

LVM-vårdens kvalitet enligt socialtjänstens bedömning

Arne Gerdner



Statens
institutions
styrelse SiS



RAPPORT NR 1 1998

FOU ENHETEN

LVM-vårdens kvalitet
enligt socialtjänstens
bedömning

Arne Gerdner

Beställes genom Statens institutionsstyrelse SiS

Rapport nr 1 1998

ISSN 1104-6155

Tryckt hos AB C O Ekblad & Co, Västervik

Förord

Statens institutionsstyrelse, SiS, inrättades den 1 juli 1993 och svarar för planering, ledning och drift av LVM-hemmen och de särskilda ungdomshemmen. En viktig uppgift är att bedriva metod- och utvecklingsarbete samt att stödja och stimulera forskning inom ungdoms- och missbrukarvård. Upp till 30 miljoner kronor får årligen avsättas för uppföljning, utvärdering, forskning, kompetens- och metodutveckling.

SiS FoU-enhet leder detta arbete. Enheten ska bl.a. ta initiativ till forskning och följa forskningen inom området samt verka för att forskningsresultaten sprids och överförs till praktiskt arbete. FoU-enheten ska även genom försöksverksamhet och på annat lämpligt sätt bidra till metodutveckling inom området vård och behandling. Till SiS finns knutet ett vetenskapligt råd som biträder FoU-enheten i principiella frågor rörande forsknings- och utvecklingsarbete.

FoU-enheten publicerar kunskapsöversikter samt rapporter från forsknings- och utvecklingsprojekt som bedöms vara av intresse för utvecklingen av ungdoms- och missbrukarvård. Forskningsprojekt som stöds av SiS ges möjlighet att publicera sina resultat i en rapportserie. Detta är den första rapporten 1998.

Arne Gerdner fick i uppdrag att till halvårsskiftet 1997 presentera en modell för en enkel utvärdering som skulle kunna genomföras under 1997, och som skulle kunna ge en bild av SiS-institutionernas tjänstekvalitet sett i första hand utifrån socialtjänstens perspektiv. Den skulle inte förutsätta mer komplexa utfallsstudier av hur det går för klienter/patienter efter utskrivning. Dessa kommer istället att göras genom den pilotstudie gällande uppföljning som sker parallellt inom DOK-systemet. Uppdraget preciserades i mars till att enbart gälla LVM-institutionerna. Resultatet presenteras i denna rapport.

Vera Segraeus
FoU-direktör

Innehållsförteckning

Förord	3
1. Kvalitet inom tvångsvården	5
1.1 Tjänstekvalitet	5
1.2 Tjänsteproduktion inom SiS	9
1.3 Studiens syfte	11
2. Mätning av kvalitet i tvångsvård	13
2.1 Uppläggnings av studien	13
2.2 Enkäten	14
2.3 Population, urval och svarsgrupp	14
2.3.1 Institutioner	16
2.3.2 Placerande kommuner	17
2.4 Orsaker till internt bortfall	18
3. Behov, förväntningar och genomförande	19
3.1 Behov	19
3.2 Förväntningar	21
3.3 Upplevelser av vården	21
3.4 Förväntansnivå, kundtillfredsställelse och behovstillfredsställelse för olika slag av verksamheter	23
3.5 Behandlingen för män respektive kvinnor	27
3.6 Behandlingen för frivilliga respektive tvångsomhändertagna	28
4. Socialsekreterarnas bedömning av generell teknisk kvalitet	29
4.1 Jämförelser mellan grupper av institutioner	30
5. Socialsekreterarnas bedömning av funktionell kvalitet	32
6. Kritiska händelser	34
6.1 Psykiatrisk problematik	34
6.2 Somatisk problematik	36
6.3 Motivationella problem – förnekande, behandlingsvägran och rymningar	36
6.4 Handläggning	38
7. Sammanfattning och diskussion	39
7.1 Behov, förväntan och genomförd vård	40
7.2 Akuta respektive långsiktigt syftande uppgifter	40
7.3 Utredningskompetens och differentierad vård	41
7.4 Kritiska händelser: Bristande samarbete och problem vid förflyttningar	42
7.5 Fortsatt kvalitetsutveckling	42
7.6 Att uppfylla lagens målsättningar	43
8. Referenser	45

