och spridning. En ytterligare skillnad är att vårddygnspriserna i högre utsträckning ligger enligt riktpriiserna (54 i förhållande till 76%). En förklaring kan vara att kontakten med vårdgivarna i den senaste uppföljningen huvudsakligen skett per telefon eller via e-post med tydliga instruktioner om vad som menats med riktpriiser. Ramavtalspriser har kunnat anges och även priser utanför ramavtalet har angetts som övre gräns.

När det gäller vården på institution och familjehem genomför de större kommunerna upphandlingar vilket innebär att kommunen och vårdgivaren tecknar ramavtal. Ramavtalet reglerar vårdens innehåll och kostnader vid varje enskild placering. Avtalen gäller samtliga placeringar som kommunerna gör under avtalsperioden, således även den vård som sker enligt 27 § LVM. Ramavtal innebär att vårdgivare inte kan tillämpa olika vårddygnsavgifter beroende på om placeringen sker enligt SoL eller enligt 27 § LVM.

6 Samarbetet med socialtjänsten och vårdprocessens strukturering

Behandlingssekreterarna uppfattar Ett kontrakt för livet som en process under vilken en ny samarbetsanda har utvecklats mellan dem och socialsekreterarna. De har tillsammans lagt en långsiktig planering och en överenskommelse om innehållet i vården för ett helt år framöver. Arbetsättet är nytt – socialtjänsten och institutionerna har inte brukat blanda sig i varandras arbetsområden. Klienternas aktiva deltagande i vårdplaneringen är också nytt. Målplaneringen har gjort det tydligt för vårdgivarna när det gäller vem som ansvarar för respektive del i vårdprocessen. Klienterna får klart för sig vad de kan förvänta sig av LVM-vården. Den gemensamma planeringen ses av flera som det första viktiga steget mot att berörda parter i missbrukarvården på allvar diskuterar innehållet i vården och genom det medverkar till att höja kvalitén på vården. Samtalet kan leda till att effektiva sätt att behandla individer med missbruksproblem upptäcks och lyfts fram av berörda vårdgivande parter. Detta kan ses mot bakgrund av att det under senare år har riktats ansträngningar mot att evidensbasera missbrukarvården vilket i korta drag syftar till att höja vårdens kvalitet.

Vården har kritiserats för att ha låg kvalitet. Vården hade planerats av enskilda vårdgivare utifrån deras egen uppfattning om bra vård och inte efter vad forskningen visat vara effektiva metoder för behandlingen. Gemensam vårdplanering inom Ett kontrakt för livet har gett vårdgivarna möjligheter att diskutera enskilda missbrukares problem och tillsammans utarbeta en behandlingsplan. Även om evidensbaserad vård syftar framför allt till att använda forskningsresultat om effektiv behandling är det nya arbetssättet med gemensam målplanering en början mot en alltmer evidensbaserad missbrukarvård. En av enhetscheferna på socialtjänsten i Stockholm som har arbetat länge med missbrukarvården lyfter fram den gemensamma långtidsplaneringen som det viktigaste resultatet av Ett kontrakt för livet:

Jag tror att vi på kommunen och personalen på LVM-hemmen inte samarbetade på samma sätt, utan såg LVM som ett sätt att ge någon en annan behandling och sedan brydde man sig inte så mycket om vad den behandlingen innebar. När klienterna väl kom in på en behandling var LVM-vården så dyr att man ville få ut dem därifrån så fort som möjligt för att få ner kostnaden. Man planerade bara för dessa sex månader. Detta är ju skillnaden med Ett kontrakt för livet som sträcker sig över en längre period.

För klienterna har det blivit tydligare vad projektet är för någonting. Tidigare har ibland socialtjänsten sålt in detta till klienten som ett sätt att vi ska få tillbaka pengar och inte för att klienten ska få någonting som är bättre. Nu använder vi oss mer av den gemensamma målplaneringen (Enhetschef, socialtjänst).

Av samtalen med institutionspersonalen och socialsekreterarna framkommer att den nya samarbetsformen som resultat av Ett kontrakt för livet under de år som satsningen pågått successivt har ändrat synen på detta projekt. Från att under det inledande stadiet ha uppfattats mer eller mindre som ett statligt stöd till missbrukarvården har den alltmer utvecklats till att uppfattas som ett försök att strukturera vårdprocessen på ett effektivare sätt. Den skriftliga överenskommelsen mellan SiS och kommuner i form av "Ett kontrakt för livet" har fungerat som ett underlag för hur en långsiktig vårdkedja för klienten ska se ut. Överenskommelsen gör att socialtjänsten får en vårdplan att gå efter och slipper att planera på nytt efter varje skede i vården. På institutioner råder liknande omdömen om satsningen. Genom långtidsplaneringen får behandlingssekreterarna uppgifter om den vård som ska erbjudas klienten efter utskrivningen från institutionen. De kan därför inrikta sig på sin egen del av vård men samtidigt anpassa den till den vård som ska ges under 27-vistelsen och eftervården.

Trots dessa framgångar förekommer det fortfarande kritiska synpunkter också. Ett av problemen är kommunernas bristande resurser för LVM-vården. Bland institutionspersonalen finns en uppfattning om att missbrukarvården inte är högprioriterat i den kommunala planeringen och att den därför inte ges de resurser som krävs. Ett annat är deras åtagande, genom ramavtalen, mot någon eller några få vårdgivare vilket kan ge negativa effekter på planeringsprocessen. En behandlingssekreterares beskrivning av de viktigaste problemen i samarbetet med socialtjänsten är talande:

Ibland har vissa socialtjänster redan klart för sig vilka ställen de vill att klienterna ska placeras på. Andra är helt öppna och låter oss bestämma. Vissa har ramavtal som de absolut inte kan gå utanför, medan andra kan gå utanför sina ramavtal. Vi måste hela tiden anpassa oss efter kommunernas förutsättningar. Hos vissa finns många möjligheter, hos andra kan vi få en lista på 10 behandlingshem från deras ramavtal, varav två är något som vi kan tänka oss trots att de kanske inte är så bra. Det blir ju tråkigt för klienterna om de inte får vad de tänkt sig. Ibland kan socialsekreterarna inte komma för att de har för långt åka. Ibland kan cheferna bestämma att om det tar mer än en arbetsdag så får de inte åka. Så vi har haft socialsekreterare som aldrig varit här. De som finns nära är mer benägna om att komma (Behandlingssekreterare SiS).

Trots dessa problem råder det inga tvivel om att Ett kontrakt för livet har lett till att aktörernas kunskaper om och förståelse för varandras villkor har ökat. Socialsekreterare har fått besöka behandlingshemmen och komma i

kontakt med klienternas vardag under institutionsvistelsen. De har kunnat få den information om sin klient som de annars inte kunnat ha tillgång till. Inblandade parter har fått möjligheten att diskutera kring arbetsmetoder på institutionerna. Dessutom har den personliga kontakten mellan institutionspersonalen och socialsekreterarna förbättrats. Denna samarbetsanda som utmynnade i att hundratals kommuner har träffat över 1300 överenskommelser om vårdplaner för tunga missbrukare är enligt flera av de verksamma som intervjuats en av de viktigaste strukturella förändringar som Ett kontrakt för livet har åstadkommit.

Förändringar i § 27-vården

Flera vårdgivare delar uppfattningen att en lyckad vårdprocess klarar av övergången från tvångsvård till frivillig vård. Så länge individen betraktas som en patient/klient utan att ha förmåga att förändra sitt beteende och vara kapabel att ta hand om sig själv blir framgångarna i frivillig vård begränsade. Ökad användning av Kognitiva beteendeterapeutiska metoderna (KBT) inom missbrukarvården på senare år uppfattas av flera som en medveten satsning att på ett aktivare sätt involvera individen i vårdprocessen. KBT-metoderna lägger större ansvar och möjligheter på individen att aktivt medverka i förändringen av sitt liv. Även om det råder samförstånd mellan behandlare och socialsekreterare om denna generella trend och grundprincipen att lägga mer ansvar på individen finns det meningsskiljaktigheter om hur vårdprocessen ska se ut. I samtalen om hur kvalitén på vården under LVM-tiden är tar ofta enhetscheferna på socialtjänsten upp skiftande kvalitet på utredningsarbetet på de skilda LVM-hemmen som ett av de viktigaste problemen. Kvalificerade utredningar med hög kvalitet på alla LVM-hem efterlyses. Ett annat diskussionsämne handlar om vistelsetiden på LVM-hemmen. Det finns enhetschefer som förespråkar en snabbare förflyttning av klienter från LVM-vården till § 27-vården. Ett av de anförda argumenten är att klienten ska få längre tid på sig att etablera relationer med personalen på dessa hem under LVM-tiden eftersom eftervården inte sällan äger rum på samma enhet:

Det är stora kvalitetsskillnader när det gäller utredningsarbetet på LVM-hemmen. Vissa hem gör oerhört bra och kvalificerade utredningar medan andra kan ha en utredning där bara den sociala delen finns med. Innan Ett kontrakt för livet kom fanns det oftast ingen färdig vårdplanering när man tog LVM på grund av att klienterna inte var nyktra eller drogfria. Det man skrev var att man skulle uppnå en tids drogfrihet. Det är viktigt att få ut klienterna i en § 27-vård så tidigt som möjligt så att de kan upprätta relationer på stället som förhoppningsvis håller när LVM upphör. Konflikterna handlade ofta om synen på vilken vård som klienterna behöver. Ibland behöver vi hjälp med utredningen beroende på vad det är för personer. Med Ett kontrakt för livet har kontakten blivit bättre. Vi och LVM-hemmen har fått möjlighet att kunna komma överens om en planering ända från början. SiS-hemmen har varit till hjälp med att ta hand om de svåraste fallen.

Ett kontrakt för livet har gjort att det har blivit billigare för oss också. Det hjälper oss (Enhetschef, socialtjänsten).

Behandlingspersonalen på LVM-hemmen å sin sida framhäver att det behövs en längre vistelsetid för klienter att vårdas på LVM-institutionen. Enligt dem har institutionsvården avgörande betydelse för klienternas fysiska och psykiska hälsa. Ju längre grundläggande vård på institutionerna desto friskare klienter som därmed kan få en effektivare vård under sin § 27-vistelse. Behandlingspersonalen på institutionerna är kritiska mot kostnadstänkandet på en del av kommunerna som inte beaktar de långsiktiga fördelarna med att satsa på en grundläggande behandling av klienterna utan vill placera klienten i någon etablerad öppenvårdsinsats i hemkommunen till varje pris:

Generellt har socialtjänsten vissa resurser i kommunen som de erbjuder. Ibland säger de att de vill ha en § 27-placering, men vet inte vad den ska innehålla. Vi kan ibland tycka att klienten ska placeras på ett annat behandlingshem än de som finns i hemkommunen, men har man en etablerad öppenvårdsinsats i hemkommunen så vill socialtjänsten att klienten ska dit för att det är bra kostnadsmässigt och praktiskt. Det har varit fokus på pengar i stället för på klienterna. Då kan det vara så att om man inte lyckats få ihop Ett kontrakt för livet ligger socialtjänsten på och vill göra planeringen för att få pengarna, istället för att komma på det tidigare och se till att klienten får en långsiktig planering. Det behöver inte vara att de vill få klienten till hemkommunen. Det är en positiv aspekt på Ett kontrakt för livet att det inte bara är hemkommunen som är det enda alternativet, utan klienten kan placeras till ett annat hem. Det som är avgörande är att ju fortare klientens § 27-vård påbörjas, desto mindre kostnad blir det för kommunen (Behandlare, SiS).

