

Slutrapport Vårdkedjeprojektet

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Bakgrund	4
Mål för VKP	5
Projektets organisation	6
Vårdkedjemodellen	8
Deltagande kommuner och institutioner	9
Fördelningar av projektkostnader	10
Klienterna i VKP	11
Beskrivning av projektet i relation till uppsatta mål	16
Målet bättre samarbete mellan socialtjänsten och LVM-hemmen	16
Målet förhöjd utredningskompetens och stärkt behandlingsinnehåll vid LVM-hemmen	18
Målet höjd kvalitet i LVM-vården och eftervården	20
Huvudmålet att klienterna ska uppnå positiva och bestående förändringar av sin livssituation	24
Utvärdering av VKP	27
Slutsatser	32
Referenser	34
Bilaga	35

Sammanfattning

Vårdkedjeprojektet (VKP) är en samverkanssatsning mellan ett urval av kommuner, stadsdelsförvaltningar och LVM-hem. Projektet syftar till att stärka vårdkedjan i alla dess delar, både i LVM-vården och den eftervård i frivillig form som ska följa på tvångsvården. Ett villkor för klientens deltagande är att socialtjänstens ansökan om vård enligt 4 § LVM fastställts av länsrätten. Tre fjärdedelar av de klienter som tillfrågades valde att delta i projektet och av dem fullföljde 72 procent den planerade behandlingen.

SAMARBETET HAR FÖRBÄTTRATS MELLAN SOCIALTJÄNSTEN OCH LVM-HEMMEN

VKP har bidragit till ett mer omfattande och förbättrat samarbete mellan socialtjänsten och LVM-hemmen. En gemensam tidig planering har i varje enskilt ärende resulterat i en skriftlig överenskommelse som inneburit en långsiktighet i behandlingsinsatserna och som sträcker sig över både LVM-vården och den eftervård som socialtjänsten har ansvar för. Överenskommelsen har också stått modell för satsningen Ett kontrakt för livet.

En särskild samordnare har följt varje klient genom hela vårdkedjan. Samordnaren har bidragit till att skapa fungerande samarbetsformer mellan parterna genom sin placering i socialtjänstens lokaler, sina återkommande resor mellan socialtjänsten och LVM-hemmen samt genom att ta initiativ till möten mellan myndigheterna och klienten. Samarbetet har ytterligare stärkts genom omfattande gemensamma utbildningsinsatningar som inneburit en kontinuitet i vård- och behandlingsarbetet. Satsningarna har drivit på såväl LVM-hemmens som socialtjänstens metodutveckling och har haft en positiv inverkan på samarbetet.

SAMORDNARNA – EN CENTRAL FUNKTION I VKP

Utöver en koordinerande roll i samarbetet mellan socialtjänsten och LVM-hemmen så har samordnaren haft en stödjande roll för klienten under vårdtiden. Samordnarna har haft en central betydelse i arbetet med att omsätta den skriftliga överenskommelsen i praktiken och stärka övergången från tvångsvård till frivillig vård. Majoriteten av alla deltagande parter har uppfattat samordnarfunktionen som positiv. Örebro, Eskilstuna och Maria-Gamla stan har uppmärksammat behovet av en motsvarande resurs och har infört en samordnarfunktion i sina ordinarie verksamheter eller i projektform. Utformningen av samordnarfunktionen har även stått modell för MVG-projektet.

STÄRKT BRUKARINFLYTANDE

Projektet har tydligt fokus på klient/brukarmedverkan inte minst genom planeringen av vården som kräver ett aktivt deltagande av klienterna samt genom samordnaren som arbetat med att stödja klienten och lyfta fram hans/hennes uppfattning om vårdinnehållet.

Missbrukande kvinnors behov och förutsättningar för positiva resultat av efter-

vården har synliggjorts. Det gäller också män och kvinnor med svår psykiatrisk problematik i kombination med ett gravt missbruk. Deltagande kommuner har utvecklat riktade insatser till grupperna under projektiden. Flera har initierat fortsatta satsningar, som delvis finansieras med medel från länsstyrelserna och Socialstyrelsen.

HÖJD KVALITET I VÅRDEN

VKP har lett till en ökad fokusering på eftervård. Insatserna under LVM-vården och efter avslutad tvångsvård har förstärkts. Det är rimligt att anta att den särskilda samordnaren har haft stor betydelse när det gäller att få till stånd fortsatt vård.

SiS har tagit fram riktlinjer för hur utredningsverksamheten inom LVM-vården ska bedrivas. Riktlinjerna ska säkerställa en allsidig och heltäckande bedömning av klientens behov och resurser. Riktlinjerna tillämpas fullt ut på samtliga LVM-hem från och med den 1 januari 2008 och kommer att följas upp under 2009.

Inom ramen för Ett kontrakt för livet har SiS startat en försöksverksamhet med platser för vård enligt 27 § LVM. Målgruppen är klienter med omfattande missbruk i kombination med psykiska problem och utagerande beteende. I och med detta har ett behandlingsalternativ skapats för en traditionellt sett mycket svårplacerad målgrupp.

En preliminär uppföljningsstudie (Larsson&Segraeus prel.version) av VKP och Ett kontrakt för livet pekar på att satsningarna på fortsatt vård efter LVM och bättre samverkan med socialtjänsten resulterat i mer vårdinsatser efter LVM och i minskat missbruk. Detta trots att den aktuella klientgruppen är tungt problembelastad. Med de erfarenheter SiS har av projektet och då resultaten är så lovande anser myndigheten att det är viktigt att fortsätta arbetet med att stärka vårdkedjan. Mot den bakgrunden planerar SiS att göra en effektutvärdering som följer upp klienternas livs- och missbrukssituation efter avslutade insatser.

Bakgrund

Regeringen tillsatte år 2002 en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av tillämpningen av LVM. Utredaren fick bl.a. i uppdrag att bedöma orsakerna till nedgången i antalet beslut om tvångsvård enligt LVM under 1990-talet. Sedan 1994, då kommunerna övertog utrednings- och ansökningsansvaret från länsstyrelserna, hade antalet personer som vårdas med stöd av LVM minskat kontinuerligt. Det tunga missbruket ökade under samma tidsperiod, vilket kunde tyda på att lagen i ökad utsträckning användes för avgiftning och inte för mer långsiktiga vård- och motivationsinsatser. Andelen omedelbara omhändertaganden enligt 13 § LVM ökade under samma period, vilket tyder på att frågan om vård aktualiserades först när situationen blivit akut. Andelen akuta omhändertaganden som efter utredning inte lett till ansökan om vård enligt 4 § LVM var också hög.

Utredaren skulle också belysa LVM-vårdens och eftervårdens utformning, bland annat samspelet mellan SiS och socialtjänsten. Av betänkandet (SOU 2004:3) framgick att insatserna efter avslutad LVM-vård bedömdes behöva intensifieras och förstärkas och att planeringen av insatserna måste påbörjas i ett mycket tidigare skede av LVM-vistelsen.

Utredningen lämnade betänkandet Tvång och förändring. Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård (SOU 2004:3). Kommunerna föreslogs få sänkta kostnader om de tog större ansvar för eftervården. Syftet med förslaget var att ge den enskilde en mer sammanhängande vård, inte minst efter LVM-vården.

REGERINGENS UPPDRAG TILL SIS

Regeringen gav i december 2003 SiS i uppdrag att inom ramen för LVM-vården utveckla och pröva en modell med en förstärkning av vårdkedjans alla delar samt att öka kvaliteten på både LVM-vården och den frivilliga eftervården. Som svar på utredningens slutsatser beslutade riksdagen att försöksverksamheten skulle syfta till att höja kvaliteten i såväl LVM-vården som eftervården. Försöksverksamheten skulle utvecklas och genomföras i nära samarbete med socialtjänsten, inom ramen för gällande lagstiftning, och skulle inte innebära en förskjutning av ansvarsfördelningen mellan SiS och kommunerna. Förutom på utveckling av samverkans- och samarbetsformer med socialtjänsten, skulle särskilt fokus läggas på att förstärka utredningskompetensen vid SiS samt på att öka kvaliteten i såväl den vård som ges med stöd av 27 § LVM som den eftervård i frivillig form som ska följa på tvångsvården. SiS skulle beakta brukarperspektivet i försöksverksamheten och redovisa erfarenheterna i en slutrapport. SiS skulle vid utformningen av försöksverksamheten samråda med Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

VKP har utvärderats av forskare från Stockholms universitet, SoRAD (Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och drogforskning) och Örebro Universitet (Institutionen för beteende-, social- och rättsvetenskap).

2004-12-22 beslutade regeringen om ytterligare en särskild satsning på missbrukarvården, Ett kontrakt för livet, i syfte att stärka missbrukarvården ytterligare och skapa bättre förutsättningar för mer kvalificerade och långsiktiga insatser.

Mål för VKP

Målen för VKP har utformats i samverkan med företrädare för de kommuner, stadsdelsförvaltningar och LVM-hem som deltar i Vårdkedjeprojektet.

Huvudmålet är att de klienter som ingår i vårdkedjan ska uppnå positiva och bestående förändringar av sin livssituation.

Övriga mål syftar till att skapa förutsättningar för att huvudmålet uppnås, genom

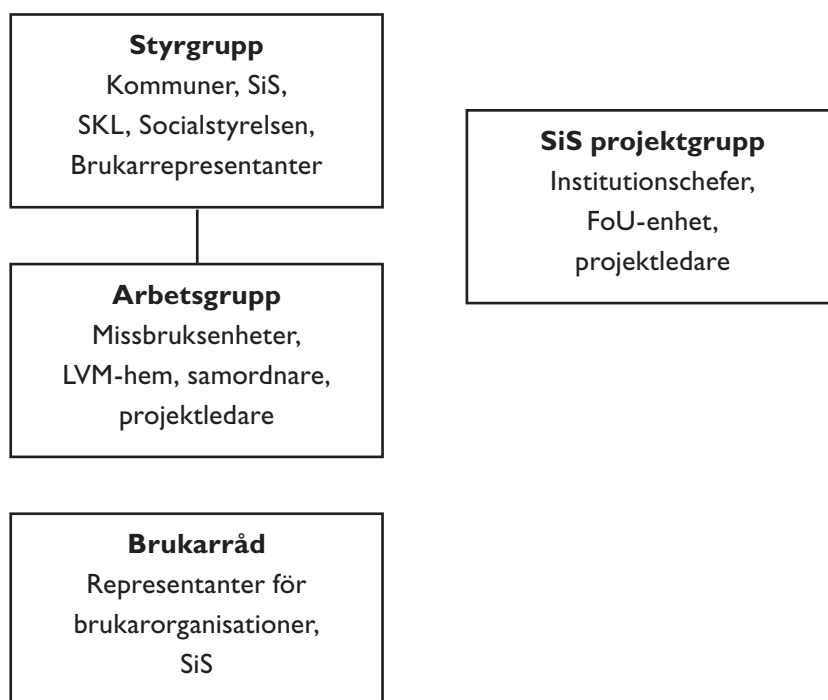
- Bättre samarbete mellan socialtjänsten och LVM-vården.
- Förhöjd utredningskompetens och stärkt behandlingsinnehåll vid LVM-hemmen.
- Förhöjd kvalitet i LVM-vård och eftervård

Vårdkedjemodellen innebär en förstärkning av vårdkedjans alla delar genom att klienten, socialtjänsten, samordnaren och LVM-hemmen efter en noggrann utredning enas om en planering, både för LVM-tiden och för eftervårdsperioden. Ett av de viktigaste inslagen är klientens, socialtjänstens och LVM-hemmens kontakt med samordnaren, som har en central funktion för samarbetet mellan parterna. Gemensamma kunskapsbaserade metoder och utbildningar leder till ett mer ändamålsenligt behandlingsinnehåll på LVM-hemmen samt i den eftervård som följer efter tvångsvården och som socialtjänstens ansvarar för.