1. Kvalitet inom tvångsvården

I den här rapporten ges en bild av kvaliteten inom LVM-vården sett med socialtjänstens ögon. Det är ett av flera perspektiv som kan anläggas då man försöker bedöma kvalitet. Man bör också studera kvalitet ur andra perspektiv, såsom klientens/patientens, personalens, lagstiftarens och "vetenskapens" perspektiv. Flera sådana studier kommer att göras i andra sammanhang, men denna studie har alltså begränsat sig till socialtjänsten som är tvångsvårdens främsta beställare. Först diskuteras och definieras några centrala begrepp. Uppläggningsen av studien presenteras. Därefter redovisas resultaten.

1.1 Tjänstekvalitet

Kvalitet är ett begrepp med många aspekter. Till att börja med är det skillnad mellan att mäta kvalitet hos å ena sidan en vara eller tillverkad produkt och å andra sidan en tjänst. Den senare – tjänstekvalitet – har i sin tur flera aspekter. Forskning runt kvalitetsmätning inom tjänsteproduktion har utvecklats inom t.ex. ekonomisk förvaltning, offentlig förvaltning och inom sjukvård. En introduktion till kvalitetsmätning och kvalitetsutveckling inom socialtjänsten finns i en skrift från socialstyrelsen¹.

Kvalitetsmätning av tjänster rymmer vissa allmänna problem. Tjänster är immateriella processer och som sådana inte alltid påtagliga för observation. De är heterogena och sällan standardiserade. De produceras och konsumeras eller upplevs delvis samtidigt, och kunden tar, som användare, delvis själv del i tjänsteproduktionen som "prosument"^{2,3}. Dessa faktorer gör det mer komplicerat att mäta kvalitet på tjänster än på varor.

Tjänstekvalitet kan studeras ur många perspektiv och kombinationer av perspektiv, vilka har det gemensamt att de är subjektiva. Ofta lyfts kundperspektivet fram, även om andra intressenter är viktiga för verksamheten, t.ex. experter, chefer, medarbetare och huvudmän. Ett sätt att förhålla sig till tjänstekvalitet är att utgå från någon slags officiellt fastställd nivå som ska garanteras utifrån kvalitativa eller kvantitativa kvalitetsindikatorer. Man kan säga att indikatorer-

¹ Socialstyrelsen (1995). Att utveckla kvalitet i socialtjänsten. En introduktion. SoS-rapport 1995:19.

² Grönros, Christian & Monthelie, Caroline (1988). Service Management i den offentliga sektorn. Liber-Hermods.

³ Olsen, Morten JS (1992). Kvalitet i banktjänster. Privatkunders upplevda problem med banktjänster – en studie med hjälp av kritisk händelse-metoden. Centrum för tjänsteforskning, rapport 92:2, Företagsekonomiska institutionen, Stockholms Universitet (Avhandling).

na lägger fast vissa ”ribbor” som verksamheten ska klara. Inom offentlig förvaltning är det vanligare att hitta sådana nivåer eller ”ribbor” i lagstiftning och föreskrifter, inom vård är det däremot vanligare att söka ribborna i ”vetenskap och beprövad erfarenhet”⁴. En sådan metod förutsätter att det finns en given ”ribba” som bör uppnås, eller också får man i kvalitetssäkringsarbetet efter hand komma fram till sådana ribbor⁵. Ett sätt att etablera sådana ribbor och samtidigt ge uppslag och tips i kvalitetsutvecklingsarbetet är att skapa s.k. kvalitetscirkular, där en grupp medarbetare identifierar, analyserar och hittar lösningar på kvalitativa problem. Ett annat sätt är s.k. peer-review, dvs. att enheten A (eller representanter för) bedömer enheten B, som bedömer enheten C, som bedömer enheten A. Det senare är ett sätt att tillgodogöra sig andras ”friska ögon”. Båda dessa sätt är ofta lämpliga i ett litet längre kvalitetsutvecklingsperspektiv.