Den ekonomiska aspekten av projektet är ibland så avgörande att socialtjänsten diskuterar det på planeringsmöten, vilket vissa klienter reagerar starkt emot. Att socialtjänsten tar upp detta i olika sammanhang kan enligt behandlingssekreterare bero på att ekonomin styr mycket av missbrukarvården på kommunnivå:

Det finns ett exempel på att socialtjänsten har diskuterat Ett kontrakt för livet och den ekonomiska aspekten på planeringsmötet när klienten var med, vilket gjorde att klienten bestämde sig för att vara kvar på institutionen under hela LVM-tiden för att socialtjänsten inte skulle få några pengar. Detta resulterade i en låsning på behandlingen här. Detta är inte ovanligt och det är helt oetiskt och fruktansvärt. Vi måste se till att prata om detta med socialtjänsten innan mötet så att situationen inte upprepas. De flesta från socialtjänsten har ett gott uppsåt, men ekonomin styr för mycket över deras arbete. Det var någon som sade att om inte pengarna funnits skulle man inte ha råd att placera och att möjliggöra att placera på andra ställen än man gjort förut. Jag har också hört att personal säger att socialsekreterare kan i första samtalet nämna Ett kontrakt för livet och vill göra en snabb placering för att få ut pengarna (Institutionschef, SiS).

När kommunernas ekonomiska begränsningar som tidigare ofta var en stötesten för planeringen har undanröjts menar flera behandlingssekreterare och socialsekreterare att de nya arbetsätten i Ett kontrakt för livet har lett till konstruktiva lösningar. Den växande samförståndsandan har varit som bäst när parterna höjt ribban vad gäller kravet på hög kvalitet för vård och behandling. Socialsekreterare som är övertygade om en viss behandlings positiva effekter på en klient har fått bättre förutsättningar att argumentera inför sin ledning. Avgörandet ligger dock hos institutionerna, menar en behandlingssekreterare, som förespråkar att det ska ställas krav på att kontrakten ska utformas på ett tillfredsställande sätt, i annat fall ska de inte godkännas:

De gånger vi har stått på oss i diskussioner med socialtjänsten inför § 27-placeringen har vi fått positiv respons från socialtjänsten, som i sin tur har kunnat hävda sig mot dem som har makten över pengarna. Det är inte säkert att socialsekreteraren som kommer har mandat att bestämma, utan det beror på vad de har fått med sig från kontoret överhuvudtaget. Vi förbereder oss innan mötet med socialsekreteraren och argumenterar under mötet varför en viss behandling är bra för klienten. Vi gör det klart att man får pengar om man har en långsiktig planering, man kan inte komma med en långsiktig planering efter utskrivningen. Man måste ha en nivå på Ett kontrakt för livet som är acceptabel för att få pengar. Syftet är att klienten ska få en bättre eftervård. Vi måste bevaka klientens behov. Vi sätter ribban för vad vi tycker är en bra eftervård. Man måste veta vad för slags eftervård. Då ska det vara tydligt (Behandlingssekreterare, SiS).

Att ställa höga krav på innehållet av vården under behandlingsprocessen fullföljs inte på ett tillfredsställande sätt av alla institutioner. Av samtalen med de verksamma på SiS 14 LVM-institutioner och inom socialtjänsten framgår att det inte finns något gemensamt arbetssätt och förhållningssätt i implementeringen av Ett kontrakt för livet. Även om SiS har varit angelägen om att utforma en gemensam policy för sina institutioner förekommer skillnader som en konsekvens både av institutionernas skilda arbetskulturer och av skilda kulturer och förhållningssätt i kommunerna. Vissa institutioner ställer hårda krav på planeringen av institutionsvården, § 27-vården och eftervården redan vid klientens intagning och godkänner inte kontrakten om kraven på planering inte uppfylls. I andra fall konstrueras planeringen först vid klientens utskrivning. Av samtalen med behandlingssekreterare på institutioner framgår att småkommuner är generellt bättre på att hålla sig till de krav som ställs för kontraktet medan större städer ibland har problem med att följa reglerna. Likaså är småkommuner öppnare för förslag och vill veta mer samt tar reda på fakta för hur vården av deras klienter ska planeras och efterföljas. Detta kan bero på att de små kommunerna inte har lika många LVM-placeringar och därmed inte heller etablerade vårdalternativ inom öppenvården.

Eftervården i kontrakten

Under de gångna åren har allt fler börjat inse att eftervård utgör en central del i behandlingen av LVM-klienter. Detta återspeglas alltmer i samtalen som förs mellan socialsekreterare och behandlingspersonal på SiS-institutioner. Av samtalen med verksamma inom socialtjänsten framkommer dock att Ett kontrakt för livet än så länge inte har inneburit några genomgripande förändringar i det kommunala arbetet för tiden efter LVM. I vissa distrikt som på Södermalm i Stockholm har socialtjänsten, med inspiration från det tidigare Vårdkedjeprojektet och med hjälp av ekonomiskt stöd från länsstyrelsen anställt två "coacher" som har ansvaret att följa klienterna under alla typer av placeringar. Dessa coaches uppgifter är huvudsakligen att ta reda på vad klienterna vill göra och hjälpa dem med att komma i kontakt med frivilliga organisationer. De använder sig av en genomförandeplan som är ungefär som överenskommelsen i Ett kontrakt för livet. Skillnaden mellan dessa och samordnarrollen är att de inte går in under själva LVM-tiden mer än att de besöker klienterna och studerar möjligheterna för insatser efter utskrivning från LVM. Under 3–6 månader efter utskrivningen erbjuder coacherna hjälp till klienterna. De saknar handläggningsansvar och arbetar inte med centrala frågor som klientens sysselsättning och boende. Parallellt med denna insats startade Södermalms beroendeteam en öppenvårdsverksamhet i vilken läkare, psykiatriker, en sjuksköterska och en skötare är till hjälp för utskrivna klienter.

Bland behandlingspersonalen på SiS välkomnas initiativet med att eftervårdssekreterare följer upp klienterna och skapar träffpunkter, sysselsättning och dagverksamhet för de utskrivna. En institutionschef menar att det första halvåret efter LVM-vården är avgörande för den fortsatta nykterheten. För att förhindra ett återfall bör eftervårdssekreterare vara tillgängliga för klienter så att de får möjligheter att prata av sig när de behöver. En form av case-manager som verkar inom psykiatrin kunde vara betydelsefull också inom vården av tunga missbrukare. På frågan om vad som uppfattas som aktivt eftervårdsarbete svarade en institutionschef följande:

Återfallen handlar ofta om att klienten har varit ensam vid utskrivningen och inte haft någonting att göra. Vid högtider har de då ingenstans att ta vägen och det finns ingen som hälsar på. Många har också i regel barn, men i många fall har man ingen kontakt med dem. Jag tycker att eftervården skulle behöva inslag av frivilligkrafter, som Röda korsets besöksverksamhet. Det skulle vara bra om man kunde fånga upp dessa klienter i ett nätverk, så att de fick vara med i en grupp eller syssla med en enklare hobby. Socialtjänsten borde utforma någon form av uppsökande verksamhet på ett annat sätt än förut. Klienterna behöver dagligt stöd. Det borde också finnas lokaler där man kan ta en fika och ha någon slags allt-i-ett verksamhet. Men detta är en politisk och en kostnadsfråga. Man vill inte lägga ner så mycket pengar på missbrukare. Detta synsätt är mycket tydligare idag än

för 20–25 år sedan, då man var mer välvillig. Det handlar också om socialtjänstens strategiska tänkande, man ser på varje individ för sig. Man måste ha långsiktiga strategier för kommunen. Eftervården är ett litet steg till att man följer upp kommuninvånarna med missbruksproblem. Det är viktigt att socialtjänsten involveras och att inte vi ska göra allt åt dem. Det är bättre om det finns någon form av idé som man kan ta sig an i stället för att man struntar i det. Det är också viktigt att få det formulerat och försöka följa upp klienten och erbjuda någon form av tak över huvudet (Institutionschef, SiS).

Ambitionen för socialtjänsten både i Stockholm och på andra orter är att det ska erbjudas en fortsättning av samma vård som klienten har fått under sin § 27-placering, åtminstone i den inledande fasen av eftervården. Problem som uppstår är att en stor del av klienter, menar socialtjänsten, brukar ta ett återfall redan första dagen efter LVM-tiden och avbryter vårdprocessen. De flesta brukar dock komma tillbaka och önskar att få den behandling som socialtjänsten erbjuder. Klienterna återvänder för att fortsätta sin behandling främst, menar socialtjänsten, för att det finns en överenskommelse och planering för tiden efter LVM som sträcker sig över en längre period. Skillnaden mot förut är att de klienter som återfaller får en ny chans med behandling. Kontraktet bryts alltså inte bara för att klienten återfaller. Den stora förändringen som Ett kontrakt för livet har inneburit för tiden efter LVM-vården är att klienten är medveten om att det finns en genomtänkt vårdplan som gäller trots ett eventuellt återfall. Det nya arbetssättet som kan säkra överenskommelsens varaktighet för en längre tid, även för tiden efter ett eventuellt återfall, betraktas av flera intervjuade som en annan strukturell förändring i missbrukarvården som kan gynna klienten och behålla honom/henne kvar i vårdprocessen.

Eftervårdstänkandet har bidragit till att socialtjänsten diskuterar eftervårdsarbetet på större allvar än förut. Socialtjänsten erbjuder fler stödinsatser idag mot vad de gjorde i början av satsningen. Socialsekreterarna menar dock att socialtjänsten behöver bli bättre på att använda sig av metoder som CRA, MI, MAPS och ASI.