Projektets organisation

Vårdkedjeprojektet inleddes med en planeringstid från april – juni och med en genomförandefas under tiden juli 2004–december 2006. SIS har utgjort en sammanhållande länk i projektet bland annat genom projektledarens deltagande i såväl styrgrupp, arbetsgrupp, SiS projektgrupp som SiS Brukarråd.

PROJEKTORGANISATION



STYRGRUPP

VKP har letts av en styrgrupp, med representanter på ledningsnivå från SiS, Svenska kommun- och landstingsförbundet (numera SKL, Sveriges Kommuner och Landsting), Socialstyrelsen samt de kommuner och stadsdelsförvaltningar som deltar i projektet. Styrgruppen har träffats regelbundet två gånger per halvår för att följa projektets utveckling. I gruppen har även två representanter för SiS Brukarråd deltagit.

ARBETSGRUPP

En arbetsgrupp med personal från de kommuner och institutioner som deltagit i VKP, samordnarna och projektledaren har träffats 2–3 gånger per halvår för att diskutera praktiska och konkreta samarbets- och samverkansfrågor. Gruppen har vidare haft i uppgift att ta tillvara erfarenheterna från projektet och återföra dem till sina respektive verksamheter. Arbetsgruppens möten har varit förlagda till de kommuner och stadsdelar som deltagit i projektet.

SIS PROJEKTGRUPP

SiS har haft en intern projektgrupp som har följt projektets utveckling. Projektgruppen har bestått av chefer på de LVM-hem som ingått i projektet, representanter från SiS FoU-enhet och projektledaren.

SIS BRUKARRÅD

SiS Brukarråd inom missbrukarvården består av företrädare för brukarorganisationer, som träffas cirka sex gånger per år. I rådet diskuteras frågor som rör verksamhetens innehåll och utveckling tillsammans med verksamhetsföreträdare för SiS. Brukarrådets möten dokumenteras och utgör underlag för SiS planering och utveckling av vården.

Brukarrådet har informerats om projektets innehåll och utveckling och har även varit representerat i VKPs styrgrupp, där de bidragit med erfarenheter om frivilligsektorns möjligheter att erbjuda vårdinsatser.

VKPs PROJEKTLEDNING

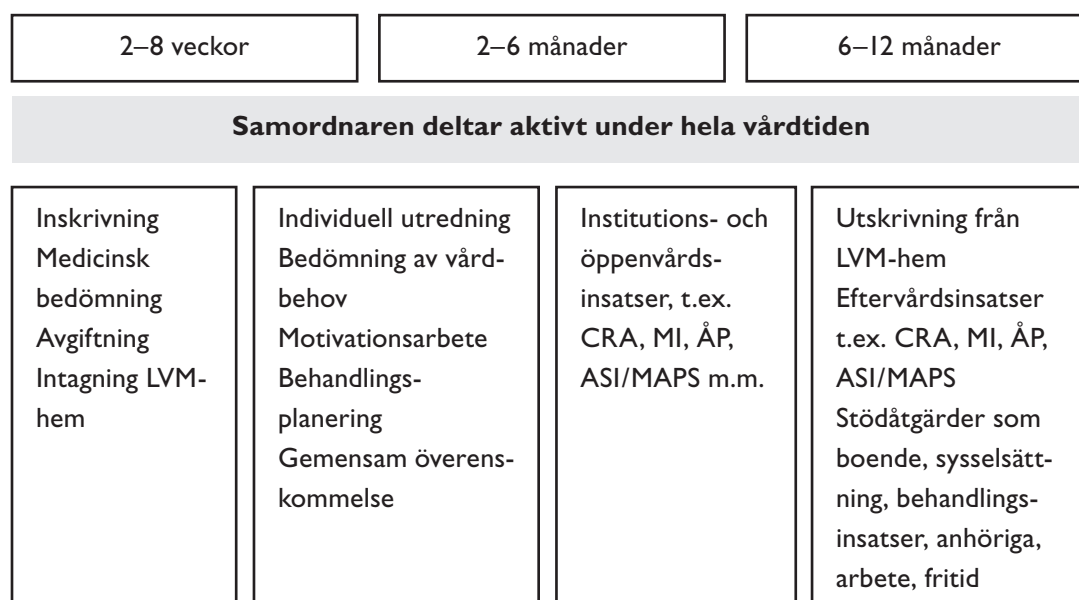
Projektet har letts och administrerats av en projektledare från SiS huvudkontor. Därutöver har företrädare för SiS funnits med i samtliga projektgrupper och fungerat som en länk i projektorganisationen.

Vårdkedjemodellen

Modellen bygger på att behandlings- och rehabiliteringsinsatser ska genomföras med långsiktighet och uthållighet. Institutionspersonalen, socialsekreterarna, samordnaren och klienten ska så tidigt som möjligt under vårdtiden enas om en planering både för klientens LVM-vård och för den eftervård som följer efter tvångsvården. Planeringen utmynnar i en skriftlig överenskommelse som parterna gemensamt följer upp och regelbundet utvärderar.

Ett av de viktigaste inslagen i vårdkedjemodellen är klientens kontakt med samordnaren, som arbetar gränsöverskridande mellan LVM-vården och socialtjänsten. Samordnarens roll har varit att följa klienten genom hela vårdtiden och att följa upp innehållet i överenskommelsen med klienten.

SIS VÅRDKEDJEMODELL



Vården inleds vanligtvis före intagningen på LVM-institutionen med en medicinsk bedömning på sjukhus. Efter avgiftning och krisbearbetning på LVM-hemmet gör institutionspersonalen en individuell utredning och bedömning av klientens vårdbehov, vilken resulterar i en gemensam skriftlig överenskommelse, med tydlig ansvarsfördelning mellan klienten, socialtjänsten och LVM-institutionen.

Den planerade vårdtiden är ett år, varav sex månader med stöd av LVM (inklusive vård med stöd av 27 § LVM) och sex månaders eftervård med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Vid utskrivningen från LVM-hemmet planeras för fortsatta stödåtgärder, som t.ex. hjälp med boende, sysselsättning, behandling, sociala stödinsatser, kontakter med anhöriga, arbete, fritid m.m. vilket är socialtjänstens ansvar.

Vårdkedjemodellen bygger på att institutionspersonalen, socialsekreterarna och samordnarna använder gemensamma kunskapsbaserade behandlingsmetoder i klientarbetet. I syfte att säkerställa användandet av gemensamma metoder i projek-

tet anordnade SiS utbildningar i CRA, Återfallsprevention (ÅP), MI (Motiverande samtalsmetodik) samt i strukturerade intervjumetoder som ASI/MAPS (Addiction Severity Index/Monitoring area and phase system).

Deltagande kommuner och institutioner

VKP reglerades i ett övergripande samarbetsavtal mellan de kommuner/ stadsdelsförvaltningar och LVM-hem som deltog i projektet. Kommunerna/ stadsdelsförvaltningarna hade dels omfattande erfarenheter av LVM-placeringar, dels en uttalad vilja att förändra och utveckla missbruksarbetet. Institutionerna och kommunerna ligger inom rimligt avstånd från varandra, vilket var viktigt för samverkan. Under hösten 2005 beslutade styrgruppen att enheten för hemlösa (Stockholms socialtjänstförvaltning) skulle ges möjlighet att ansluta sig till projektet, eftersom antalet ansökningar om vård enligt LVM från Katarina-Sofia och Maria-Gamla stans stadsdelsförvaltningar hade minskat. Enheten för hemlösa hade också omfattande erfarenheter av LVM-placeringar och i likhet med kommuner och stadsdelsförvaltningar i projektet en tydlig vilja att utveckla missbruksarbetet.

Fyra kommuner har deltagit i projektet:

- Eskilstuna
- Uppsala
- Örebro
- Stockholm med två stadsdelsförvaltningar, Katarina-Sofia och Maria-Gamla stan. Från hösten 2005 även enheten för hemlösa.

Tre av SiS institutioner har deltagit i projektet:

- Hornö LVM-hem i Enköping
- Behandlingshemmet Rällsögården i Kopparberg
- Runnagården i Örebro

Hornö vänder sig till män med alkohol-, narkotika- eller blandmissbruk. Institutionen ska även ta emot män som bedöms som våldsbenägna och män med svåra psykiska störningar. Institutionen har 38 platser.

Rällsögården vänder sig till män med alkohol-, narkotika- eller blandmissbruk samt klienter med viss psykiatrisk problematik. Institutionen har 27 platser.

Runnagården vänder sig till kvinnor med alkohol-, narkotika- eller läkemedelsmissbruk. I målgruppen ingår även kvinnor som bedöms som utagerande och/eller kvinnor med svåra psykiska störningar. Institutionen har 38 platser.

Fördelning av projektkostnader

VKP finansieras med av regeringen särskilt avsatta medel, sju miljoner kronor per år under tiden 2004-2006.

SiS har rekvirerat medel för år 2004 med 7 mnkr och för år 2005 med 6,8 mnkr, sammanlagt 13,8 mnkr. För 2006 och 2007 har inga ytterligare medel rekvirerats. Under perioden 1 april 2004 och fram till 31 oktober 2007 har 11, 6 mnkr tagits i anspråk till kostnader för projektet. Av de medel som rekvirerats återstår med två månader kvar av projekttiden, 2, 2 mnkr. Medel som inte förbrukats efter projekttidens slut den 31 december 2007, återbetalas till Regeringskansliet.