I en modell, som ursprungligen utarbetades av Donabedian, kan en produktionsprocess (inklusive tjänsteproduktion) delas in i tre boxar: *struktur*, *process* och *resultat*. Strukturboxen innehåller förutsättningarna för produktionen, såsom lagstiftning, budget, lokaler, utrustning, bemanning och personalens kompetens. Processboxen innehåller främst arbetsrutiner samt kundbemötande och andra förhållningssätt. Resultatboxen, slutligen, innehåller de varor eller tjänster som blir resultatet av produktionsprocessen. Tengvald och Andréasson har beskrivit hur olika intressenters perspektiv kan förstås i förhållande till detta ”flödesschema”⁶. Finansiärernas (politikernas) huvudintresse bör då vara förhållandet mellan resurserna (i strukturboxen) och resultatet. Det ger svaret på hur god den samhällsekonomiska effektiviteten i verksamheten är. De yrkesverksamma däremot bör vara mer intresserade av förhållandet mellan sina insatser (processboxen) och resultatet, vilket handlar om arbetseffektivitet, det vill säga att få ett så gott behandlingsresultat som möjligt utifrån de insatser man gör.

I denna studie skall vi utgå från socialtjänstens perspektiv. I egenskap av beställare är socialsekreterarna kunder, vilka har anledning att begära ett så gott slutresultat som möjligt utifrån de avgifter de betalar. Samtidigt är de prosumenter, dvs. samarbetspartners i arbetsprocessen. Socialtjänsten har ett övergripande vårdansvar och institutionen samråder med socialsekreteraren inför viktiga beslut, såsom överflyttningar och vård i annan form. Socialtjänsten ska också ha en aktiv roll när det gäller att planera eftervård. En kvalitetsmätning ur so-

⁴ SPRI-rapport nr 230 (1987). Kvalitetssäkring – Att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet.

⁵ Gilmore, Kathleen; Jones, Donald & Tamble, Leslie (1986). Treatment Benchmarks. Hazelden Research Services, Center City, Mn.

⁶ Tengvald, K. & Andréasson, S. (1996) Perspektiv på uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. I: Berglund, M. et al. (red) Dokumentation inom missbrukarvården – Behandlingsarbete, metodutveckling, utvärdering. Centrum för utveckling av socialt arbete (CUS) och Liber.

cialtjänstperspektiv kan därför göras utifrån modeller som i ett avseende har samma förutsättningar, nämligen där kunden är prosumert.

Olsen har beskrivit tjänstekvalitet ur kundperspektiv, dvs. kundens upplevda kvalitet, som förhållandet mellan den kvalitet kunden förväntar och den han upplever sig få⁷. Målsättning är naturligtvis att skillnaden dem emellan ska vara så liten som möjligt. Tjänstekvaliteten kan vidare uppdelas i *teknisk kvalitet*, dvs. vad kunden får i slutändan (jfr resultatboxen), och *funktionell kvalitet*, dvs. hur prosumerten upplever processen under vilken tjänsten utförs (jfr processboxen). Upplevelsen av dessa båda filtreras dessutom genom kundens *allmänna bild* av organisationen, dess image. Imagen påverkar kundens allmänna förväntan. Ju mer förväntan och erfarenheter överensstämmer med varandra, desto bättre är den subjektivt upplevda kvalitetsbilden. Detta säger dock inget om huruvida kvaliteten är på en hög nivå eller inte⁸. Förväntan kan t.ex. starta på en orealistiskt hög nivå. Den kan också ligga på en låg nivå jämfört med vad kunden anser *borde kunna förväntas*, men som i detta fall inte förväntas, t.ex. p.g.a. dåliga erfarenheter sedan tidigare av tjänsteproducenten.

Vid en mätning av tjänstekvalitet är därför tre förhållanden intressanta:

- För det första *förväntansnivån*, som kan definieras som samstämmigheten mellan de förväntade tjänsterna (vad man räknar med att få) och de upplevda behov som tjänsterna ska möta (vad man behöver få).
- För det andra *kundtillfredsställelsen*, som handlar om *infrjade förväntningar*, och som är graden av samstämmighet mellan upplevda tjänster (vad man fått) och förväntade tjänster (vad man räknade med att få).
- För det tredje är det *behovstillfredsställelsen*, som handlar om *tillgodosedda behov*, vilka kan definieras som graden av samstämmighet mellan de upplevda tjänsterna och de upplevda behoven.