För att eftervården ska få avsedd betydelse menar en del av personalen inom missbrukarvården att det bör ställas krav på att eftervården planeras långt tidigare och att planen presenteras utförligt i kontraktet. Då vet alla parter vad som förväntas och kan kräva att planen efterföljs. Kravet på en mer genomtänkt eftervård har bland annat rests av en institutionschef som följaktligen sedan en tid tillbaka lägger större vikt på eftervårdsdelen i kontraktet:

Nivån inom myndigheten har höjts väldigt mycket. DOK görs inom en vecka, ASI görs inom två veckor och MAPS görs inom tre till fyra veckor, då det ska vara klart vilket innebär att socialtjänsten ska komma hit inom en månad för att ha ett möte. Sedan görs program utifrån ASI och MAPS. Varje klient får en individuellt uppbyggd behandlingsplan. Vi sätter gränser för miniminivån för vad som ska gälla för Ett kontrakt för livet, vilket har varit tufft förut, men klientens behand-

ling går före hos oss. Vi skickar kontraktet fram och tillbaka tills det duger hos oss. Vi vill till exempel ha minsta och lägsta nivå på kvaliteten på eftervården (Institutionschef, SiS).

Boendet – den stora kostnaden i eftervården

I storstäderna är boendet ett av de största problemen för socialtjänsten. Enligt en enhetschef i Göteborg går merparten av den kommunala budgeten för LVM till att finansiera boendet. Samma bild redovisas av en enhetschef i Stockholm som menar att hälften av klienterna inte har någon egen bostad och därför går ca tre fjärdedelar av vårbudgeten i år (2008) till att finansiera klienternas boende. Missbrukare har svårt att skaffa bostad på egen hand. Det krävs ofta en längre tids drogfrihet för att de ska få ta över ett kontrakt. Dessutom behöver de en fungerande ekonomi för att kunna klara av att betala hyran. Kommunen behöver därför hyra inackorderingshem som enligt de intervjuade enhetscheferna kan ha hyreskostnader som är lika höga som behandlingskostnaderna. Enligt flera intervjuade utgör en fungerande plan för klienternas boende efter behandlingstiden på institutioner en central del av rehabiliteringsprocessen. Ett ordnat boende som kan rädda klienten från hemlöshet kan vara grunden till att eftervården ska vara framgångsrik, konstaterar en socialsekreterare.

Kritiska synpunkter

Ett kontrakt för livet har inte enbart inneburit positiva förändringar inom LVM-vården utan kritiska aspekter har lyfts såväl av verksamma inom SiS institutioner som inom socialtjänsten. Generell kritik riktas mot sättet att dra igång verksamheten knappt åtta månader efter Vårdkedjeprojektet utan att utvärderingen av den satsningen var klar.

Ett kontrakt för livet förstörde möjligheterna att utvärdera VKP-projektet. För mig är Ett kontrakt för livet ingenting i förhållande till VKP-projektet när det gäller klientperspektivet. Det finns två skillnader; den första är att det fanns en samordnare i VKP-projektet som var med i ett helt år och det gick inte att förhandla bort denna vare sig för socialtjänsten eller för klienten. Den andra är att vi som administrerade detta hade ett ansvar under ett år. Klienten skrevs ut från VKP-projektet efter ett år, medan med Ett kontrakt för livet har man bara kontroll fram till sex månader och sedan försvinner klienten. Det är ingenting. Det är klart att Ett kontrakt för livet är bra för att många klienter har fått bättre eftervård, men det genuina med att ha kontroll under ett år finns inte. (Institutionchef, SiS)

En enhetschef på socialtjänsten riktar kritik mot Ett kontrakt för livet eftersom satsningen inte främjar de stora insatser som görs av kommunerna utan i stället blir hindrande för utvecklingen. Det statliga stödet riktar sig enbart mot klienter med tungt missbruk. Statligt stöd ges inte till insatser för dem som söker frivillig hjälp vid ett tidigt stadium av sitt missbruk:

Vi har inte tagit fler LVM för att Ett kontrakt för livet kom. Det har varit min kritik mot Ett kontrakt för livet. Jag tycker att det är lite bakvänt med att ge pengar till LVM-vården eftersom vårt uppdrag är att arbeta med frivilligheten så långt det är möjligt. Vi har otroligt mycket LVM-utredningar, men söker bara på ett mindre antal av dessa. Men många av de andra går ju in i någon form av behandling. De tar frivilligt emot behandling. Ju bättre vi är på att arbeta med det, desto mindre pengar får vi. Om vi är duktiga på att motivera personer som blivit LVM-anmälda att ta emot frivillig vård så förlorar vi ekonomiskt på det. Man borde titta på alla som blir LVM-anmälda. Klienterna är oftast i det skicket att de erbjuder frivillig behandling och sedan är det upp till klienten att ta emot denna. Man får inte igenom ett LVM om klienten är med på behandlingen och då får man inga pengar. Det blir lite moment 22 (Enhetschef, socialtjänsten).

Bland medverkande inom missbrukarvården råder det enighet om att LVM-tiden för tunga missbrukare är för kort. Behandlingsprocessen borde vara längre för att förebygga återfall. Ju längre tid klienten får vistas på ett behandlingshem desto större chans har hon/han att hålla sig nykter / drogfri, menar flera av de intervjuade. Ett problem är att kommunerna inte kan finansiera en längre behandlingstid:

Efter att vi fått subventionen kan vi ha kostnader som kan sträcka sig över flera år, vilket också kan påverka vilket behandlingskontrakt man ger. Man fokuserar för mycket på att det är staten som ska få pengar. Den stora delen av vårdkedjearbetet görs ju faktiskt av kommunen, medan staten bara gör en liten del. Det blir kostnadsdrivande för kommunerna om vi ska fullfölja seriösa behandlingsplaner där vi vet att det kommer att ta väldigt lång tid. Det handlar väldigt mycket om pengar. Jag har inte funderat på hur lång tid vården skulle vara, men det krävs långa tider. Det finns en missuppfattning hos staten när de påstår att kommunen inte gör något, tar inte så många LVM som de ska och ger inte klienterna vård för att de inte fått LVM. Innan de säger det bör de kolla upp vad klienterna har fått. Vi ger dem frivillig vård. Staten och kommunen bör gemensamt driva de här frågorna och resursproblemen. Men det har blivit bättre efter att Ett kontrakt för livet kom (Enhetschef, Socialtjänsten).

Sammanfattningsvis kan sägas att Ett kontrakt för livet har, enligt involverad institutionspersonal och socialsekreterare, haft några strukturella effekter på missbrukarvården. Den viktigaste effekten har varit den nya samarbetsformen som har vuxit fram mellan vårdgivare. Socialsekreterare ser inte längre på LVM-vården som en tillfällig vårdform som planeras och genomförs av LVM-institutioner utan det uppfattas som en del av en vårdprocess som planeras i samarbete mellan vårdgivande parter och klienter. Den andra framgång som de intervjuade är överens om är, att den långsiktiga vårdplanering som Ett kontrakt för livet har gett upphov till för varje klient har utmynnat i en dokumenterad överenskommelse. Överenskommelsen är giltig och användbar

under hela vårdprocessen och tillfälliga avbrott i form av återfall häver inte den. Den tredje viktiga framgången är att eftervården alltmer har kommit i fokus och alla inblandade parter kan vara med och påverka innehållet i vården efter LVM. Till skillnad från tidigare, då revirtänkande hindrade socialsekreterare att aktivt påverka institutionsvården och institutionspersonal att påverka innehållet i vården efter LVM är det nu betydligt öppnare för vårdgivare och inte minst vårdtagaren att påverka hela vårdprocessen.

Avslutande diskussion

Syftet med denna rapport är dels att beskriva genomförandet av regeringens satsning Ett kontrakt för livet, dels redovisa hur projektet har påverkat klienternas situation och samarbetet inom missbrukarvården under de drygt tre år som projektet har pågått. Tre centrala frågor ställdes i rapportens inledning:

- Vilka effekter har Ett kontrakt för livet haft på klienternas vård, eftervård och missbrukssituation?
- Har Ett kontrakt för livet bidragit till några strukturella förändringar i missbrukarvården?
- Hur har Ett kontrakt för livet påverkat samarbetet mellan klienter, socialtjänsten och SiS?

I denna avslutande del sammanfattas och diskuteras dessa centrala frågor.

Mindre missbruk

I uppföljningen av klienternas missbrukssituation har två huvudsakliga källor använts; dels uppföljningsintervjuer med klienterna sex månader efter avslutad LVM-vård, dels en särskild enkät till socialtjänsten där socialsekreterarna har bedömt klientens missbruks- och sociala situation sex månader efter utskrivningen. Av de presenterade resultaten framgår att klienternas missbruk var klart mindre vid sexmånadersuppföljningen än vid inskrivningen. Bland de klienter som skrevs ut under perioden maj–juli 2007 uppgav 2 av 3 inom *Ett kontrakt för livet* att de antingen inte missbrukat alls eller att de missbrukat en dag i veckan eller mindre under de föregående sex månaderna. Motsvarande siffra bland en grupp klienter som följdes upp efter behandling 1999–2000 var 43 procent.

Klienternas uppgifter om sitt missbruk stämmer väl överens med de uppgifter som deras socialsekreterare har lämnat. Av den särskilda socialtjänstenkäten som besvarades av handläggare för totalt 770 klienter framkom att 35 procent av klienterna var missbruksfria och ytterligare 27 procent missbrukade i mindre omfattning sex månader efter LVM-tidens upphörande.

Förbättrad eftervård

Det som utmärker klienterna som ingått i *Ett kontrakt för livet* jämfört med gruppen som följdes upp 1999–2000 är att de i större utsträckning har placerats på behandlingshem eller i familjehem efter LVM-vården. Klienterna inom Ett

kontrakt för livet fullföljde i större grad vården i annan form enligt 27 § LVM och fortsatte oftast med en strukturerad eftervård. För klienterna inom Ett kontrakt för livet har detta således inneburit en längre period av strukturerad vård, vilket har gett goda förutsättningar för ett mer ordnat socialt liv samt förstärkta missbruksrelaterade insatser såsom avgiftning, missbruksbehandling inom öppenvård eller behandlingshem. Syftet med Ett kontrakt för livet var att förstärka missbrukarvården och skapa förutsättningar för fler kvalificerade och långsiktiga vårdinsatser. Av denna studie framgår att klienter med Ett kontrakt för livet har fått missbruksbehandling inom öppenvård eller på behandlingshem i eftervården i större utsträckning än uppföljningsgruppen 1999–2000. För gruppen 99/00 var andelarna som fått missbruksbehandling inom öppenvård eller på behandlingshem efter avslutad LVM 18 respektive 28 procent, medan motsvarande andel för Ett kontrakt för livet-gruppen var 48 respektive 36 procent.

De resultat som framkommit i utvärderingen tyder således på att den positiva utvecklingen som kan skönjas för många av klienterna inom projektet kan kopplas till den långsiktiga vårdplanering och den strukturerade eftervård som var centrala delar av satsningen. Samtidigt är det viktigt att påpeka att uppföljningen har gjorts när många klienter fortfarande var kvar i någon form av eftervårdsinsats eller nyligen hade avslutat sin vård. De långsiktiga effekterna kräver nya uppföljningar efter en längre tid utanför missbrukarvården.