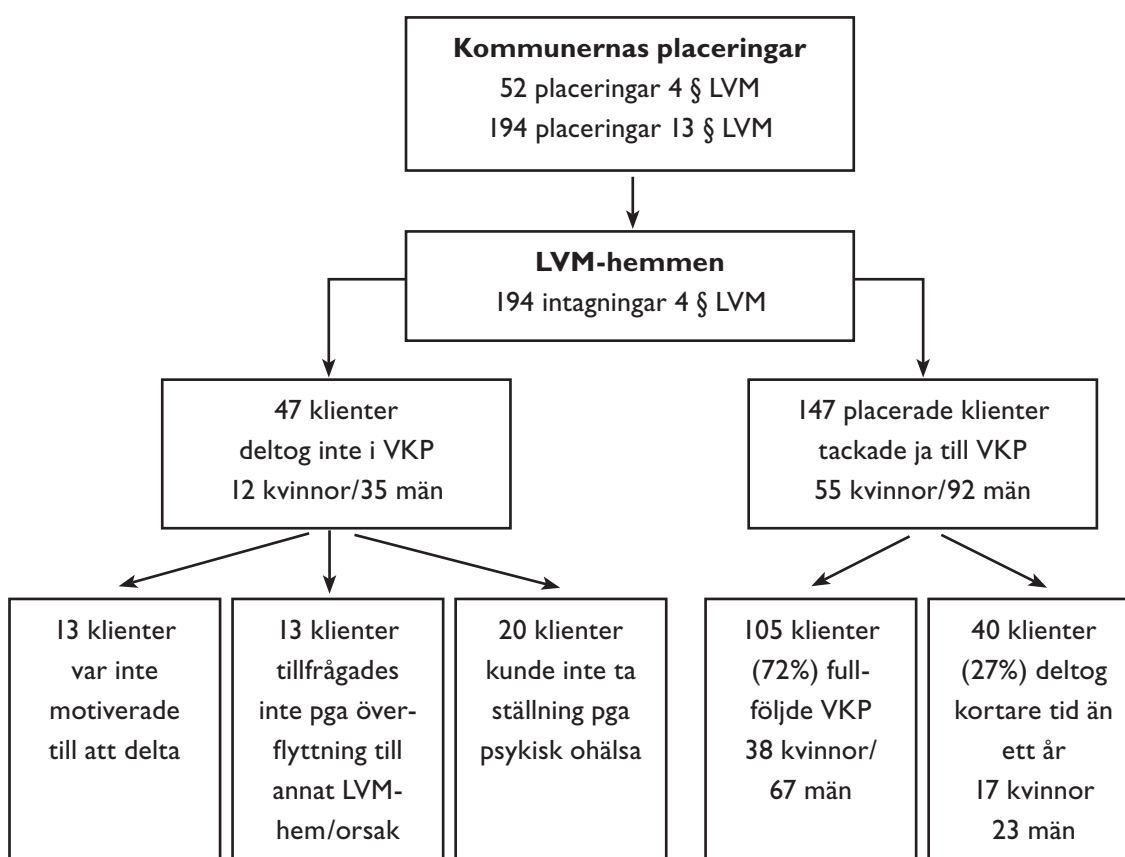
Under projektperioden har medel för personal, främst samordnarna, utgjort en betydande del av projektets kostnader. Resterande medel har använts till samordnarnas resor, uppföljning och utvärdering av projektet, utbildning av personal, resor, konferenser, dokumentation och informationsinsatser.

Under tiden den 1 juli 2004 till den 31 december 2004 fick de kommuner och stadsdelsförvaltningar som deltagit i projektet en viss avgiftsreduktion. Från och med 2005 omfattades de samma subventionering som Ett kontrakt för livet, vilket inneburit SiS subventionerat de deltagande kommunernas vårdkostnader under placeringar enligt 27 § LVM.

Klienterna i VKP

ANTAL KLIENTER I PROJEKTET

Under projektperioden 1 juli 2004 - 31 december 2006 har kommunerna vid 246 tillfällen ansökt om vård för sina klienter med placering på de LVM -hem som ingår i projektet, enligt 4 § LVM och 13 § LVM (omedelbart omhändertagande). Länsrätterna fastställde 194 beslut enligt 4 § LVM, varav 137 klienter tackade ja till att delta i projektet, varav tio klienter två gånger, dvs. totalt 147 placeringar. Antalet klienter i projektet kom att bli färre än vad som beräknades i den genomförandeplan SiS överlämnade till socialdepartementet den 31 mars 2004. Två klienter har ännu inte avslutat sitt deltagande i projektet.



MAJORITETEN AV KLIENTERNA FULLFÖLJDE VKP

72 procent (105) klienter fullföljde den planerade behandlingen och deltog ett år eller längre. 69 procent (38 personer) av kvinnorna och 73 procent (67 personer) av männen har deltagit ett år eller längre tid. För 29 klienter utsträcktes projekttiden med en till två månader, huvudsakligen beroende på att de återföll i missbruk efter avslutad LVM-vård.

27 procent (40 klienter) deltog kortare tid än ett år. 17 kvinnor och 23 män valde att avbryta innan projekttidens slut. Några klienter omplacerades till institutioner som inte ingick i projektet. En del av klienterna gick inte att återknyta kontakten med efter

återfall i missbruk. Några klienter avstod från vidare kontakt när de påbörjat sin eftervård, andra behövde inte kontakten med samordnarna under ett helt år. Sju klienter har avlidit under tiden de deltog i projektet.

ÅLDER, KÖN OCH MISSBRUK

Klienter som deltog i VKP

En tredjedel av vårdkedjeklienterna var 19–30 år och huvudsakligen narkotikamissbrukare. Medelåldern bland männen är marginellt högre 40 år och för kvinnor 39 år. I åldersgruppen 41–50 år dominerade alkohol och en kombination av alkohol och narkotika, ett fåtal var enbart narkotikamissbrukare. Se tabell 1 nedan.

Tabell 1. Antal placerade/intagna klienter som tackade ja till att delta i projektet fördelat efter ålder och kön 2004–2006

Ålder (år)	Antal kvinnor	Antal män	Totalt
19–20	3	4	7
21–30	17	33	51
31–40	9	16	25
41–50	20	18	38
51–60	6	13	19
61–	–	8	8
Totalt	55	92	147

Projektet tycks alltså mest ha tilltalat de yngre männen samt personer i yngre medelåldern. Majoriteten av de kvinnor som valde att delta i projektet är 21–30 år respektive 41–50 år.

I Eskilstuna, Uppsala och Örebro är huvudparten av projektdeltagarna i åldersgruppen 21–30 år, medan deltagarna från Stockholm totalt sett är något äldre. Det kan tyda på att Stockholm avvaktar längre än övriga kommuner innan man omhändertar missbrukande män. Det kan också tyda på att Stockholm prövar andra vårdformer som exempelvis öppenvård i större omfattning än övriga kommuner i projektet. Det innebär också att synen på tillämpningen av LVM - lagstiftningen kan skilja sig åt mellan kommunerna.

Klienter som inte deltog i VKP

47 klienter valde att inte delta i VKP varav 12 kvinnor och 35 män. Majoriteten av männen var i yngre medelåldern och kvinnorna i åldern 21–30 år och 41–50 år

KLIENTERNAS HÄLSOTILLSTÅND

För att ge en bild av klienternas förutsättningar att ta till sig den vård och behandling som erbjudits inom projektet ges här en beskrivning av vårdkedjeklienternas missbruk och hälsotillstånd. Beskrivningen bygger på intervjuer med läkare, sjuksköter-

skor och psykologer på de institutioner som ingått i projektet. I vissa avseenden görs jämförelser med SiS övriga klienter.

En genomgång av SiS uppgifter om klienterna visar att målgruppen för projektet har en mycket tung problembelastning. De klienter som vårdas på SiS LVM-hem utgör generellt samhällets mest utsatta grupp, med stora problem inom de flesta livs-områden, som fysisk och psykisk hälsa, arbete/sysselsättning, utbildning, bostad etc.

Missbruk

Av de 147 placerade klienter som tackade ja till att delta i VKP hade cirka hälften tidigare vårdats enligt LVM. Ett tiotal har vårdats enligt LVM vid mer än ett tillfälle under projekttiden. Återkommande tvångsvård är vanligt bland SiS klienter i allmänhet. Bland dem som skrevs in under år 2006 hade ca 60 procent vårdats tidigare för sitt missbruk enligt LVM och Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, (SiS Årsrapport DOK 2006).

Både männen och kvinnorna i projektet missbrukar narkotika i högre utsträckning än alkohol. Primärdrogen skiljer sig inte mellan könen, till skillnad mot vad som gäller för övriga LVM-klienter, där något fler kvinnor än män använder narkotika och där alkohol är vanligare bland männen. Av KIA framgår att 44 procent av klienterna i VKP uppger narkotika som primär drog, 28 procent alkohol och 28 procent både alkohol och narkotika. Unga män och kvinnor har ofta ett blandmissbruk av olika narkotiska preparat. Enbart alkoholmissbruk är vanligare bland äldre klienter.

Allvarlig fysisk ohälsa

Den fysiska hälsan är ofta mycket dålig hos Vårdkedjeklienterna, i likhet med övriga klienter som vårdas enligt LVM. Majoriteten av klienterna hade vid inskrivningen på LVM-hemmet under normala förhållanden bedömts vara i behov av akut sjukhusvård. Det gäller både män och kvinnor. De vanligaste fysiska problemen var dåliga levervärden samt hepatit B och C. Ett litet antal av männen och kvinnorna hade HIV och några enstaka hade utvecklat Aids.

Hög förekomst av psykisk sjukdom

Det är ett fåtal av klienterna inom projektet som bara har missbruk som problematik, liksom bland SiS klienter generellt. Det är vanligt med samsjuklighet med dubbel- eller trippeldiagnoser (missbruk och psykiatrisk diagnos hos samma person). Klienter med psykos är tydligt överrepresenterade. Neuropsykiatriska störningar och personlighetsstörningar som borderline är vanliga bland båda könen. Minst hälften av klienterna uppskattas kunna uppfylla kriterierna för diagnosen personlighetsstörning, som ofta är sammankopplad med våld, avsaknad av förmåga att hysa medkänsla för andra samt att man utnyttjar andra personer för sina egna syften.

Den hälso- och sjukvårdspersonal som intervjuats om vårdkedjeklienternas hälsa upplever att ett stort antal av de män som deltagit i projektet har dubbeldiagnos i vid bemärkelse, en kombination av missbruk och allvarliga psykiska besvär/psykiatriskt sjukdomstillstånd. Omkring en tiondel har både missbruk och psykosdiagnos. Det är inte ovanligt, utan tillhör snarare det normala, att klienten har flera besvär, som t.ex. ångest, neuropsykiatrisk diagnos och missbruk.

Av de 52 klienter (varav 20 vårdkedjeklienter) som under 2006 utreddes på t.ex. Hornö hade 37 personlighetsstörning, 22 neuropsykiatrisk störning, 23 affektiv störning (ångest, depression) och 10 psykotiska symptom. Ett stort antal hade s.k. samsjuklighet (dubbeldiagnos). Hornö upplever att klienternas problematik är tyngre jämfört med 2005 och att det finns en ökad benägenhet för våld och hot. Vidare har behovet av neuropsykiatriska utredningar ökat.

Bland kvinnorna i projektet är dubbeldiagnoserna ännu vanligare. Majoriteten av kvinnorna har en psykiatrisk problematik, men saknar oftast en diagnos. Självskadebeteende, svåra sömnproblem, ångeststörningar som social fobi, panikattacker och ätstörningar förekommer bland kvinnorna. De flesta har varit omhändertagna enligt LVM flera gånger, ofta i tät följd. De har endast undantagsvis vårdats inom psykiatrin, saknar sjukdomsinstinkt och vägrar ta psykofarmaka. Kvinnorna har ofta växt upp under svåra familjeförhållanden där de varit utsatta för övergrepp och våld i olika former. Cirka hälften av kvinnorna på Runnagården har omhändertagna barn. Kvinnliga missbrukare har generellt sett en tyngre problematik än män när de får bistånd av socialtjänsten. Kvinnor i missbruksvården är mer utslagna och deras missbruk är mer dolt. Hemlöshet är ofta en konsekvens av missbruk. Att vara missbrukande kvinna medför dessutom en särskild utsatthet i form av våld och prostitution (Allmän SiS-rapport 2004:10).

PÅ VILKA GRUNDER HAR KOMMUNERNA ANSÖKT OM VÅRD?

Under juli 2004 – december 2006 ansökte de kommuner som deltar i projektet om vård enligt 4 och 13 §§ LVM vid 246 tillfällen. Av dessa fastställdes som tidigare nämnts 194 beslut enligt 4 § LVM av Länsrätterna. Det stora antalet omedelbara omhändertaganden tyder på att de klienter som omhändertogs under projekttiden hade ett långt gånget missbruk och att klientens hälsotillstånd inte medgav några alternativa möjligheter till vård vid omhändertagandet.