Fler tunga missbrukare får behandling

Ett kontrakt för livet tillkom som en följd av de brister som LVM-utredningen redovisade när det gäller tillämpningen av LVM. Satsningens betydelse måste också ses i ljuset av utredningens påpekande om att ökad användning av öppenvård bidrog till att vissa klienter inte fick sina vårdbehov tillgodosedda. Dessutom pekade man på hur kommunernas ekonomiska nerdragningar bidrog till försämrade missbrukarvård genom att man t ex valde mindre kostsamma, och sannolikt mindre effektiva, vårdformer. Genom ekonomiskt stöd till kommunerna skulle således Ett kontrakt för livet skapa bättre förutsättningar att bedriva behandling och rehabilitering baserat på långsiktighet och större bredd i vårdformerna. Genom ekonomiska subventioner skulle klienterna i större utsträckning kunna erbjudas vård med stöd av 27 § LVM, dvs. vård i annan form utanför LVM-institutionerna.

Under perioden 2004–2007 har det totala antalet intagningar på LVM-hem ökat med 26 procent – från 862 till 1086. Denna ökning kan i sig betyda att delar av den grupp som tidigare inte fått sitt vårdbehov tillgodosett nu fick vård och behandling för sitt missbruk. Trots att antalet platser inom LVM-vården utökades något under perioden, steg den genomsnittliga beläggningen på LVM-institutionerna från 87 procent år 2004 till 100 procent år 2007. Med fler platser och ett varierat utbud har missbrukarvården inom SiS också haft bättre förutsättningar att bereda plats åt tunga missbrukare med vårdbehov,

vilket i sig kan ha påverkat kommunernas efterfrågan på LVM-vård. En avgörande orsak till den ökade användningen av LVM-vården är sannolikt den kostnadsreduktion som kommunerna fått vid placering enligt 27 § LVM (vård i annan form). En stor del av alla placeringar med stöd av 27 § LVM har under perioden bestått av klienter som deltagit i Ett kontrakt för livet.

Långsiktig planering och sammanhållen vård

Rapporten om Ett kontrakt för livet tyder även på att satsningen bidragit till en bättre kontinuitet och en större långsiktighet i behandlingsprocessen. Överenskommelserna innebar i sig en samverkan mellan socialtjänst, LVM-hem och den enskilde och innehåller en sammanhängande planering med ett längre tidsperspektiv som inkluderar olika vårdformer, huvudmän och lagrum. Således visar också studien att fler akut placerade klienter stannade kvar inom LVM för fortsatt vård under 2007 jämfört med 2004. Genom det ekonomiska stödet har det blivit lättare för socialtjänsten att välja adekvata behandlingsinsatser. Utöver de ekonomiska aspekterna har projektet även skapat förutsättningar för mer ingående diskussioner mellan involverade parter om vårdens innehåll. SiS och socialtjänst har fått förutsättningar för bredare samverkan och klienterna har beretts större möjligheter att påverka vårdförloppet.

Socialtjänsten har det övergripande ansvaret för den enskilde och skulle även fortsättningsvis ha initiativet i utformningen av vårdinnehållet i samverkan med klienten. SiS skulle dock i större grad än tidigare involveras i planeringen. Detta har inte skett utan diskussioner och meningsskiljaktigheter mellan behandlingspersonal på institutioner och socialtjänsten. Institutionspersonal har t ex framfört att socialtjänsten ibland har försökt få klienten ut i andra vårdformer för snabbt, beroende på projektets subventionsstruktur. Meningsskiljaktigheterna var särskilt tydliga för de yngre klienterna.

Socialtjänsten har å andra sidan ofta förespråkade en tidigare förflyttning av klienter från LVM-institutioner till § 27-vård, eftersom det kan ge bättre förutsättningar för klienten att etablera relationer med personalen på § 27-hemmen inom ramen för LVM-tiden. Socialtjänsten har också haft kritiska synpunkter på LVM-institutionernas skiftande kvalitet när det gäller utredningar.

De synpunkter som har anförts av institutionspersonal och av socialtjänst är återkommande problem i relationen mellan dessa olika vårdgivare, men det framkommer också en stor uppskattning av Ett kontrakt för livet. Behandlingspersonalen på SiS institutioner har blivit bättre på att formulera vårdinnehållet och samverka kring utformningen av överenskommelserna. Kontrakten har gett socialtjänsten möjligheter att påverka insatserna på LVM-hemmen. Projektet har medfört större möjligheter för socialtjänsten att ha insyn och inflytande över LVM-vården. Genom regelbundna överläggningar med institutionerna kan socialtjänsten bättre än tidigare medverka i såväl planering som genomförande av vårdinsatserna.

Ett synligare klientperspektiv

En ytterligare strukturell förändring är att klientperspektivet har fått större utrymme i missbrukarvården. Klienternas delaktighet i planeringen av sin egen vård har stärkts genom *Ett kontrakt för livet*. Klientinflytandet har fått en tydligare plats och blivit synligare, främst genom den formella överenskommelsen. I och med att samarbetsformerna har blivit mer inarbetade och förtroendet mellan parterna ökat har socialtjänsten t ex kunnat överlåta mer ansvar till både klienten och behandlingssekreterare på SiS institutioner att planera vård- och behandlingsinsatserna.

Trots att projektet har gett klientperspektivet större utrymme är klienternas medverkan i utformningen av vårdprocessen fortfarande ganska begränsad. Samverkansaspekten har främst handlat om bättre samarbete mellan de vårdgivare som omgärdar klienten än att klienten själv har fått en aktivare roll i vårdprocessen.

De utmaningar som LVM-vårdade ofta brottas med gäller också i hög grad för klienter som deltagit i *Ett kontrakt för livet*. Det gäller särskilt kontakten och uppföljningen vid och efter utskrivning. Återfallsrisken är stor i dessa skeden och behovet av täta och nära kontakter med stödapparaten är också stort.

Eftervården alltmer i fokus

Rapporten har också lyft fram att eftervården, dvs. tiden efter avslutad LVM-placering, har fått betydligt mer uppmärksamhet till följd av projektet. Eftervården har tidigare haft en mindre framträdande plats i vårdkedjetänkandet inom missbrukarvården. Större uppmärksamhet har ägnats vården i annan form inom ramen för LVM, dvs. vård enligt 27 § LVM. Under projektets gång har den fortsatta vården efter LVM-placering mer och mer dominerat samtalen mellan klient, socialsekreterare och behandlingspersonal. På vissa institutioner handlar det mesta av diskussionen om eftervårdsplanering vid utformningen av kontrakten. Om den planeringen haltar, skrivs heller inga kontrakt. Resultatet är en mer påtaglig fokusering på de insatser som måste till efter avslutad LVM-placering för att få en större långsiktighet i vårdplaneringen. Samarbetet mellan parterna som var involverade i projektet fortsatte därmed även efter klientens utskrivning, t ex genom uppföljningsmöten tre månader efter utskrivning.

Uppföljningsmötena har inte bara haft ett dokumentations- och återrapporterings syfte utan de har också visat sig ha en viktig behandlingsfunktion. Personer med missbruksproblem saknar ofta sociala band då de förlorat sina nätverk inom såväl familjen som arbetslivet. Uppföljningsmötena efter tre månader har gett en större kontinuitet i kontakterna med vårdgivarna och gett klienterna möjlighet att återkoppla till socialtjänst och institution både när det gäller nuvarande livssituation, syn på den vård som har getts och eventuella fortsatta vårdbehov. Det framgår dock av rapporten att intresset för att anordna

tremånadersuppföljningar har varit relativt svagt. Här finns fortfarande behov av att diskutera formerna för uppföljning efter såväl avslutad LVM-placering som eventuellt avslutad eftervård. Tätare uppföljningar som i grunden anses positivt måste vägas mot de ökade resurser detta kräver i form av t ex resor och arbetstid. En ytterligare komplikation kan vara att klienterna har återfallit i missbruk vid uppföljningstidpunkten och inte är nåbara, eller att de bryter kontakten med socialtjänsten efter LVM-tidens upphörande.

Utvärderingen av *Ett kontrakt för livet* lyfter också fram behovet av uppföljning på längre sikt, även efter avslutad eftervård. Subventioner i den formen som genomfördes i *Ett kontrakt för livet* kan bidra till att stimulera till ökade eftervårdsinsatser. Eftervårdens frivilliga karaktär gör det emellertid svårare att motivera klienter som genomgått tvångsvård att fortsätta en bitvis krävande vårdprocess. Det krävs således ett fortsatt motivationsarbete genom hela vårdkedjan. Det är samtidigt viktigt att påpeka att de klienter som placeras i tvångsvård har mycket allvarliga problem och att det är ett mödosamt arbete för alla involverade att förbättra deras livssituation på ett betydelsefullt och hållbart sätt.

Efter att projektet har pågått i drygt tre år kan man se en del konkreta förbättringar i LVM-vården och den frivilliga missbrukarvården. Samtidigt finns det fortfarande en del brister och utrymme för fortsatt utveckling. De viktigaste framgångar som har kunnat observeras är:

- Klienterna fullföljer i stor utsträckning behandlingsplanen och stannar kvar längre i eftervården än tidigare
- Färre klienter återfaller i missbruk under sexmånadersperioden efter LVM-vården
- Fler tunga missbrukare har fått vård enligt LVM och fortsatt strukturerad vård efter avslutad placering
- Antalet unga kvinnor som får vård har ökat
- Vårdplaneringen och samverkan har stärkts mellan socialtjänst, LVM-hem och den enskilde
- Ingen ökning av vårdkostnaderna
- Satsningen har fått ett generellt positivt mottagande från såväl socialtjänst, LVM-institutioner som klienterna själva

När det gäller förhållanden och problem som fortsatt behöver utvecklas inom missbrukarvården bör följande särskilt uppmärksammas:

- Uppemot 20 procent av LVM-klienterna har ingen överenskommelse och ca 30 procent kommer inte ut i någon § 27-placering
- Eftervården, dvs. insatserna efter avslutad LVM-placering, får stor uppmärksamhet i inledningsfasen då kontraktet skrivs men kan ändå inte förhindra att många klienter inte fullföljer den planerade vården

- Uppföljnings- och utvärderingsprocedurer för såväl LVM-vården som eftervården behöver utvecklas
- Kunskapen om och dokumentation av vårdens innehåll, behandlingsmetoder och kvalitet behöver utvecklas inom hela vårdkedjan

Ett kontrakt för livet har gett många klienter tillgång till strukturerad vård och behandling som de inte tidigare har fått. Socialtjänsten har fått utökade möjligheter att placera tunga missbrukare i lämpliga och adekvata behandlingshemsalternativ. Det har bidragit till en mer genomarbetad planering av vårdinsatserna i samverkan mellan socialtjänst, SiS och den enskilde. Särskilt planeringen av eftervården har blivit tydligare. De flesta klienter inom satsningen har också påbörjat de planerade insatserna även om många klienter även fortsättningsvis inte klarar att genomföra hela den planerade vården. Som Sallmén (2004) konstaterar innebär en framgångsrik missbrukarvård ofta ett flertal behandlingstillfällen som ger kumulativ effekt. Ibland kan det behövas flera år av "halvfärdiga insatser" som tillsammans kan skapa förutsättningar för ett liv utan missbruk.