Uppsala och Eskilstuna hade en stor andel *omedelbara omhändertaganden* enligt 13 § LVM och en låg andel ansökningar om vård enligt 4 § LVM. 70 procent av ansökningarna om intagning på LVM-hem från Eskilstuna fastställdes i länsrätten, vilket är en något lägre andel än för övriga kommuner. Av dessa tackade sedan majoriteten (93 procent) ja till att delta i projektet, vilket innebär att Eskilstuna är den kommun som har haft den största andelen deltagare. I Stockholm (Katarina-Sofia, Maria-Gamla stan och Enheten för hemlösa) fastställdes *samtliga* omedelbara omhändertaganden enligt 13 § LVM, vilket som tidigare nämnts talar för att dessa klienter hade ett långt gånget missbruk och att det inte längre fanns några alternativa möjligheter till vård i annan form vid omhändertagandet. Cirka 80 procent av klienterna tackade sedan ja till att delta i projektet.

Örebro har i högre grad än övriga kommuner ansökt om vård enligt 4 § LVM. Däremot har kommunen tillsammans med Uppsala den lägsta andelen klienter i projektet som tackat ja till att delta, vilket kan bero på att Örebro sedan tidigare har en väl utbyggd vårdkedja inom sin missbrukarvård. Se tabell 2 på nästa sida.

Tabell 2. Placerings/intagningsgrund för tiden juli 2004–december 2006, antal fastställda domar samt antal placerade klienter som tackade ja att delta, fördelat per kommun/stadsdelsförvaltning

Kommun/stadsdel	Intagningslagrum		Varav övergått till 4 § LVM		Tackat ja till VKP	
	Antal 4 § LVM	Antal 13 § LVM	Antal	%	Antal	%
Eskilstuna (92 250 inv)	2	38	28	70	26	93
Uppsala (185 187 inv)	5	70	59	79	42	71
Örebro (128 977 inv)	29	59	64	73	44	69
Katarina-Sofia (47 473 inv)	2	13	15	100	12	80
Maria-Gamla stan (64 167 inv)	3	8	11	100	9	82
Enheten för hemlösa	11	6	17	100	14	82
Totalt	52	194	194	79	147	76

Beskrivning av projektet i relation till uppsatta mål

Vilka är erfarenheterna av Vårdkedjeprojektet och hur har det fungerat i förhållande till de mål som formulerades inledningsvis? I det följande ges en beskrivning av projektet utifrån målen:

- Bättre samarbete mellan socialtjänsten och LVM-vården.
- Förhöjd utredningskompetens och stärkt behandlingsinnehåll vid LVM-hemmen.
- Förhöjd kvalitet i LVM-vård och eftervård samt
- Huvudmålet att de klienter som ingår i vårdkedjan ska uppnå positiva och bestående förändringar av sin livssituation.

Målet bättre samarbete mellan socialtjänsten och LVM-hemmen

En vårdkedja förutsätter ett gott samarbete mellan de olika aktörerna i missbrukarvården (LVM-hemmen, socialtjänsten och klienten), för en långsiktig planering och samsyn, så att insatserna stärker varandra. Särskilda *samordnare*, en för varje deltagande kommun/stadsdel/enhet, har haft en central roll i projektet för att stärka möjligheterna till ett fungerande samarbete. En noggrann utredning som grund för en *gemensam planering*, som formulerades i ett avtal mellan parterna, var också ett led i att strukturera samarbetet. Ytterligare en faktor som skulle underlätta samarbetet var *geografisk närhet* mellan deltagande kommuner och LVM-hem.

STYRNING OCH SAMARBETE PÅ EN ÖVERGRIPANDE NIVÅ

Projektets styrning och samarbetet på en övergripande nivå har betydelse för förutsättningarna för samarbetet på andra nivåer. Projektet har letts av en styrgrupp med representanter på ledningsnivå vilket inneburit att det har gått snabbare att planera och fatta gemensamma beslut i frågor som exempelvis utbildningar och gemensamma konferenser. Socialtjänstens representanter i styrgruppen har tillsammans med berörda institutionschefer utsett medlemmarna i arbetsgruppen, som ansvarat för att behandlingen av klienterna fungerat på ett tillfredställande sätt. I arbetsgruppen har projektets missbrukskompetens samlats med enhetschefer från socialtjänstens missbrukarvård, behandlingsansvarig personal från LVM-hemmen, samordnarna och projektledaren, som också lett gruppens möten. Arbetsgruppen har ansvarat för metodutvecklingen av projektet utifrån sina respektive verksamhetsområden. Den har också utifrån sin samlade kompetens deltagit i arbetet med att ta fram riktlinjer för vårdkedjearbetet, i form av en Vårdkedjehandbok.

SiS har också haft en intern projektgrupp, som i likhet med styrgruppen följt projektet vad gäller utvärdering, metodutveckling, utbildningsplanering, etc.

GEMENSAM UTBILDNING, HANDLEDNING OCH VÅRDPLANERING

Ett av syftena med gemensamma utbildningar och handledning var att personal från socialtjänsten och LVM-hemmen genom att få tillfälle att träffas och utbyta erfarenheter skulle få ökad förståelse och kunskap om varandras arbete.

Under den uppföljningskonferensen av VKP SiS, kommunerna och stadsdelsförvaltningarna anordnade tillsammans våren 2007, framgick att personalen på LVM-hemmen och socialtjänsten ansåg att gemensamma metoder, utbildningar och handledningar haft en positiv inverkan på samarbetet. Satsningarna har lett till bättre kännedom om respektive verksamhet, vilket underlättat samarbetet och lett till en ökad förståelse för varandras förutsättningar.

SAMORDNAREN

Samordnarna har haft en mycket central roll i vårdkedjan. De har arbetat gränsöverskridande mellan LVM-vården och socialtjänsten, med uppgift att följa klienten och vården under projekttiden samt att verka för att de planerade behandlingsinsatserna fullföljts. Samordnarens huvudsakliga uppgift har varit att ansvara för att överenskommelsen mellan parterna hållits. Om så inte varit fallet har det varit samordnarens ansvar att ta initiativ till ett möte för att följa upp och eventuellt ompröva innehållet i överenskommelsen.

Utformningen av samordnarrollen var inte helt klar då projektet startade, varför samordnarna i hög grad har varit delaktiga i att utforma sina arbetsuppgifter. Samordnarens roll har i många avseenden liknat socialsekreterarens vilket kan bero på att majoriteten av samordnarna tidigare har arbetat som socialsekreterare. Detta har underlättat samarbetet med kommunerna. Samordnarna har tagit fram en beskrivning av samordnarfunktionen, tillsammans med information om behandlingsinnehåll, behandlingsplaner, arbetsplaner och övriga dokument som använts i vårdkedjearbetet, samlade i en Vårdkedjehandbok. Även representanter från socialtjänsten och LVM-hemmen har, som tidigare nämnts, deltagit i arbetet med att ta fram riktlinjer för vårdkedjearbetet. Samordnarna kom att ha en mångfasetterad funktion i projektet.

Samtliga samordnare har haft en lokal anknytning till de kommuner/stadsdelsförvaltningar de arbetat emot och har varit väl bekanta med socialtjänstens resurser och arbetssätt på respektive ort. Samordnarna har haft sin huvudsakliga placering i socialtjänstens lokaler i de medverkande kommunerna respektive stadsdelsförvaltningarna, som ett led i att utveckla samarbetsformerna mellan parterna. De har även haft tillgång till arbetsplatser på SiS huvudkontor.

Under den uppföljningskonferens som tidigare nämnts framgick att kommunerna/stadsdelsförvaltningarna ansåg att samordnarens insatser varit mycket viktiga för klienten, men också för socialtjänsten och LVM-hemmen.

ÖVERENSKOMMELSEN – ETT VIKTIGT VERKTYG

Utöver de gemensamma utbildningarna framförde kommunerna och LVM-hemmen att den skriftliga överenskommelse som legat till grund för behandlingsplaneringen varit ett mycket viktigt instrument i samarbetet mellan parterna. Överenskommelsen har lett till en tydligare struktur för samarbetet med klienten och mellan socialtjänsten och LVM-hemmet, vilket underlättat uppföljningen av vården.

SLUTSATSER OM MÅLET BÄTTRE SAMARBETE

Det råder enighet om att samarbetet mellan LVM-hemmen och socialtjänsten blivit bättre under projekttiden. Den överenskommelse som legat till grund för klientens vårdplanering har utgjort en viktig del i arbetet med att skapa fungerande samarbetsformer mellan klienten, socialtjänsten och LVM-hemmen och att stärka vårdkedjan. Överenskommelserna är en tydlig framgångsfaktor i vårdkedjemodellen, eftersom de anger parternas olika ansvarsområden. Samordnarna har haft en mycket viktig roll i vårdplaneringen, eftersom de haft huvudansvaret för uppföljningen av överenskommelsen samt för att vidta åtgärder (kalla till möte) om parterna inte uppfyllt sina åtaganden i avtalet.

Gemensamma metoder och utbildningar har varit viktiga, inte minst för att få ökad kunskap om varandras arbete. Samordnarfunktionen har lyfts fram som en av de viktigaste förutsättningarna för detta. Samordnarna har själva varit med och utvecklat sin roll och sina uppgifter, och utformningen har blivit något olika i de olika kommunerna/stadsdelarna, både utifrån person och utifrån förutsättningar, t.ex. i form av antalet klienter per samordnare. I grunden tycks alla parter ha varit positiva till samordnarfunktionen och flera kommuner har också infört en sådan, i något fall utifrån erfarenheterna från VKP.

Geografisk närhet har tidigare nämnts som en förutsättning för ett närmare samarbete mellan socialtjänsten och LVM-hemmen. Majoriteten av klienterna har också varit positiva till placeringar nära hemorten. Närheten har dock inte enbart varit positiv. Det har förekommit försök till fritagningar av klienter och langare i närområdet, med en ökad risk för införsel av droger på LVM-hemmen, enligt institutionscheferna i projektet.

Målet förhöjd utredningskompetens och stärkt behandlingsinnehåll vid LVM-hemmen

Av regeringens uppdrag om att utveckla och pröva en förstärkt vårdkedjemodell framgår att särskilt fokus skulle läggas på att förstärka utredningskompetensen vid SiS LVM-hem. Ett av syftena med projektet var också att introducera *gemensamma behandlingsmetoder* utifrån den aktuella målgruppens behov, för ett mer ändamålsenligt behandlingsinnehåll.

SIS UTREDNING LVM

Utredningen är en del i LVM-hemmens uppdrag att motivera missbrukaren till att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ska bidra till en väldokumenterad och genomtänkt planering efter avslutad LVM-vård. SiS arbetar med att förstärka *utredningskompetensen* vid samtliga LVM-hem. Myndigheten har tagit fram riktlinjer i form av råd och anvisningar, SiS utredningar LVM som ska erbjudas samtliga klienter som placeras enligt 4 § LVM. Råd och anvisningar kommer att tillämpas fullt ut på alla LVM-hem från och med den 1 januari 2008.

Utredningen ska ha ett helhetsperspektiv, där livsområden som exempelvis boende, familj, fritid, utbildning, arbete, annan försörjning, missbruk, fysisk och psykisk hälsa ingår. Klientens motivation till förändring ska framgå av utredningen. Utredningsarbetet ska ske i samverkan med socialtjänsten. Utredningens behandlingsrekommendationer ska vara anpassade utifrån klientens behov och resurser samt socialtjänstens förutsättningar att genomföra insatserna. Utredningen ska vara avslutad inom ramen för LVM-vården, dock senast i samband med placering enligt 27 § LVM.