Ett kontrakt för livet har även bidragit till en bättre § 27-planering med detaljerade överenskommelser vars innehåll klienterna också har kunnat påverka. I och med tillkomsten av projektet har behandlingspersonal på institutioner blivit bättre på att hålla kontakt med klienterna under § 27-vistelsen. De har även fått en inblick i eftervården, vilket bland annat har inneburit att problemen har diskuterats med socialtjänsten.

Det är i nuläget svårt att bedöma om de förändringar i samverkansformer och arbetssätt som Ett kontrakt för livet bidragit till blir varaktiga. Det verkar emellertid finnas goda förutsättningar för ett nytt förhållningssätt inom vården där socialtjänst, SiS och den enskilde diskuterar, förhandlar och gör överenskommelser – även om just denna satsnings specifika överenskommelser inte lever kvar. Det finns också goda möjligheter för att det mer långsiktiga tänkandet och fokuseringen på eftervården lämnar tydliga spår inom missbrukarvården. De goda erfarenheterna måste samtidigt vårdas och utvecklas, så att vården av missbrukare blir så väl planerad och adekvat som möjligt.

Sammanfattning

Projektet *Ett kontrakt för livet* syftade till att förbättra vården av missbrukare och att åstadkomma varaktiga förändringar i missbrukssituationen. Därutöver fanns en ambition att skapa strukturella förändringar genom ett förbättrat samarbete mellan klienter, socialtjänst och Statens institutionsstyrelse.

Under LVM-tiden får den enskilde möjligheten att prova vård i annan form med stöd av 27 § LVM. Om överenskommelse träffats mellan SiS, socialtjänsten och den enskilde om ytterligare sex månaders insatser efter LVM får socialtjänsten subvention på vårdavgiften under § 27-tiden.

Utvärderingen av Ett kontrakt för livet bygger på tre huvudsakliga datakällor; SiS eget klientadministrativa system (KIA), SiS dokumentations- och uppföljningsinstrument DOK samt en särskild enkät till socialsekreterare 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 socialtjänstenkäten 78 procent, vilket ger en god tillförlitlighet i resultaten.

Av de resultat som har presenterats i rapporten vill vi särskilt lyfta fram följande:

Klienternas vård, eftervård och missbrukssituation

Färre klienter återfaller i missbruk under sex månader efter LVM-vården

Vid uppföljningen efter avslutad LVM-vård uppgav 67 procent av klienterna som deltagit i Ett kontrakt för livet att de antingen inte missbrukat alls eller att de missbrukat en dag i veckan eller mindre under de föregående sex månaderna. Detta resultat kan jämföras med en tidigare studie av en grupp klienter som skrevs ut från LVM-hem under 1999–2000 där motsvarande andel var 43 procent.

Av enkäten till socialtjänsten framgår att 35 procent av klienterna bedömdes vara missbruksfria sex månader efter LVM-vården och ytterligare 27 procent bedömdes missbruka i mindre omfattning.

Genomförande av behandlingsplaner och eftervård

Av socialtjänstenkäten framkom att drygt hälften av klienterna inom Ett kontrakt för livet genomförde vården i annan form (enligt § 27 LVM) helt enligt planeringen och ytterligare en fjärdedel genomförde delar av den planerade vården. Vid övergång till vård i annan form, enligt § 27 LVM, placerades över hälften av klienterna på behandlingshem, medan 30 procent placerades inom öppenvård.

Samtliga klienter i Ett kontrakt för livet har 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 till viss del. De klienter som efter avslutad LVM-placering fortsatte till eftervård på behandlingshem, familjehem eller annan vårdinstitution genomförde sin vårdplanering i större utsträckning än de som erbjöds öppenvård.

I jämförelse med en tidigare studie av utskrivna LVM-klienter från 1999–2000 framgår att inom Ett kontrakt för livet fick nästan dubbelt så många klienter fortsatt strukturerad vård efter LVM.

Boende samt sysselsättning/försörjning

En lyckad rehabilitering av missbruksklienter är beroende av ett ordnat boende och sysselsättning eller försörjning. Det är således värt att notera att ett

stort flertal av de klienter som var missbruksfria sex månader efter avslutad LVM-vård hade såväl ordnat boende som någon form av sysselsättning.

Enligt uppgifter från socialtjänsten hade 18 procent av klienterna någon form av aktiv försörjning sex månader efter utskrivningen, dvs lön, arbetslöshetsersättning, studiebidrag, föräldrapenning eller liknande. Ytterligare 12 procent hade pension eller sjukbidrag och 23 procent var under vård och behandling. Socialsekreterarna uppskattade samtidigt att 29 procent inte hade någon sysselsättning eller aktiv försörjning.

Skillnader mellan män och kvinnor

Projektet har inneburit att flera unga missbrukare fått LVM-vård, särskilt unga kvinnor. Under projektets inledande år ökade andelen unga kvinnor inom LVM-vården med en femtedel.

Överlag var det relativt små skillnader mellan män och kvinnor när det gäller utfallet av vården, men andelen kvinnor som var missbruksfria ett halvår efter LVM-placeringen var högre än andelen män. Samtidigt var det något fler kvinnor som genomförde sin planerade vård i annan form (§27 LVM). Bland kvinnorna var placering på behandlingshem vanligast, medan placering på öppenvård var vanligast bland män.

Mer långsiktig vård och förbättrad samverkan mellan klienter, socialtjänst och SiS

Fler intagna på LVM och fler akut placerade stannar kvar inom LVM

Under perioden 2004–2007 har det totala antalet intagna på LVM-hem ökat med 26 procent – från 862 till 1086. Ökningen gäller såväl planerade som akuta LVM-placeringar, men under 2007 stannade fler akut placerade klienter kvar inom LVM för fortsatt vård jämfört med 2004.

Trots att antalet platser inom LVM-vården utökades under perioden, steg den genomsnittliga beläggningen på LVM-institutionerna från 87 procent år 2004 till 100 procent år 2007.

Vårdplaneringen och samverkan har stärkts mellan kommuner, LVM-hem och den enskilde

Inom ramen för Ett kontrakt för livet skrivs en överenskommelse om vårdens innehåll mellan klienten, socialtjänsten och LVM-institutionen. Under tiden satsningen har pågått har drygt 1300 överenskommelser tecknats. Projektet har i något större utsträckning lockat kvinnor och unga.

De inblandade är genomgående positiva till projektets innehåll och genomförande. Socialtjänsten pekar särskilt på dess betydelse för klienten och för samarbetet med personalen på LVM-hemmet. Socialsekreterarna lyfter framförallt fram värdet av den dialog som har utvecklats mellan socialtjänsten och LVM-hemmen.

Kommunernas deltagande i satsningen ökade kraftigt mellan det första och det andra projektåret och höll sedan i sig under det tredje året. Förorts-

kommuner tecknade relativt sett fler överenskommelser än större städer (50 000–200 000 invånare). I genomsnitt tecknade kommunerna avtal för 63 procent av de klienter som placerades jämlikt LVM.

Vårdkostnaderna har inte ökat

Kostnaderna för projektet Ett kontrakt för livet uppgick till ungefär 50 miljoner kronor per år. Det framgår av uppföljningen att satsningen inte har haft några kostnadsdrivande effekter i form av ökade vårddygnskostnader.

Socialtjänsten och klienterna ser mycket positivt på Ett kontrakt för livet

Socialsekreterarna ger uttryck för att satsningen har lett till en mer långsiktig planering och till att fler vårdalternativ har kunnat prövas. Stödet har också gett vidgade möjligheter till kvalificerad vård för klienter med flera LVM-placeringar bakom sig och med komplicerade problem. En mer genomtänkt och långsiktig planering har samtidigt bidragit till ett bättre samarbete mellan socialtjänsten, LVM-institutionerna och den enskilde. Det nära samarbetet har bidragit till en mer positiv syn på LVM-vården.

Klienter som påbörjade sin eftervård hade generellt en positiv syn på eftervården och de flesta tyckte att den motsvarade deras behov. Flertalet av de klienter som tidigare hade vårdats enligt LVM ansåg att eftervården denna gång planerades bättre än vid tidigare placeringar.

Referenser

- Bjerver, K. (1972) An evaluation of compulsive treatment programs for alcoholic patients in Stockholm with particular reference to longitudinal development, epidemiological aspects and patient morbidity. *Opuscula Medica*, Suppl. 25, 1972.
- Börjeson, B. (1977) *Behandlingen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
- Dir. (2002:10) Översyn av tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.
- Fridell, M. (1996) *Institutionella behandlingsformer vid missbruk. Organisation, ideologi och resultat*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fäldt, J., Storbjörk, J., Palm, J. Oscarsson, L. & Stenius, K. (2007) *Vårdkedjeprosjektet: Tre utvärderingsperspektiv*. Forskningsrapport nr 2. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Gerdner, A. (2000) *Utfall och kvalitet inom LVM-vården*. SiS följer upp och utvecklar 3/00. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Gerdner, A. (2004) Utfall av LVM-vård – översikt och syntes av hittillsvarande studier. *Forskningsrapporter. Bilagedel till LVM-utredningens betänkande Tvång och förändring* (SOU 2004:3). Stockholm: Fritzes.
- Gerdner, A., Söderfeldt, B. & Berglund, M. (1998) Social workers and significant others as collaterals of non-responding alcoholics in follow-up studies using mail questionnaires and telephone interviews. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 7, 34–41.
- Hajighasemi, A. (2004) *The transformation of the Swedish welfare system: fact or fiction?: globalisation, institutions and welfare state change in a social democratic regime*. Huddinge: Södertörns högskola.
- Hunt, G. & Barker, J. (1999) Drug treatment in contemporary anthropology and sociology. *European Addiction Research*, 5, 126–132.
- Israelsson, M. (2004) Komparativ analys av internationell lagstiftning om tvångsvård av substansmissbrukare. I: *Forskningsrapporter. Bilagedel till LVM-utredningens betänkande* (SOU 2004:3).
- Kinnunen, A. (1994) Den bristande motivationen. En litteraturstudie över tvångsvård av rusmedelsmissbrukare i de nordiska länderna. I Järvinen, M. & Kretting, A (red) *Missbruk och tvångsvård*. Helsingfors: NAD-publikation Nr. 27.
- Kristiansen, A. (2001) Om betydelsen av att börja där klienten befinner sig. *Socionomen*. Nr. 5:90–93.
- Landry, M. J. (1997) *Overview of Addiction Treatment Effectiveness*. DHHS Publication No. (SMA) 97–3133. Rockville, MD: Substance abuse and Mental Health Services Administration.