BEHANDLINGSMETODER

CRA har utgjort grunden för behandlingsarbetet i Vårdkedjans behandlingsmodell. CRA omfattar metoder som Återfallsprevention (ÅP), familjerådgivning och anhörigprogram. Övriga metoder i projektet har varit Motiverande samtal (MI) samt DOK och ASI/MAPS (de båda senare utredningsinstrument). MI är ett förhållningssätt och en samtalsmetod som syftar till att höja individens motivation genom att lösa ambivalens, framkalla och förstärka viljan till förändring.

CRA är en väldokumenterad metod inom den vuxna missbrukarvården i USA (metoden beskrivs närmare nedan). CRA har visat sig lovande för klienter med ett svårt beroende, där prognosen ansetts vara dålig. De viktigaste delarna i CRA baseras på metoder som redan används inom svensk missbrukarvård, socialtjänst och psykiatri.

CRA är ett manualbaserat beteendearbetat flermetodsprogram från USA som anpassats till svenska förhållanden. SiS har tagit fram en särskild manual (Magoulias & Forsberg 2005) för arbetet med CRA anpassad till VKP. CRA motsvarar kraven på effektiv narkomanvård enligt de slutsatser som dragits av SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) och uppfyller NIDAS (National Institute on Drug Abuse) grundprinciper om vad som kännetecknar effektiv behandling. CRA har tidigare främst använts inom öppenvården och ansågs vara intressant att anpassa och pröva inom LVM-vården.

CRA syftar till att förändra klientens livssituation genom att inte enbart fokusera på missbruket. Det läggs stor vikt vid att klienterna får hjälp med boende, fritid och jobb eller annan sysselsättning. CRA betonar motiverande tekniker och undviker konfrontativa inslag. Klienten får hjälp inom flera viktiga livsområden samtidigt på ett genomtänkt och strukturerat sätt. ÅP syftar till att klienten ska kunna upprätthålla ett nyktert beteende genom att lära sig att känna igen situationer som innebär hög risk för återfall och hitta strategier för att hantera dessa.

Arbetet med CRA har letts av en särskild metodgrupp där kommunerna/ stadsdelsförvaltningarna och LVM-hemmen har utsett representanter. Syftet har varit att få en adekvat och enhetlig tillämpning av metoden inom projektet. Under 2006 har ett nätverk för CRA startats med deltagare även från kommuner som inte har deltagit i projektet.

Implementering av metoderna på LVM-hemmen

Utbildningarna i behandlingsmetoderna startade under hösten 2004 och tog mycket tid i anspråk. Placeringarna av klienterna inleddes den 1 juli 2004. Ett kontrakt för livet som startade den 1 januari 2005 påverkade förutsättningarna för LVM-hemmen, då projektet tog personalens tid och resurser i anspråk, vilket bl.a. innebar att utbildningsinsatserna tog längre tid än vad som var planerat.

LVM-hemmens förutsättningar för kompetensutveckling har varierat. Rällsögården arbetade redan med behandlingsmetoderna, med undantag för CRA. Runnagården arbetade sedan tidigare med MI. MI var en integrerad del av behandlingen vid Hornö. Representanter för Hornö framhåller att projektet har drivit på institutionens metodutveckling generellt och gjort att verksamheten fått mer behandlingsinslag.

SLUTSATSER OM MÅLET ATT UTVECKLA UTREDNINGSKOMPETENS OCH STÄRKT BEHANDLINGSINNEHÅLL VID LVM-HEMMEN

VKP har inneburit att SiS och socialtjänsten prövat att använda ett gemensamt flermetodsprogram som sträcker sig från LVM-vården till den eftervård som följer efter tvångsvården och som socialtjänsten ansvarar för. Som en del i arbetet med att utveckla behandlingsinnehållet vid LVM-hemmen har delvis nya behandlingsmetoder introducerats i projektet, utifrån den aktuella målgruppens behov. Metodutvecklingen har sett olika ut på LVM-hemmen och kommunerna, vilket innebär att behovet av utbildningar varierat mellan aktörerna.

Samtlig personal som var delaktiga i VKP var färdigutbildad under 2006. CRA, som var en helt ny metod för alla projektdeltagare, visade sig vara svårare att implementera än övriga metoder. Tanken var att CRA-behandlingen skulle påbörjas under tiden klienten var placerad på LVM-hemmet och därefter fortsätta under eftervårdstiden. En slutsats man kan dra är att projekttiden har varit för kort för att man på ett tillförlitligt sätt ska kunna bedöma effekterna av CRA.

Vad gäller utvecklingen av utredningskompetensen vid LVM-hemmen bedömer SiS att myndighetens råd och anvisningar för SiS utredningar vid LVM-hemmen kommer att medföra en generell kompetenshöjning av LVM-hemmens verksamhetsinnehåll.

Implementeringen har skett i samverkan med LVM-hemmen och har haft ett långsiktigt perspektiv för att kunna bygga upp den kompetens som krävs.

Råd och anvisningar för LVM-utredningarna tillämpas fullt ut från den 1 januari 2008, vilket innebär att myndigheten år 2009 kan följa upp verksamhetsåret 2008.

Målet höjd kvalitet i LVM-vården och eftervården

Den kvalitetshöjning som projektet syftade till byggde förutom på ett bättre samarbete på en *höjd kompetens* genom gemensam utbildning för behandlingsassistenter på LVM-hemmen och samordnare i projektet samt socialsekreterare inom socialtjänsten. Dessutom introducerades *gemensamma behandlingsmetoder*, med gemensam handledning.

BETYDELSEN AV GEMENSAMMA BEHANDLINGSMETODER OCH UTBILDNINGAR

SiS genomförde i samband med projektstarten en intensiv satsning på utbildning i de kunskapsbaserade metoder som skulle användas i projektet. Utbildningarna anordnades av SiS, kostnadsfria för deltagarna. Utbildningarna har syftat till att ge personalen en gemensam grund som gör att klienter i VKP skulle känna igen metoder och

förhållningssätt genom hela vårdkedjan, oberoende av huvudman. Mer än hälften av utbildningsplatserna har fyllts av kommunerna/stadsdelsförvaltningarna/enheten för hemlösa och resten av LVM-hemmen och samordnarna, se tabell 3 och 4 i bilaga. Några av kommunerna och LVM-hemmen arbetade redan med en del av metoderna i projektet, vilket innebar att de inte behövde utbilda personal i lika hög utsträckning som övriga.

Av uppföljningskonferensen framgår att de gemensamma utbildningsinsatserna varit värdefulla, där personalen fått ta del av kompetens- och metodutveckling. Utbildningarna har lett till en större samsyn mellan LVM-hemmen och socialtjänsten av klientens situation. Avslutningsvis framfördes att det är viktigt att hitta strategier för fortsatta utbildningsinsatser.

Utbildningssatsningarna har medfört en ökad kvalitet av såväl tvångsvården som den frivilliga eftervården och bidragit till en sammanhållen vårdkedja. Satsningarna har drivit på såväl LVM-hemmens som socialtjänstens metodutveckling och förstärkt behandlingsarbetet.

FRAMVÄXTEN AV § 27-HEM I SIS REGI

Som en del i uppdraget att höja kvaliteten i såväl LVM-vården som eftervården, har SiS inom ramen för Ett kontrakt för livet startat en försöksverksamhet med platser för vård enligt 27 § LVM. Syftet var att utforma behandlingsalternativ för klienter med omfattande missbruk i kombination med psykiska problem och utagerande beteende för att skapa behandlingsalternativ för en traditionellt sett mycket svårplacerad målgrupp.

2005 startade SiS fyra § 27-hem, varav tre är avsedda för män och ett för kvinnor. Försöksverksamheten sker i samband med Ett kontrakt för livet, då projektet pågår under längre tid än VKP och då de fyra § 27-hemmens verksamhet vänder sig till alla kommuner i landet.

ETT KONTRAKT FÖR LIVET – KONSEKVENSER FÖR VKP

Ett kontrakt för livet som är ytterligare en stor satsning på missbrukarvården, inleddes i anslutning till att de första klienterna placerades i VKP, och förde med sig en betydligt ökad beläggning på LVM-hemmen, vilket innebar att det var svårt att fullfölja de utbildningssatsningar som ingick i projektet. Klienterna fick därmed inte fullt ut ta del av det behandlingsinnehåll de utlovats då de tackade ja till att delta i projektet.

De kommuner som ingår i VKP har även placerat klienter på andra LVM-hem än de som ingår i projektet, vilket kan bero på den subventionering av vården som ett deltagande i Ett kontrakt för livet innebär. Ett kontrakt för livet har också inneburit att LVM-hemmen periodvis haft en mycket hög beläggning, vilket har begränsat tillgängligheten av platser på de LVM-hem som ingått i projektet. Klienten kan också ha haft önskemål om en särskild vårdform som inte kunnat tillgodoses inom ramen för vårdkedjemodellen.

KOMMUNERNAS UTVECKLING AV EFTERVÅRDEN

De deltagande kommunernas förutsättningar att fullfölja intentionerna med en intensifierad eftervård i projektet har varierat.

Nedan följer en kort redogörelse för kommunernas egen beskrivning av utvecklingen, från den uppföljningskonferens som hölls våren 2007. Kommunerna har getts möjlighet att komplettera redogörelsen under hösten 2007. I vilken mån de förändringar som skett i kommunernas utbud och satsningar på eftervård haft samband med projektet går inte alltid att avgöra. I samtliga deltagande kommuner och stadsdelar har det genomförts omfattande omorganisationer under projekttiden, vilket också har påverkat effekterna av projektet.

Eskilstuna

Eskilstuna såg sitt deltagande i VKP som en möjlighet att utveckla missbruksarbetet i kommunen. Länsstyrelsen hade tidigare riktat kritik mot kommunens hantering av missbrukarvården, bland annat avsaknaden av eftervårdsinsatser.

Representanter för Eskilstuna menar att vårdkedjetänkandet har lett till bättre eftervård och därmed också bättre förebyggande vård i kommunen, vilket man hoppas ska minska behovet av tvångsvård. Kommunen har genom sitt deltagande i VKP byggt upp och utvecklat en eftervård i egen regi, med olika boendeformer och rehabiliterande insatser. Kvinnornas behov har särskilt synliggjorts i utvecklingsarbetet. Kommunen har öppnat en rehabiliteringsverksamhet och ett särskilt boende för kvinnor med missbruksproblematik. Antalet boendeplatser för män har ökat betydligt sedan 2004 och kommunen har ett differentierat boendestöd, från tillsyn till behandlingsinsats. Eskilstuna har infört egna samordnare, med arbetsuppgifter liknande vårdkedjesamordnarna, inom kommunens behandlingsarbete.

Uppsala

2006 startade Uppsala ett öppenvårdsprojekt som innebär att kommunen i egen regi kan erbjuda klienten förlängd behandling/öppenvård efter avslutad institutionsvistelse. Klienter som inte är i behov av institutionsvård erbjuds stöd samt viss programverksamhet vid en träffpunkt centralt i Uppsala. Kommunen har en bostadsenhet som handlägger förturer och erbjuder stödboende för vuxna missbrukare samt ansvarar för kommunal borgen och bostadssociala kontrakt för personer som inte kan få eget hyreskontrakt. Uppsala har också en öppenvårdsmottagning för ungdomar i åldern 16–24 år med missbruks- och psykiska problem.