- Larsson, H. & Ollus, M. (1999) *Ett år efter utskrivning – vad hände sen? En uppföljning av 31 LVM-klienter och deras situation ett år efter utskrivning*. SiS följer upp och utvecklar 5/99. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Larsson, J. & Segraeus, V. (2005) *Från tvång till frihet. Uppföljning av SiS missbrukarvård*. SiS följer upp och utvecklar 1/05. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Larsson, J. & Segraeus, V. (2008) Uppföljning av tvångsvårdade LVM-klienter. I: Arlebrink, J. (red.) *Från teori och randomisering till klinik*. Lund: Lunds universitet.
- Lehto, J. (1994) Involuntary treatment of people with substance related problems in the Nordic countries. I: Järvinen, M. & Skretting, A. (red.). *Missbruk och tvångsvård*. NAD-publikation Nr 27. Helsingfors: Hakapaino Oy.
- Oscarsson, L. (2001) Missbrukarvården och samhället – utvecklingen under 90-talet. *Socionomen*, 5:20–25.
- Oscarsson, L. (2006) Evidensbaserad praktik – originalet och dess uttolkare. *Socionomen*, 8, 73–75.
- Palm, J. & Stenius, K. (2002) Sweden: Integrated Compulsory Treatment. *European Addiction Research* 8:69–77.
- Porter, L., Arif, A. E. & Curran, W. J. (1986) *The Law and the Treatment of Drug and Alcohol Dependent Persons*. Geneva: World Health Organisation.
- Regeringens direktiv. (2004:164) *En vårdöverenskommelse om missbrukarvården*.
- Sackett, D. L., Richardson, S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (1997) *Evidence-based Medicine: How to Practise and Teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sallmén, B. (1999) *Compulsory treatment of alcoholics. Psychiatric comorbidity, psychological characteristics, coercive experiences and outcome*. (Akademisk avhandling). Lund University: Department of Clinical Alcohol Research and Psychology.
- Sallmén, B. (2004) *Institutionsbaserad LVM-forskning*. SiS följer upp och utvecklar 4/04. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Segraeus, V. (1993) *Var står vi? Ackumulerad kunskap och erfarenhet inom institutionell missbrukarvård, utifrån en dialog forskare–praktiker*. Forskningsrapport nr 1 1994. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- SiS (2004) *Plan för genomförande av försöksverksamhet med att utveckla och pröva en förstärkt vårdkedjemodell inom missbrukarvården*. S2003/10379/ST. Dnr 120-910-03, 2004-03-31. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).
- Socialstyrelsen (1997) *Tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*. Socialstyrelsens författningssamling.
- Socialstyrelsen (2002) *Missbrukare och övriga vuxna – insatser 2001*. Statistik – Socialtjänst 2002:8. Sveriges officiella Statistik. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003a) *Organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård (ORION)*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2003b) *Lägesrapport, individ och familjeomsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (1981:7) LVM: lag om vård av missbrukare i vissa fall. Delbetänkande av socialberedningen.
- SOU (2004:3) *Tvång och förändring. Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård. Betänkande av LVM-utredningen*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- SOU (2006:100) *Ambition och ansvar: Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. Stockholm: Fritzes.
- Stenius, K. (1999) *Privat och offentligt i svensk alkoholvård*. Lund: Arkiv förlag.
- Storbjörk, J. (2006) *The social ecology of alcohol and drug treatment: Client experiences in context*. Stockholm: Stockholm University, Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD).
- Storbjörk, J. (2007) I gränslandet mellan delaktighet och tvång: Klienten i projektet. I: Fäldt, J.; Storbjörk, J.; Palm, J.; Oscarsson, L. & Stenius, K. *Vårdkedjeprosjektet: Tre utvärderingsperspektiv*. Forskningsrapport nr 2. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Sulkunen, P. (2007) Re-inventing the Social Contract. *Acta Sociologica* (50): 3, 325–334.
- Svensson, B. (2001) Om jag inte får gå ut så river jag stället – om tvångsvård av kvinnliga narkomaner, *Socionomen*. Nr. 5:62–67.
- Tops, D. (2001) Narkomanvård i Sverige & Nederländerna, *Socionomen*. Nr 5:36–40.
- Yohanes, L., Angelin, A., Giertz, A. & Swärd, H. (2002) *”De kommer ut fräscha och fina” – Om tvång och hemlöshet*. Forskningsrapport nr 4. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

Bilaga I: Ett kontrakt för livet: Överenskommelse



Ett kontrakt för livet

Överenskommelse

mellan Statens institutionsstyrelse (SiS) och Kommunen beträffande den vård som ges med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och bedrivs enligt 27§ LVM samt därefter följande vårdinsatser efter avslutad LVM-vård.

PARTER	
Statens institutionsstyrelse (SiS)	<i>(Institutionens namn och adress)</i>
Institutionschef:	
Organisationsnummer:	202100-4508
Kommunen/stadsdelen:	<i>(Kommunens/stadsdelens namn och adress)</i>
Kontaktperson:	
Organisationsnummer:	
Vårdtagaren som överenskommelsen gäller	<i>(Den enskildes namn och adress)</i>
Personnummer:	

A. PLANERING FÖR VÅRD I ANNAN FORM ENLIGT 27 § LVM		
1. Vårdgivarens namn:		
Tel.:		
2. Mål för vård i annan form enligt 27§ LVM:		
3. Beskriv kortfattat vilka insatser som är planerade att genomföras under vård i annan form enligt 27§ LVM:		
4. Finns det ett särskilt avtal mellan LVM-institutionen och vårdgivaren för vård i annan form enligt 27 § LVM ?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Tid för vård enligt 27§ LVM:	Fr.o.m.	T.o.m.

C. KOSTNADER

Uppskattad kostnad för vård i annan form enligt 27 § LVM enligt del A:	_____
--	-------

Kommunen/ socialtjänsten redovisar sina kostnader som särskild bilaga. (se anvisningar)

- Kostnaden skall subventioneras enligt bifogade anvisningar. Kommunen/ stadsdelen förbinder sig samtidigt att efter vård i annan form enligt 27 § LVM genomföra de insatser för klienten som redovisas i del B i denna överenskommelse.

Kostnaden skall subventioneras med	_____	procent.
------------------------------------	-------	----------

För SiS		För kommunen/ stadsdelen
<i>ort och datum</i>		<i>ort och datum</i>
Institutionschef		Behörig tjänsteman
Namnförtydligande		Namnförtydligande

En kopia av överenskommelsen skall skickas till redovisningsenheten vid SiS huvudkontor, Box 163 63, 103 26 STOCKHOLM.

Anvisningar

Överenskommelse beträffande vård enligt 27 § LVM och därpå följande vårdinsatser efter avslutad LVM-vård

A.Vård enligt 27 § LVM

Vård enligt 27 § LVM beslutas av institutionschefen på LVM-hemmet. Innan ett sådant beslut fattas skall en dialog ha skett mellan institutionen, socialtjänsten och klienten om när det är lämpligt tidsmässigt samt beträffande utformning av, och innehåll i vården.

När i tid ett beslut om 27 § LVM vård kan ske är avhängigt klientens motivation och psykiska och fysiska hälsa. När institutionschefen bedömer att klienten är motiverad till vård och behandling i annan form och att denne är i psykiskt och fysiskt stabilt tillstånd skall ett beslut fattas.

Ett beslut om 27 § LVM vård förutsätter att klienten har en behandlingsplan. En sådan plan skall ta hänsyn till de individuella förutsättningar som klienten har. Planen utarbetas av institutionen i samråd med klienten och socialtjänsten.

I behandlingsplanen, inför vård enligt 27 § LVM skall följande beaktas:

▪ Missbruk:	Att det finns missbruksrelaterade behandlingsinsatser utformade efter klientens förutsättningar med hänsyn tagen till missbruket och den individuella förmågan.
▪ Boende:	Att det finns ett boende som är anpassat efter klientens förutsättningar beträffande förmåga till självständighet, behov av stöd, tillsyn olika tider på dygnet o.dyl.
▪ Sysselsättning:	Att det finns en planering som tar hänsyn till klientens behov av adekvat sysselsättning.
▪ Medicinskt:	Att det finns en planering utifrån klientens behov av medicinska insatser / behandling, beträffande medicinering, träning, uppföljning m.m.
▪ Psykiatriskt:	Att det finns en planering för hur klientens behov av psykiatriska insatser / behandling skall tillgodoses.
▪ Socialt - familj – nätverk:	Att det finns en planering där klientens sociala situation beaktas och hur arbetet med klientens nätverk / familj skall genomföras.
▪ Kriminalitet:	Om behov finns beträffande insatser inom området kriminalitet bör det planläggas och ingå i en behandlingsplan.

LVM-hemmet ska teckna ett avtal med utföraren för vård och behandling under 27 § LVM vården för att reglera ansvarsfrågan.

På LVM-hemmen finns färdiga kontraktsmallar som kan användas.

B. Vårdinsatser efter avslutad LVM-vård

Det ska finnas en plan för vård efter LVM tidens slut. Klienten, socialtjänsten och LVM-hemmet ska göra en gemensam planering som sedan i form av en överenskommelse undertecknas av socialtjänsten och LVM-hemmet. Överenskommelse görs efter att socialtjänsten fattat beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § Sol.

Ovanstående anvisningar kan användas som underlag för den skriftliga överenskommelsen mellan SiS och kommunen.

LVM-hemmen har färdiga mallar för skriftliga överenskommelser.

C. Kostnader

Om kommunen och Statens institutionsstyrelse (SiS) efter samråd med klienten och utifrån den överenskomna behandlingsplaneringen har träffat en överenskommelse som innefattar insatser under och efter avslutad LVM vård skall ekonomiskt stöd (subvention) utgå för den vård som bedrivs enligt 27 § LVM. De insatser som skall vidtas efter LVM-tidens utgång skall bekostas och anordnas av kommunen.

Den avgift som SiS debiterar för vård i annan form enligt 27 § LVM (450 kronor/dygn) subventioneras i sin helhet. Avgiften avser den plats som reserveras för den enskilde på institutionen under den tid § 27-vården pågår. Det gäller oavsett om vård i annan form enligt 27 § LVM genomförs inom eller utanför LVM-institutionen.

Den dygnsavgift som debiteras utöver detta och avser vård i annan form 27 § LVM (se det som står i del A), subventioneras av SiS med den procentsats som anges i överenskommelsen. Detta gäller vård i annan form enligt 27 § LVM såväl inom som utanför LVM-institutionen. Speciella stödinsatser för den enskilde under § 27-tiden subventioneras oavsett var placeringen bestäms.

De kostnader som uppkommer för boende och uppehälle i samband med att den enskilde placeras för vård i annan form enligt 27 § LVM i sin egen bostad eller inackorderingshem, subventioneras dock inte.

De ovan angivna vårdkostnaderna subventioneras till kommunen i efterskott, mot faktura från kommunen. Det betyder att kommunen betalar de faktiska kostnaderna i vanlig ordning till vårdgivaren.

Därefter ska kommunen skriva fakturor (en faktura per klient) och sända dessa till redovisningsenheten vid SiS huvudkontor, se adress nedan. I fakturan ska framgå vad kommunen har betalat för vård i annan form enligt 27§LVM och subventionens storlek. Till fakturan ska bifogas redan betalda fakturor som avser den enskildes vårdkostnader och som enligt avtal ska subventioneras. Den begärda subventionen skall utan svårigheter kunna härledas till de bifogade fakturakopiorna.

Den av kommunen utställda fakturan bör utformas enligt följande: (i exemplet räknas med en dygnsavgift på 2 000 kronor samt en subvention på 70 %.)

FAKTURAEXEMPEL		
Klientens ID		
Avgift för dygnsvård	$30 \text{ dagar} * 2000 = 60\,000$	
Subvention	$60\,000 * 0,7 = 42\,000$	42 000
SiS dygnsavgift á 450 kr	$30 \text{ dagar} * 450$	13 500
Total subvention att erhålla		55 500

Fakturan skickas till:

Statens institutionsstyrelse
 Redovisningsenheten
 Box 163 63
 103 26 STOCKHOLM

Bilaga 2: Den särskilda socialtjänstenkäten

Uppföljningsenkät till socialtjänsten "Ett kontrakt för livet"

Klienten

Klientens namn:

Personnummer:

LVM-institution klienten senast vårdades på:

Datum för avslutad LVM-vård:

Överenskommelsedokument bifogas.

Ifylles av uppgiftslämnaren

Uppgiftslämnaren har följt ärendet:

Från intagning till utskrivning

Del av placeringen

På annat sätt
nämligen

.....

.....

Uppgiftslämnarens namn:

Kommun:

E-postadress:

Tel:

Planeringen för vård enligt 27 § LVM

När påbörjades § 27-vården för klienten (ange datum):

Har planerade vårdinsatser enl. överenskommelsen kunnat genomföras? Ja Nej

Om svaret är Nej, vad har inte kunnat genomföras?

.....

.....

Ange varför:

.....

.....

.....

.....

Har klienten haft återfall som har föranlett avbrott i § 27-vården? Ja Nej

Om svaret är Ja, ange antalet sådana avbrott du har kännedom om:

Har det prövats andra vårdalternativ än det/de som angivits i överenskommelsen?

Ja Nej

Om svaret är Ja, kryssa för den vård som har prövats istället:

Behandlingshem

Annat behandlingshem än det som planerats

Familjehem

Annat familjehem

än det som planerats

Öppenvård

Annan öppenvård än det som planerats

Omvårdnad

Planeringen för vård efter LVM-tiden (eftervården)

När påbörjades klientens eftervård? Ange datum:

Klienten påbörjade aldrig någon eftervård

Har planerade eftervårdsinsatser kunnat genomföras? Ja Nej

Om svaret är Nej, vad har inte kunnat genomföras?

.....
.....
.....
.....

Ange varför:

.....
.....
.....
.....

Har det prövats andra vårdalternativ än det/de som angivits i överenskommelsen?

Ja Nej

Om svaret är Ja, kryssa för den vård som har prövats istället:

- | | |
|--|--------------------------|
| <i>Behandlingshem</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Annat behandlingshem än det som planerats</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Familjehem</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Annat familjehem än det som planerats</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Öppenvård</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Annan öppenvård än det som planerats</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Omvårdnad</i> | <input type="checkbox"/> |

När avslutade klienten sin eftervård? (kryssa för lämpligt alternativ):

- | | |
|--|--------------------------|
| <i>Som det var planerat i överenskommelsen</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Tidigare än det var planerat i överenskommelsen</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Senare än det var planerat i överenskommelsen</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Klienten är kvar i den planerade eftervården</i> | <input type="checkbox"/> |

Om klienten inte är kvar i eftervården

Är klienten fortfarande aktuell på socialkontoret? Ja Nej

Är klienten aktuell på annat socialkontor? Ja Nej

Har du kontakt med klienten? Ja Nej

Om svaret är Ja, ange vad klienten gör för tillfället och var han/hon befinner sig:

(kryssa för lämpligt alternativ)

Sysselsättning

- | | |
|---|--------------------------|
| <i>Har ett vanligt arbete</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Har en genom kommunen organiserad sysselsättning</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Arbetssökande (aktuell hos arbetsförmedlingen)</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Har någon form av studier</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Har ingen organiserad sysselsättning</i> | <input type="checkbox"/> |

Annat:

Boende (aktuell vistelse)

- | | |
|---|--------------------------|
| <i>Egen lägenhet/hus</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Andrahandskontrakt</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Bor hos föräldrar/släktingar</i> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Inackorderingshem eller liknande</i> | <input type="checkbox"/> |

Finns inom kriminalvården

Saknar bostad

Annat:

Fortsätter klienten med sitt missbruk? Ja Nej

Om svaret är Ja, ange i vilken omfattning i förhållande till det tillstånd han/hon befann sig vid LVM-omhändertagandet (kryssa för lämpligt alternativ):

Missbrukar i samma omfattning

Missbrukar i större omfattning

Missbrukar i mindre omfattning

Får klienten fortsatt behandling för sitt missbruk? Ja Nej

Vad anser du om satsningen "Ett kontrakt för livet"? (kryssa för lämpligt alternativ)

Mycket bra

Bra

Varken bra eller dåligt

Dåligt

Mycket dåligt

Beskriv kortfattat vilken betydelse denna satsning har haft för klientens vård?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Andra kommentarer

.....

.....

.....

.....

.....

Datum

Underskrift av uppgiftslämnare

Bilaga 3: Tremånadersuppföljningen

Datum: Plats:

Deltagare på mötet: Kommun:

Från socialtjänsten Institution:

Namn:.....

Från institutionen

Namn:

Klienten

Namn:.....

Utvärderingsfrågor gällande klientens situation (besvaras av LVM-hemmets representant, sätt kryss i lämplig ruta):

Ta ställning till följande påståenden gällande vården under § 27-tiden				
	Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte	Ej relevant
<i>Vården under § 27-tiden planerades:</i>				
I samarbete mellan klient,institution,socialtjänst				
Vården genomfördes som planerat				
Vården motsvarade väl klientens behov				
Klienten har fått hjälp ang. sitt missbruk				
Klienten har fått hjälp med att återuppta kontakten med sin familj/nätverk				
Klienten har fått hjälp med sina problem som:				
- psykiska/psykiatriska problem				
- fysiska problem				
Den planerade vården ändrades under § 27-tiden för att bättre motsvara klientens behov				

Ta ställning till följande påståenden gällande vården efter avslutad LVM (eftervården)				
	Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte	Ej relevant
<i>Det fanns intresse för eftervård:</i>				
- hos klienten				
- hos socialtjänsten				
Den vårdform som valdes under §27-tiden, fortsätter i eftervården				
Eftervården motsvarar väl klientens behov				
Klienten får adekvat hjälp för sitt missbruk				
Klienten har avhållit sig från missbruket				
Klienten har också fått hjälp med andra problem				
Klienten är kvar i eftervården				
Eftervården planerades samtidigt med §27vården				
Klienten behöver inte några fortsatta insatser				

Om klienten inte är kvar i eftervården, hur ser den nuvarande situationen ut för klienten?

Tillbaka i LVM Klarar sig själv Tillbaka i missbruk Ingen kontakt

Annat

Har målen fram till denna tidpunkt uppnåtts beträffande klientens rehabilitering?

(sätt kryss i lämplig ruta)

Ja Delvis Nej

Vilka förändringar bör göras?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Utvärderingsfrågor om hur socialtjänsten upplevde satsningens effekter
(LVM-hemmets representant frågar socialtjänsten efter mötet och sätter kryss i lämplig ruta)

Ta ställning till följande påståenden gällande effekter av "Ett kontrakt för livet"				
	Instämmer helt	Instämmer delvis	Instämmer inte	Kan ej svara på
Inställning till eftervårdsinsatser:				
Möjligheter till eftervård har stärkts				
Generellt går det mer resurser än tidigare ¹ till eftervård inom missbrukarvården				
Eftervården anpassas mera efter klientens behov				
Bättre och mer genomtänkt planering än tidigare				
Klienter fullföljer planeringen bättre nu än tidigare				
Bättre samarbete i planeringen mellan inblandade myndigheter och klienten än tidigare				
Socialtjänsten har en mer aktiv roll än tidigare i planeringen				
Missbrukarvården har stärkts genom att resurser nu kan läggas på eftervården pga. subventionen				

Övriga kommentarer:

.....

Ytterligare 10 % ska betalas ut till kommunen, för detta ändamål ange följande uppgifter:

Pg: _____ eller	Bg: _____	
Betalningsreferens: _____ (motsvarar fakturanummer)		
Kontaktperson: _____		Tel nr: _____

(Handläggaren inhämtar dessa uppgifter från kommunens ekonomiavdelning)

Dokumentet ska skickas till:

Ali Hajjhasemi, FoU-enheten,
Statens institutionsstyrelse SiS, Box 163 63, 103 26 Stockholm

¹ Med tidigare menas tiden före satsningen "Ett kontrakt för livet".

Tabeller

Täckningsgrad, DOK vid inskrivning

DOK-in * KFL Crosstabulation

		KFL		Totalt
		ingår ej	ingår	
DOK-in saknas		35	55	90
		4,7%	8,0%	6,3%
	Kort-DOK	223	167	390
		30,1%	24,4%	27,3%
Lång-DOK		484	463	947
		65,2%	67,6%	66,4%
Totalt		742	685	1427
		100,0%	100,0%	100,0%

Täckningsgrad, DOK vid utskrivning

DOK-ut * KFL Crosstabulation

			KFL		Totalt
			ingår ej	ingår	
DOK-ut saknas	Count	73	89	162	
	% within KFL	9,8%	13,0%	11,4%	
kort DOK	Count	352	264	616	
	% within KFL	47,4%	38,5%	43,2%	
lång DOK	Count	317	332	649	
	% within KFL	42,7%	48,5%	45,5%	
Totalt		Count	742	685	1427
		% within KFL	100,0%	100,0%	100,0%

DOK-uppföljningsintervjuer med klienter utskrivna maj-juli 2007

Institution	Genomförda intervjuer	Antal möjliga*	Klara per institution	Avlidna	Återfall	Tackat Nej	Gick ej att Få tag på
Gudhemsgården	9	9	100 %				
Hessleby	7	7	100 %				
Rebecka	6	6	100 %				
Hornö	10	11	91 %	1	1		1
Lunden	7	10	70 %				3
Rällsögården	2	3	67 %			1	
Renforsen	3	5	60 %				2
Östfora	4	7	60 %	1	2	1	
Ekebylund	2	4	50 %	2	1		1
Runnagården	2	4	50 %	1	2		
Frösön	3	6	50 %	1	1	1	1
Älvgården	2	5	40 %				3
Fortunagården	1	4	25 %				3
Totalt	58	81	72 %	6	5	4	16

* Avlidna klienter ingår inte i denna grupp

Källa: SiS institutioner

Lagrum vid utskrivning från LVM

Utskrivningsår				
Placeringslagrum		Fastställt lagrum		
		13 § LVM	4 § LVM	Totalt
2004				
13 § LVM		221	494	715**
4 § LVM		0	147	147
Totalt		221	641*	862
2005				
13 § LVM		244	461	705**
4 § LVM		0	172	172
Totalt		244	633*	877
2006				
13 § LVM		232	576	808**
4 § LVM		0	218	218
Totalt		232	794*	1026
2007				
13 § LVM		230	647	877**
4 § LVM		0	209	209
Totalt		230	856*	1086

*Totalt som någon gång före utskrivningen vårdats enligt 4 § LVM.