Örebro

2003 omstrukturerades socialtjänsten och ett utvecklingsarbete inom missbrukarvården startade genom kommunens deltagande i Modellkommunprojektet (Mobilisering mot narkotika) och VKP. Båda projekten syftade till att skapa vårdkedjor, bygga system för uppföljning och dokumentation samt utveckla samverkan/samordning i behandlingsarbetet mellan olika huvudmän. År 2005 startade kommunen ett resursteam för att bidra till struktur och kontinuitet i behandlingsarbetet. Under 2006 bildades ett CM-team (case management) som verkar i skärningspunkten mellan socialtjänst, socialpsykiatri och beroendecentrum.

För Örebro har vårdkedjetänkandet enligt kommunens representanter bidragit till kommunens utveckling av missbruksarbetet och till en prioritering av LVM-klienterna. Missbrukare med psykiatrisk problematik har tydliggjorts samt svårigheterna att hitta lämplig behandling för dem. Kvinnors missbruk har synliggjorts mer och kom-

munen öppnade 2005 ett särskilt boende för kvinnor med missbruksproblematik. Vid Kvinnocentrum, som vänder sig till våldsutsatta kvinnor med barn, finns en tjänst som enbart arbetar med missbrukande kvinnor.

Örebro inspirerades genom sitt deltagande i VKP till att 2006 ansöka om projektmedel från Länsstyrelsen i Örebro län. Projektet "Behandlingsgaranti för ökad tillgänglighet och snabbare insatser" vänder sig till invånare som ansöker om vård och behandling för sitt missbruk. Syftet är att säkerställa att de som söker hjälp får ett snabbt mottagande av socialsekreterare.

Stadsdelarna Katarina-Sofia och Maria-Gamla stan i Stockholm

Katarina-Sofia och Maria-Gamla stan har under projektperioden arbetat för att utveckla sin öppenvårdsverksamhet och därigenom minska antalet LVM-ansökningar. Antalet LVM-ansökningar har halverats under projekttiden. Stadsdelsförvaltningarna har tillsammans med landstingets beroendevård och psykiatri startat Södermalms Beroendeteam, som är ett integrerat centrum för öppenvårdsbehandling för missbrukare. Övriga öppenvårdsinsatser utgörs av kontaktpersoner, skyddade boendeformer samt försöks- och träningslägenheter.

Stadsdelarna har samarbete med Maria Beroendecentrum. Förvaltningarna startade tillsammans med Dianova under 2006 Café Valvet, som erbjuder social gemenskap. Maria-Gamla stan ansökte 2006 om stimulansbidrag från länsstyrelsen för att utveckla arbetsmetoder med en vårdkedja och en personlig coach inom vården för personer med tungt missbruk, liknade modellen med samordnare i VKP.

Stadsdelsförvaltningarna Katarina-Sofia och Maria-Gamla stan i Stockholm har under projekttiden (1 januari 2007) slagits ihop till en stadsdelsförvaltning, Södermalm.

Enheten för hemlösa

Enheten för hemlösa vänder sig till hemlösa personer i Stockholms stad som inte har haft kontakt med socialtjänsten i någon stadsdel under de senaste två åren. Inom enheten finns olika specialfunktioner som exempelvis försörjningsstöd, budgetrådgivning och särskild LVM-handläggning. Fyra mindre team arbetar med mer omfattande och långsiktiga förändringsinsatser. Ett särskilt team som enbart består av kvinnliga socialsekreterare riktar sitt arbete mot hemlösa kvinnor. Enheten arbetar med bostadslösa/hemlösa män och kvinnor med drogmissbruk i kombination med psykiatriska problem, där 75 procent av klienterna varit föremål för LVM vård vid mer än ett tillfälle.

Enheten för hemlösa har under projekttiden framfört att deras deltagande i projektet varit värdefullt, men väckt frågor om modellen är rätt för enhetens målgrupp. Majoriteten av klienterna har gått vidare till vård i öppnare former enligt 27 § LVM, men de har inte stannat kvar någon längre tid. Målgruppen har oftast en komplicerad problematik, vilket innebär att insatser både enligt LVM och enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) är tillämpliga. Enheten bedömer att klienternas behov av behandling inte tillgodoses inom nuvarande utbud, vilket även gäller de öppenvårds- och eftervårdsalternativ som erbjuds inom såväl tvångsvården som frivilligvården. Enheten anser att missbrukarvården behöver utveckla en vård som bygger på samordnade insatser från socialtjänst, landsting och SiS.

Enheten för hemlösa (kvinnogruppen) har ett nära samarbete med Runnagården och § 27-hemmet Villan i Örebro. Under projekttiden har Villan prövat att anpassa sin verksamhet till kvinnoenhetens målgrupp. Det har dock försvårats, beroende på kvinnornas kombination av missbruk och allvarliga psykiska besvär/psykiatrisk sjukdom, vilket innebär att klienterna har svårt att klara vård i öppnare former enligt 27 § LVM. Ett mindre antal kvinnor klarade dock att stanna längre i § 27-vård under projekttiden än tidigare.

Runnagården, Hornö LVM-hem och psykiatrin har tillsammans med enheten för hemlösa ansökt om utvecklingsmedel från Socialstyrelsen för att utveckla behandlingsmetoder för enhetens målgrupp.

SLUTSATSER OM MÅLET KVALITETSHÖJNING I LVM-VÅRD OCH EFTERVÅRD

Kvalitetshöjningen i LVM-vård och eftervård har till stor del varit beroende av den gemensamma metodutvecklingen och utbildningsinsatserna, som både kommunerna och LVM-hemmen varit nöjda med. Kommunerna/stadsdelsförvaltningarna har sett sitt deltagande i VKP som en möjlighet att vidareutveckla missbruksarbetet inom kommunen. En möjlighet de också använt sig av, vilket framgår av redovisningen ovan.

Örebro, Eskilstuna och Maria-Gamla stan har uppmärksammat behovet av en samordnarfunktion och har också infört detta inom sin ordinarie verksamhet eller i projektform. Örebro och Eskilstuna har särskilt påtalat att kvinnors behov synliggjorts under projekttiden, och båda kommunerna har öppnat särskilda boendeformer för kvinnor med missbruksproblematik. Eskilstuna menar att vårdkedjetänkandet har lett till bättre eftervård och därmed också bättre förebyggande vård i kommunen, vilket man hoppas ska minska behovet av tvångsvård.

Huvudmålet att klienterna ska uppnå positiva och bestående förändringar av sin livssituation

Ett långsiktigt mål i VKP har varit att klienterna genom deltagande i projektet ska uppnå positiva och bestående förändringar av sin livssituation. I uppdraget ingick också att beakta brukarperspektivet och redovisa erfarenheterna i slutrapporten. VKP har haft ett tydligt brukarperspektiv, med fokus på klientens deltagande i planeringen av såväl LVM-vård som eftervård. Inte minst samordnaren har arbetat med att tydliggöra klientens/brukarens uppfattning om vården genom att följa klienten under hela vårdtiden och genom att följa upp innehållet i överenskommelsen med klienten.

Den del av utvärderingen som har ett klientperspektiv syftar till att förmedla klienternas uppfattning om projektet, deras delaktighet och vad projektet betytt för dem.

För att skapa förutsättningar för en positiv och bestående förändring framstår vissa områden som särskilt centrala, som t.ex. att personalen har relevant utbildning, handledning, metodutveckling och möjlighet att ta del av forskning och utvärdering inom relevanta områden.

Kvaliteten på behandlingen, i vilken mån den faktiskt kommit till stånd och i vilken mån klienterna deltagit, såväl under LVM-vården som i eftervården, hur länge klienterna varit med i projektet, samverkan, engagemang från deltagande kommuner, långsiktigheten i andra insatser m.m. är viktiga för att skapa förutsättningar för en positiv och bestående förändring. Målet måste också sättas i relation till vilka problem klienterna har, vilka förändringar som är rimliga att förvänta sig över lag, särskilt i ett så kort tidsperspektiv som det år som klienterna deltagit i projektet

SAMORDNARNA OCH KLIENTERNA

Av den uppföljningskonferens som anordnades i Stockholm våren 2007 framgår att socialtjänsten och LVM-institutionerna uppfattar att klienterna generellt är positivt inställda till VKP. De får mer av socialsekreterarnas och behandlingspersonalens uppmärksamhet och tid, jämfört med tidigare, vilket gör att de känner sig mer delaktiga i planeringen för livet efter LVM-tiden. Kontakten med samordnarna upplevs som mycket positiv. Samordnarna uppfattas som neutrala, eftersom de inte representerar vare sig socialtjänsten eller institutionen.

BRUKARINFLYTANDE INOM VKP

Brukarinflytande kan ske på olika nivåer för den enskilde brukaren – på individnivå, på institutionsnivå i särskilda brukarforum och slutligen på myndighetsnivå genom det centrala brukarrådet för missbrukarvården och med företrädare för brukarorganisationer.

Brukarinflytande på individnivå

Vårdkedjemodellen bygger på att klienten ska ha rätt till delaktighet och inflytande över utformningen av vården och dess innehåll. Projektet har tydligt fokus på klientmedverkan inte minst genom planeringen av vården som kräver ett aktivt deltagande av klienter samt genom samordnaren som arbetat med att stödja klienten och lyfta fram hans/hennes uppfattning om vårdinnehållet.

Brukarinflytande på institutionsnivå

Brukarforum definieras i SiS kvalitetssystem som regelbundna möten där klienter på avdelningsnivå (grupp) ges möjlighet att framföra sina synpunkter på olika aspekter av verksamheten till institutionschefen eller den han eller hon utser. Förutom de möten som anordnas av LVM-hemmen på avdelningsnivå, har de klienter som deltagit i VKP haft möjlighet att framföra sina synpunkter vid de möten som regelbundet anordnats i syfte att följa upp klientens vård och behandling. Vid dessa möten deltar förutom klienten även socialtjänsten, LVM-hemmen och samordnaren.

Brukarinflytande på myndighetsnivå

I arbetet med VKP har erfarenhetsutbyte skett med SiS Brukarråd inom missbrukarvården. Representanter för brukarrådet har under projekttiden besökt ett av de LVM-hem som ingått i projektet för att ta del av klienternas synpunkter på vården. Under 2006 tog brukarrådet initiativ till ett möte med frivilligorganisationer i Uppsala för att bilda ett brukarråd i kommunen, vilket också skedde.

SLUTSATSER OM MÅLET ATT KLIENTER SKA UPPNÅ POSITIVA OCH BESTÅENDE FÖRÄNDRINGAR AV SIN LIVSSITUATION

Vårdkedjemodellen bygger på en tidig planering för tiden efter LVM-vården, där fokus inte enbart ska vara på klientens missbruk, utan även på andra faktorer av betydelse, som fritid, sysselsättning boende etc. Brukarmedverkan har varit en viktig faktor, där klienten deltagit aktivt i planeringen av vårdens utformning. Ett av de viktigaste inslagen i vårdkedjemodellen är klientens kontakt med samordnaren. Majoriteten av klienterna verkar nöjda med samordnaren, men det finns även de som anser att de inte har fått den hjälp de förväntat sig att få.

Vårdkedjemodellen har tilltalat majoriteten av de klienter som erbjudits att delta i projektet. 76 procent av klienterna tackade ja till att delta i projektet (92 män och 55 kvinnor). 72 procent av klienterna deltog ett år eller längre tid i projektet. De klienter som deltagit i projektet är framförallt yngre män i åldern 21–30 år och äldre kvinnor i åldern 41–50 år samt kvinnor i åldern 21–30 år.

Beskrivningen av vårdkedjeklienternas missbruk och hälsotillstånd (se ovan) visar på att det endast är ett fåtal av klienterna som bara har missbruk som problematik. Det är mycket vanligt med samsjuklighet med dubbel- eller trippeldiagnoser (missbruk och psykiatrisk diagnos hos samma person). De svårigheter som uppstår i samarbetet med psykiatrin handlar oftast om bedömningen om vad som är klientens huvudsakliga problem, missbruket eller klientens psykiska hälsa. För att underlätta samarbetet mellan de olika huvudmännen har majoriteten av kommunerna och stadsdelarna i projektet öppnat gemensamma samsarbetsenheter, beroendecentrum.

Av de 194 klienter som erbjöds att delta i VKP kunde 20 personer inte ta ställning till erbjudandet p.g.a. psykisk ohälsa. Psykiatrins deltagande i projektet hade naturligtvis varit värdefullt för att kunna utveckla gemensamma vårdformer för dessa personer och för att utveckla vårdformerna för övriga deltagare i projektet. Enheten för hemlösa har särskilt påtalat behovet av insatser från psykiatrin för sin målgrupp. Som tidigare nämnts har SiS prövat att anpassa sin § 27-vård (Villan) till kvinnoenhetens målgrupp, vilket visade sig vara förenat med vissa svårigheter. SiS arbete för att få till stånd samsarbetsavtal med landstingen har visat att detta är en tydlig framgångsfaktor missbruksarbetet.

Utvärdering av VKP

VKP har utvärderats av forskare från Stockholms universitet, SoRAD och Örebro Universitet. Som ett led i att ytterligare försöka klargöra vad klienternas deltagande i VKP har inneburit, redovisas också resultatet av en studie (Larsson & Segraeus prel. version) som innehåller ännu icke publicerade uppgifter, en hypotesgenererande pilotstudie.

EN VETENSKAPLIG UTVÄRDERING

VKP har utvärderats av forskare från Stockholms universitet, SoRAD och Örebro Universitet. Forskningsprojektet har haft en referensgrupp med representanter från SiS, SoRAD och Örebro Universitet. Utvärderingen har följt projektet från våren 2005. Klienter från enheten för hemlösa ingår inte i utvärderingen eftersom de deltog i projektet först från hösten 2005. Utvärderingen sammanfattas nedan.

Utvärderingen består av tre delar:

- en analys av hur dokumentations- och behandlingsmetoder implementerats i projektet, (Fäldt).
- en analys av implementeringen av projektets olika delar utifrån de olika aktörernas perspektiv (Palm)
- en analys av hur klienter som deltagit i projektet upplevt och resonerat om projektet, deras delaktighet i vårdplaneringen samt hur deras situation förändrats (Storbjörk).

Implementering av dokumentations- och behandlingsmetoder i projektet

Studien syftar till att ge svar på frågan om de dokumentations- och behandlingsmetoder som ingår i VKP har införts och tillämpats som det var tänkt inom projektets olika delar (Fäldt). Studien bygger i huvudsak på en enkät riktad till de personer som utbildats i någon av de metoder som använts i VKP. Även intervjuer med samordnarna har genomförts.

Deltagarna i projektet anser att kvaliteten på utbildningarna och handledningen varit god. Utbildningen gavs ett stort utrymme under det första projektåret, vilket haft betydelse för i vilken utsträckning metoderna tillämpats i enlighet med projektets intentioner. Däremot medförde den korta förberedelse tiden om tre månader svårigheter i samband med implementeringen av projektet. Det tog längre tid än beräknat innan utbildningar, rutiner och framförallt det dagliga arbetet fungerade som planerat på LVM-hemmen.

Resultaten i studien visar att behandlingsplaneringen i huvudsak förefaller ha skett i enlighet med projektplanen och vårdkedjehandboken. Av de faktorer som verkat hindrande för implementeringen identifieras framförallt andra arbetsuppgifter men även låg bemanning och konkurrerande projekt.

Implementeringen av projektets delar

Studien visar att olika aktörer gör olika tolkningar av vad VKP syftar till, men att inställningen till projektet varit positiv hos de flesta aktörer (Palm). Projektet bär på många positivt laddade begrepp som eftervård, samarbete, struktur, kunskapsbase-
rade metoder och brukarperspektiv.

Styrning och samarbete

Av intervjuer med deltagarna i styrgruppen framgår att de uppfattar att de främst varit ett forum för information från SiS huvudkontor. Uppfattningarna om styrgrup-
pen varierar dock något bland styrgruppens representanter (IoF-chefer), som en ren informationsgrupp, avrapporteringsgrupp (t.ex. för aktuella frågor inom kommunen och SiS) till en beslutsfattande grupp. Projektledningen inom SiS anser att medlem-
marna i styrgruppen haft en mer betydelsefull funktion för projektet än vad de själva uppfattat.

Av intervjuerna framgår vidare att även arbetsgruppens arbete, som skulle bestå av mer praktiska och konkreta samarbets- och samverkansfrågor, av deltagarna har uppfattats som en grupp för information och avrapportering. LVM-hemmen anser att VKP inneburit att de har fått ett bättre samarbete med socialtjänsten och att arbets-
gruppen där har fyllt en viktig funktion. Av en intervju med projektledaren framgår att det var svårt att komma igång med arbetet, eftersom deltagarna kom från olika typer av verksamheter. Därför blev det mycket rapportering i början av projektet.

Samordnarfunktionen

Av studien framgår att samordnaren anses ha bidragit till en ökad förståelse genom sin kännedom om parternas organisatoriska förutsättningar, förhållningssätt etc.

Samordnarna uppfattas som både kontrollanter av andras arbete och en person som står klienten nära. Deras arbete konkurrerar delvis med både socialsekreterarens och institutionernas uppgifter, men de uppfattas mest positivt då de utför uppgifter som annars kanske inte hade blivit utförda.

Samordnarna har varit centrala för ett ökat samarbete mellan institutioner och soci-
altjänst. Samordnarrollen kan till stora delar jämföras med de uppgifter som vilar på en socialsekreterare, "men om man vill att socialtjänstens ska ta ett större ansvar och följa lagen borde det stimuleras på annat sätt, än genom att erbjuda sig göra arbets-
uppgifterna åt dem".

Brukarperspektivet

Det är tveksamt om projektet kan sägas ta in brukarnas perspektiv. De som ingår i rå-
det representerar intresseorganisationer och är själva inga brukare av tvångsvård. En-
bart två personer har varit det. Brukarrådet kan ha haft ett indirekt inflytande, genom att de lyft vissa frågor, och i vissa fall kan rådet ha bidragit med alternativa perspek-
tiv på VKP. Det är heller inte lätt att se något område där brukarrådet skulle ha haft något inflytande. Projektet tycks ha givit en del "ringar på vattnet" i kommunerna. VKP har inspirerat flera att starta verksamheter som har en liknande inriktning.

Kvalitetshöjning i eftervården

Kommunernas resurser för eftervård har varierat under projekttiden. Detta framgår också av intervjuerna med en del av klienterna, som menar att de inte fått de utlovade eftervårdsinsatserna efter LVM-vården, eller att de boende- och vårdalternativ som funnits att tillgå varit för begränsade (t.ex. bara 12-stepsprogram). Fortsatta samtal enligt CRA har varit ett av de tänkta inslagen i eftervården, men få klienter har deltagit i sådana samtal.

Av intervjuerna framgår att VKP lett till en ökad fokusering på eftervård. Samtidigt har kommunerna varit bundna till sina ramavtal och den behandling som de kunnat erbjuda. I vissa fall har ett utvecklingsarbete inletts utifrån att vissa behov har tydliggjorts genom projektet. Genom att de har initierats eller startat under projekttiden kommer de även andra klienter till godo än dem som har ingått i projektet.

Klienternas upplevelse av VKP under projekttiden samt hur den förändrats

Klientstudien (Storbjörk) är huvudsakligen kvalitativ, och består av 125 intervjuer med ungefär hälften av VKP-deltagarna (uppgifter från SiS klientkort t.o.m. 2006-12-31). Ambitionen har inte varit att mäta effekter, utan att förmedla klienternas uppfattning om projektet, deras delaktighet och vad projektet betytt för dem.

De som valt att delta i VKP är i första hand yngre män och personer med en besvärlig social situation som attraherats av löftet om ett helhetsperspektiv, där fokus läggs på andra saker än missbruk, som t.ex. boende, ekonomi och sysselsättning.

De som inte vill delta i Vårdkedjeprojektet känner inte i samma utsträckning att de behöver hjälp att förändra sin sociala situation eller är inte motiverade till att förändra sitt drogmissbruk. De tror inte att ett projekt som VKP gör någon skillnad, samordnaren blir ytterligare en kontrollant och vårdalternativen i hemkommunen är ändå desamma. Det tyder på att Vårdkedjeprojektet inte riktigt lyckats attrahera den grupp som kanske är i störst behov av samordnad vård och sociala insatser – ur ett helhetsperspektiv.

För klienterna likställs Vårdkedjeprojektet med samordnaren. Klienterna säger att samordnaren lyssnar till deras önskemål och kontakten med socialtjänsten förbättras när samordnaren är med. Samordnaren hjälper klienter med en rad olika uppgifter: allt från att vattna blommor och hämta post, ta hand om husdjur, ge skjuts till behandlingsinstanser, till att ge råd, hjälpa till vid myndighetskontakter (inkl. socialtjänstkontakter), vara ett stöd och ibland en vän. Klienter som framför en negativ åsikt tycker ibland att Vårdkedjeprojektet varit otydligt och att samordnaren också kan uppfattas som ytterligare en kontrollant i raden av kontrollanter.

CRA som metod

Av studien framgår att endast en tredjedel av de klienter som ingick i uppföljningen hade deltagit i CRA. Av dem som fått CRA hade ingen deltagit i alla 18 sessioner som det var tänkt. Det framgår inte av uppföljningen i vilken utsträckning det låga deltagandet i CRA berodde på klienternas inställning till att delta eller på att de överhuvudtaget inte fått något erbjudande (med tanke på att inte all personal var utbildad förrän i ett sent skede av projektet). Framförallt tycks det dock vara i eftervårdsskedet som deltagandet i CRA har varit särskilt lågt. Klientintervjuerna (Storbjörk) visar att

det fanns en hög grad av skepsis bland klienterna mot CRA och en oklar uppfattning om vad CRA egentligen innebar.

Effekter på klientnivå

När Vårdkedjeprojektet närmar sig slutet uttrycker dock flera klienter att de är nöjda med det stöd projektet och framför allt samordnaren har gett dem. De medger ibland att tiden på LVM-institutionen och inlåsningen kanske var bra och nödvändig för dem. En del säger också att vissa inslag i behandlingen, men framför allt enskilda personer, har bidragit till att det gått bra för dem. Det är sällan klienter uttrycker att en enskild behandlingsmetod har hjälpt dem. Terapeutens förmågor och andra faktorer utanför behandlingen, t.ex. återupptagandet av en hobby och nya vänner, är av stor vikt. Att bli av med missbruksproblemen handlar ofta om att förändra hela livet. I vilken mån Vårdkedjeprojektet i sig är lösningen för dem med alkohol- och drogproblem är, enligt klienterna, en olöst fråga.

Vårdkedjeprojektets effekter på klientnivå kan sammanfattas med att för en del klienter ser situationen ljus ut efter 12 månader, för andra inte. Klienter har också haft många upp- och nedgångar under den 12-månaders period som studerats. En klient kan skifta radikalt från en månad till en annan och hur situationen beskrivs exakt vid uppföljningstidpunkten kan därför variera ganska slumpmässigt.