**Totalt av dem som skrevs ut som tagits in med omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM

Källa: SiS, Klient- och institutionsadministrativa systemet 2008

Utskrivna efter vård enligt 4 § LVM, varav som vårdats enligt 27 § LVM, samt varav med överenskommelse

År	Utskrivna efter vård enligt 4 § LVM			varav, Som någon gång vårdats enligt 27 § LVM			varav, med överenskommelse		
	Kvinnor	Män	Samtliga	Kvinnor	Män	Samtliga	Kvinnor	Män	Samtliga
2004	223	418	641	186	83	510	-	-	-
2005	232	401	633	186	80	506	91	49	243
2006	285	509	794	225	79	631	152	68	443
2007	296	560	856	244	82	664	176	72	450
Totalt	1036	1888	2924	841	81	2311	419	50	1136

* Procent av utskrivna efter vård enligt 4 § LVM

** Procent av någon gång vårdade enl 27§LVM. Den totala andelen är beräknad på åren 2005-2007

Läsförklaring: Av de 633 ärenden som skrevs ut efter vård enligt 4 § LVM år 2005 hade 506 (80 procent) vid minst ett tillfälle vårdats enligt 27 § LVM.

Av dessa hade 243 (48 procent) vid minst ett tillfälle vård enligt 27 § LVM inom ramen för Ett kontrakt för livet.

Källa: SIS, Klient- och institutionsadministrativa system (2008)

Utskrivningar efter hemkommunens länsstillhörighet, redovisat på ärendenivå

Hemkommunens länsstillhörighet	Utskrivna efter vård enligt 4 § LVM, antal			varav, med överenskommelse																
				varav, någon gång vårdade enligt 27 § LVM					varav, med överenskommelse											
	2005	2006	2007	Total	2005	2006	2007	Total	2005	2006	2007	Total								
				An-tal	%	An-tal	%	An-tal	%	An-tal	%	An-tal	%							
Blekinge	6	18	15	39	5	83	17	94	14	93	36	92	0	0	88	12	86	27	75	
Dalarna	11	10	18	39	11	100	8	80	16	89	35	90	7	64	4	50	10	63	21	60
Gävleborg	27	38	35	100	24	89	31	82	27	77	82	82	9	38	23	74	19	70	51	62
Gotland	4	7	7	18	4	100	6	86	6	86	16	89	3	75	4	67	6	100	13	81
Halland	26	19	21	66	23	88	12	63	17	81	52	79	8	35	5	42	14	82	27	52
Jämtland	14	14	15	43	10	71	9	64	12	80	31	72	3	30	7	78	8	67	18	58
Jönköping	34	36	38	108	27	79	33	92	35	92	95	88	13	48	25	76	20	57	58	61
Kalmar	10	10	13	33	8	80	10	100	10	77	28	85	7	88	8	80	8	80	23	82
Kronoberg	11	14	20	45	10	91	14	100	13	65	37	82	7	70	11	79	10	77	28	76
Norrbottnen	7	10	9	26	6	86	4	40	6	67	16	62	4	67	3	75	4	67	11	69
Södermanland	15	24	30	69	12	80	18	75	22	73	52	75	5	42	10	56	6	27	21	40
Skåne	64	92	82	238	48	75	67	73	54	66	169	71	20	42	49	73	34	63	103	61
Stockholm	119	138	137	394	97	82	102	74	104	76	303	77	48	49	68	67	79	76	195	64
Uppsala	36	45	56	137	27	75	33	73	42	75	102	74	12	44	16	48	23	55	51	50
Värmland	6	17	16	39	4	67	12	71	14	88	30	77	2	50	11	92	11	79	24	80
Västerbotten	16	19	16	51	13	81	14	74	10	63	37	73	7	54	8	57	4	40	19	51
Västernorrland	14	19	25	58	9	64	13	68	19	76	41	71	4	44	6	46	10	53	20	49
Västmanland	14	25	16	55	14	100	23	92	13	81	50	91	4	29	21	91	7	54	32	64
Västra Götaland	133	179	209	521	105	79	155	87	172	82	432	83	50	48	115	74	127	74	292	68
Örebro	33	41	28	102	25	76	36	88	25	89	86	84	18	72	26	72	15	60	59	69
Östergötland	33	19	50	102	24	73	14	74	33	66	71	70	12	50	8	57	22	67	42	59
Totalt	633	794	856	2283	506	80	631	79	664	78	1801	79	243	48	443	70	449	68	1135	63

*Andel av utskrivna efter vård enligt 4 § LVM.

** Andel av utskrivna som någon gång vårdats enligt 27 § LVM.

Källa: SiS, Klient- och institutionsadministrativa system (2008)

Tidigare utgivna rapporter i serien ”SiS följer upp och utvecklar”

- 1/98 Rällsögården. 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare. (Kerstin Möller, Arne Gerdner, Anita Oscarsson)
- 2/98 Bli sedd, välja väg och förändras. Utvärdering av utredningsarbetet vid Villa Ljungbacken – en ungdomsinstitution inom SiS. (Göran Sandell, Jeanette Olsson)
- 3/98 Årsrapport DOK 96. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1996 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 1/99 Årsrapport DOK 97. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1997 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 2/99 Med familjen för förändring. Institutionsbaserat familjearbete. (Martha Kesthely)
- 3/99 Klockbacka – en välintegrerad akutinstitution. (Gurli Fyhr)
- 4/99 Behandling av adopterade barn på särskilt ungdomshem. Förslag till en behandlingsmodell. (Jan-Åke Eriksson, Inger Sundqvist)
- 5/99 Ett år efter utskrivning – vad hände sen? En uppföljning av 31 LVM-klienter och deras situation ett år efter utskrivning. (Håkan Larsson, Märta Ollus)
- 6/99 Beroende av droger – utsatt för övergrepp? Intervju- och enkätunder sökning av drogberoende män på Rällsögården 1998. (Anders Nyman)
- 1/00 Årsrapport ADAD 97. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under 1997 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/00 Årsrapport DOK 98. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1998 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 3/00 Utfall och kvalitet inom LVM-vården. Uppföljning av Lunden och Älvgården. (Arne Gerdner)
- 4/00 Årsrapport DOK 99. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1999 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 5/00 Tiden på Älvan och ett år efter ... 25 pojkars syn på vistelsen samt uppföljning ett år efter utskrivning. (Anna Michanek, Marianne Kristiansson, Rose-Marie Westermarck, Bella Machado)
- 1/01 Årsrapport ADAD 98. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under 1998 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/01 Flickan och hästen. Bilder från ett hem för särskild tillsyn. (Sven Forsling)
- 3/01 Årsrapport DOK 00. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2000 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.

- 1/02 Årsrapport ADAD 99. Nyinskrivna ungdomar på särskilda ungdomshem under 1999 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/02 Unga förövare av sexuella övergrepp. Tunagårdens behandlingsmodell. (Åsa Jeppsson, Inga Tidefors Andersson, Eva Löwdahl)
- 3/02 Barfotabarn. Flickors vandring från LVU till LVM. (Anette Kindstrand, Tomas Theorin)
- 4/02 SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. (Mats Fridell, Zvonimir Cesarec, Monica Johansson, Stine Malling Thorsen)
- 1/03 Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor. LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden. (Iréne Jansson, Mats Fridell)
- 2/03 Att bedöma risk för återfall bland antisociala unga. En kunskapsöversikt. (Niklas Långström)
- 3/03 Det finns inga hopplösa fall, eller ...? Unga kvinnors möte med vården inom SiS. (Mai-Louise Björk, Inger J:son Knodt)
- 4/03 Kontaktmannaskap. Emotionella upplevelser hos behandlingsassistenter inom LVM-vården. (Anita Helgesson)
- 5/03 Årsrapport ADAD 00. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under år 2000 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 1/04 Från miljöterapi till KBT. Institutionsbehandling av kriminella pojkar. (Bengt Daleflod, Martin Lardén)
- 2/04 Årsrapport DOK 01. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2001 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 3/04 Kvinnliga LVM-klienters våld på institution. En studie vid Lunden, Rebecka och Runnagården. (Tom Palmstierna)
- 4/04 Institutionsbaserad LVM-forskning. 12 år av forskning, utveckling och utvärdering vid Karlsvik. (Björn Sallmén)
- 5/04 MAPS. En metodik för att göra dokumentation användbar i behandling. (David Öberg)
- 1/05 Från tvång till frihet. Uppföljning av SiS missbrukarvård. (Jonas Larsson, Vera Segraeus)
- 2/05 ADAD. Uppföljning 2000–2002. (Stefan Nordqvist)
- 3/05 Flickor i tvångsvård. Utvärdering av tolvstegsinriktad §12-vård av unga kvinnor. (Arne Kristiansen)
- 1/06 Svensk social barnavård ur ett könsperspektiv 1993–2003. En litteraturgenomgång. (Petra Ulmanen, Gunvor Andersson)
- 2/06 Rum för återanpassning. Den fysiska miljöns betydelse inom ungdomsvården – en miljöpsykologisk översikt. (Jan Janssens, Thorbjörn Laike)
- 3/06 Att övervinna världen. Om verksamhet och ideologi vid Granhult – ett särskilt ungdomshem. (Göran Johansson)

- 1/07 Erfarenhetsinläring och lärtilar. Analys och standardisering av Kolbs Learning Style Inventory i svensk version. With an English Summary. (Sven Marke, Zvonimir Cesarec)
- 1/08 Det slutna tjejrmmet. Missbrukande flickor i tvångsvård. (Karin Trulsson)
- 2/08 MTFC. Ett evidensbaserat manualstyrt behandlingsprogram. (Lotta Højman, Nick Dovik)