PILOTSTUDIE

I slutrapporten redovisas också uppgifter från en ännu icke publicerad hypotesgenererande pilotstudie, "Uppföljning av tvångsvårdade LVM-klienter", där man har jämfört utfallet för tre olika grupper av tvångsvårdade klienter, varav VKP utgör en grupp (Larsson & Segraeus kommande).

De tre grupperna består av klienter utskrivna 1999/2000, klienter som ingår i Ett kontrakt för livet (KFL) och VKP som följts upp 2005/06. Antalet klienter uppgår till sammanlagt 134. Studien ska ses som en hypotesgenererande pilotstudie, eftersom antalet uppföljningsintervjuer är lågt avseende KFL och VKP.

Syftet med studien är att jämföra de tre uppföljningsgrupperna

1. skiljer sig klienternas livssituation vid inskrivning mellan de olika grupperna
2. skiljer sig antalet vårdhändelser och insatser åt mellan grupperna under behandlingstiden?
3. finns det skillnader i vård efter utskrivning mellan grupperna
4. finns det skillnader i utfall i missbruk mellan grupperna
5. finns det skillnader i andra utfall, boende, försörjning, kriminalitet etc.

Av pilotstudien framgår att det inom KFL och VKP inte fanns några hemlösa sex månader efter avslutad LVM-vård, vilket kan ses som en klar förbättring. Andelen med eget boende var betydligt lägre efter vård än före, vilket kan sammanhålla med att en relativt hög andel vistas på institution, men andelen i andra boendeformer ökade också i dessa grupper. En hypotes är att det egna boende ofta förloras när man vistas på institution, vilket är ett problem för rehabiliteringen. Andelen i aktiv försörjning minskade i KFL och VKP, men det kan sammanhålla med att fler var i vård och be-

handling. Fysisk och psykisk hälsa skiljer sig inte mellan grupperna, vare sig före eller efter vård.

Andelen avvikna klienter är lägst i VKP-gruppen. När det gäller insatser så är det också en betydligt större andel i VKP-gruppen som fått samtal av förändrande karaktär och social utredning. Utifrån dessa resultat kan man ha en hypotes om att de särskilda insatserna under LVM-tiden ökat upplevelsen av meningsfullhet i vården för VKP-gruppen.

Andelen vårdade på behandlingshem har ökat (signifikant), det gäller särskilt för VKP-gruppen. VKP urskiljer sig också på så sätt att de har fått mest fortsatt vård, antingen på behandlingshem eller i öppenvård. En hypotes här är att den särskilda samordnaren haft en stor betydelse när det gäller att få till stånd fortsatt vård.

Antalet § 27-placeringar på institution/behandlingshem har ökat. För KFL/VKP är andelen ungefär två tredjedelar mot knappt hälften av 99/00. Hypotesen blir då att subventionerad vård leder till fler placeringar på institutioner/behandlingshem.

Det finns skillnader i utfall mellan grupperna vid missbruk. Andelen helt missbruksfria är störst i KFL och VKP, vilket talar för hypotesen att förstärkning av insatser under LVM och efter avslutad LVM-vård ger resultat i form av mindre missbruk, åtminstone i ett kortare tidsperspektiv (sex månader efter utskrivning). Det går inte att uttala sig om samordnarfunktionen haft någon effekt på missbruket, eftersom det inte är några större skillnader mellan KFL och VKP.

För dem som återfaller i missbruk tar det längre tid för klienter inom KFL och VKP innan de återfaller efter vård. Det kan hänga samman med den fortsatta eftervårds-satsningen.

En hypotes man kan ha utifrån resultaten i pilotstudien är att satsningen på fortsatt vård efter LVM och bättre samverkan med socialtjänsten resulterat i minskat missbruk och mer vårdinsatser efter LVM. Det skulle därför vara angeläget att göra en större utvärdering av dessa satsningar. Skillnaderna mellan KFL och VKP är inte så stora att det går att dra några slutsatser om betydelsen av samordnarnas roll.

Slutsatser

Regeringens uppdrag till SiS syftade till att stärka vårdkedjan i alla dess delar, både i LVM-vården och den eftervård i frivillig form som ska följa på tvångsvården. SiS initierade Vårdkedjeprojektet (VKP) i april 2004, tillsammans med fyra kommuner och tre LVM-hem.

Huvudmålet för projektet har varit att de klienter som ingår i vårdkedjan ska uppnå positiva och bestående förändringar av sin livssituation. Den tidigare otillräckliga gemensamma planeringen mellan socialtjänsten och LVM-hemmen var en svag länk i vårdkedjan. Den har stärkts genom en tidig gemensam planering, som för varje enskild klient har formulerats i en skriftlig undertecknad överenskommelse mellan klienten, LVM-hemmet och socialtjänsten. Överenskommelsen har bidragit till att skapa fungerande samarbetsformer mellan parterna under projekttiden. Utformningen av överenskommelsen har stått modell för satsningarna Ett kontrakt för livet och MVG (Motverka Våld och Gång) som är ett motsvarande vårdkedjeprojekt inom den särskilda ungdomsvården.

Samordnarfunktionen har haft en central betydelse när det gäller att omsätta den skriftliga överenskommelsen i praktiken och stärka övergången från tvångsvård till frivillig vård. Samordnaren har bidragit till att skapa fungerande samverkansformer mellan parterna genom sin placering i socialtjänstens lokaler, sina återkommande resor mellan socialtjänsten och LVM-hemmen samt genom att ta initiativ till möten mellan myndigheterna och klienten. Samordnaren har dessutom haft i uppgift att vara stödjande för klienten under vårdtiden. Ett betydande motivationsarbete har sannolikt bidragit till att en så stor andel av klienterna tackade ja till att delta i projektet och sedan fullföljde vården. Majoriteten av alla deltagande parter har uppfattat samordnarfunktionen som positiv, men det finns även de som anser att de inte har fått den hjälp de förväntat sig att få. Örebro, Eskilstuna och Maria-Gamla stan har uppmärksammat behovet av en motsvarande resurs och har infört en samordnarfunktion i sina ordinarie verksamheter eller i projektform. Utformningen av samordnarfunktionen har även stått modell för MVG-projektet.

VKP har bidragit till att synliggöra olika gruppers behov av insatser. Missbrukande kvinnors behov och förutsättningar för positiva resultat av eftervården har synliggjorts. Det gäller också män och kvinnor med svår psykiatrisk problematik i kombination med ett gravt missbruk. Deltagande kommuner har utvecklat riktade insatser till grupperna under projekttiden. Flera har initierat fortsatta satsningar, som delvis finansieras med medel från länsstyrelserna och Socialstyrelsen.

Vårdkedjan har stärkts ytterligare genom att LVM-hemmen och socialtjänsten har fått gemensam utbildning och handledning samt använt samma utrednings- och behandlingsmetoder, vilket har haft en positiv inverkan på samarbetet. Satsningen har drivit på såväl LVM-hemmens som socialtjänstens metodutveckling och förstärkt behandlingsarbetet. Grunden för behandlingsarbetet i VKP var ett väldokumenterat flermetodsprogram, CRA, som anpassades till svensk LVM-vård. Det tog tid att implementera CRA inom ramen för projektet, vilket gör att det är svårt att på ett tillförlitligt sätt bedöma effekterna på klientnivå. Det metodutvecklingsarbete som på-

börjats inom ramen för projektet har fått en fortsättning även med andra kommuner, genom att ett särskilt CRA-nätverk har bildats. SiS satsar år 2008 på en fortsatt implementering av CRA med ett urval av kommuner som en del i vårdkedjearbetet.

Huvudmålet för projektet var som tidigare nämnts att de klienter som ingår i vårdkedjan ska uppnå positiva och bestående förändringar av sin livssituation. Av rapporten framgår att VKP har lett till en ökad fokusering på eftervård. Insatserna under LVM-vården och efter avslutad tvångsvård har förstärkts. Det är rimligt att anta att den särskilda samordnaren har haft stor betydelse när det gäller att få till stånd fortsatt vård. Preliminära uppföljningsresultat av VKP och Ett kontrakt för livet pekar på att satsningarna på fortsatt vård efter LVM och bättre samverkan med socialtjänsten resulterat i mer vårdinsatser efter LVM och i minskat missbruk. Detta trots att den aktuella klientgruppen är tungt problembelastad. Med de erfarenheter SiS har av projektet och då resultaten är så lovande anser myndigheten att det är viktigt att fortsätta arbetet med att stärka vårdkedjan. Mot den bakgrunden planerar SiS att göra en effektutvärdering som följer upp klienternas livs- och missbrukssituation efter avslutade insatser.

Referenser

Dokumentation från SiS eftervårdskonferens den 16–17 november 2005.

Dokumentation från Vårdkedjekonferens den 27–28 april 2006.

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

Genomförandeplan för VKP-projektet den 31 mars 2004, dnr 120-910-2003

Körlof Marie-Louise (2004) Kvinnor i LVM-vård, *Allmän SiS -rapport* 2004:10.

Larsson, J. & Segraeus, V. (prel.version). Uppföljning av tvångsvårdade LVM-klienter, en ännu icke publicerad hypotesgenererande pilotstudie.

Magoulias E. & Forsberg L. (2005) *Community Reinforcement Approach, CRA*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, (SiS).

Regeringsbeslut S 2003/10379/ST den 18 december 2003. Uppdrag att utveckla och pröva en förstärkt vårdkedjemodell, dnr 120-910-2003

Råd och anvisningar för SiS utredningar inom LVM vården, dnr 10-486-2006

SOU 2004:3 *Tvång och förändring. Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård*, Stockholm, Fritzes offentliga publikationer.

Tredje lägesrapporten avseende uppdraget till Statens institutionsstyrelse (SiS) att stödja en förstärkt vårdkedja inom missbrukarvården den 31 juli 2007, dnr 13-712-2007.

Vårdkedjeprojektet–delrapport avseende uppdraget att utveckla och pröva en förstärkt vårdkedjemodell den 15 september 2005, dnr 120-910-2003.

Årsrapport DOK 06. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2006. Tabeller *Allmän SiS rapport* 2007:4

Bilaga

Tabell 3. Antal personer som deltagit i Vårdkedjeprosjektets utbildningar fördelat efter kommun/stadsdelsförvaltning 2004–2006

Kommun/stadsdel	CRA	MI	ÅP	ASI	MAPS	Totalt
Eskilstuna	14	6	6	5	11	42
Uppsala	8	–	–	16	–	24
Örebro	7	7	10	–	–	24
Katarina-Sofia	3	5	6	1	1	16
Maria-Gamla stan	9	1	2	–	3	15
Enheten för hemlösa	12	10	–	–	13	35
Totalt	53	29	24	22	28	156

Tabell 4. Antal utbildningstillfällen 2004–2006¹

Utbildningar	Kommuner	SiS	Samordnare	Totalt
CRA	53	20	6	70
MI	29	11	6	40
ÅP	24	5	6	50
ASI	22	21	5	36
MAPS	28	8	6	54
Totalt	156	65	29	250

¹ En person kan ha deltagit i flera utbildningar



Statens institutionsstyrelse SiS
Box 163 63, 103 26 Stockholm
Telefon vx: 08-453 40 00
Telefax: 08-453 40 50
Besöksadress: Drottninggatan 29
www.stat-inst.se