För att uppnå god kvalitet ur ett kundperspektiv måste man först och främst ge kunden vad kunden anser sig behöva, dvs. nivån på behovstillfredsställelsen (tillgodosedda behov) måste vara hög. Men samtidigt kan en och samma tjänst upplevas på olika sätt beroende på hur hög förväntansnivån är. Det måste finnas en balans mellan förväntansnivån och vad man har att erbjuda. Om man höjer förväntansnivån – genom att hålla i utsikt att kunden ska få det kunden behöver, utan att samtidigt leva upp till förväntningarna, så leder detta till besvikelser. Det kan till och med leda till större besvikelser än om förväntansnivån är rimlig

⁷ Olsen, Morten JS (1992). Ibid.

⁸ Grönros & Monthele, (1988). Ibid.

och innehållet i tjänsten är i paritet med förväntningarna. Omvänt kan låga förväntningar ge goda resultat i den meningen att man som kund blir ”glatt överraskad” över den tjänst man erhöll, och som man inte alls hade förväntat sig. Å andra sidan kan låga förväntningar skada verksamhetens ”image” och även leda till negativa självuppfyllande profetior. Kundens bedömning av den utförda tjänsten färgas negativt av de låga förväntningarna. Verksamhetens status blir låg och detta motverkar en positiv utveckling. Kort sammanfattat är tjänstekvalitet i flera bemärkelser ett relativt begrepp. Därför är det nödvändigt att i en analys av tjänstekvalitet ta reda på förhållandet mellan förväntansnivån, de infriade förväntningarna (kundtillfredsställelsen) och de tillgodosedda behoven (behovstillfredsställelsen).

I studier av vad kunder anser vara god kvalitet har olika egenskaper eller determinanter beskrivits. Den hittills största studien nämner 10 faktorer (utan inbördes rangordning)⁹:

1. Organisationens tillförlitlighet,
2. Sakkunskap hos personalen,
3. Pålitlighet, dvs. att göra rätt, hålla tider etc.,
4. Tjänstvillighet, serviceanda,
5. Tillgänglighet,
6. Vänlighet,
7. Kommunikationsförmåga (t.ex. att hålla kunden informerad, förklara och använda begripligt språk),
8. Säkerhet, dvs. inga fysiska eller ekonomiska risker vid användningen,
9. Förståelse för kunden, t.ex. hänsyn till speciella önskemål, individuell be-
tjäning, samt
10. Materiella förutsättningar (t.ex. goda lokaler m.m.).

De flesta av dessa är funktionella kvalitetsegenskaper, dvs. de handlar om sättet på vilket tjänsterna utförs. Den tekniska kvaliteten är mer specifik, beroende av vilken tjänstproduktion det är frågan om.

Kundens upplevelse kan mätas på flera sätt. Efterfrågeförändringar är ett traditionellt mått som givetvis också är beroende av annat än kvalitet, t.ex. kundens ekonomi. Marknadsenkäter ger en mer fyllig bild av vad kunderna anser om tjänsterna. Reklamationer och analys av kritiska händelser fokuserar pro-

⁹ Parasuraman, A. et al. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 4: p. 47.

blemområden som kan vara särskilt intressanta och skapa förutsättningar för åtgärder¹⁰.

1.2 Tjänsteproduktion inom SiS

När vi ska studera kvaliteten på tjänsteproduktionen inom tvångsvården av alkoholister och narkomaner ur ett kundperspektiv har vi först att ta ställning till följande: Vem är kund? Vad består tjänsterna av (centralt för bedömning av teknisk kvalitet)? Hur sker tjänsten (centralt för bedömning av funktionell kvalitet)? Tillsammans styr dessa frågor hur en studie av kvalitet kan läggas upp.

SiS har flera kunder. Brukaren av tjänsten är först och främst patient/klient som är intagen på våra institutioner. Beställare och betalare av våra tjänster är i allmänhet socialtjänsten. I undantagsfall kriminalvården eller privata beställare. Såväl patienten/klienten som beställaren deltar också som samarbetspartner i behandlingsprocessen. Kundbegreppet är alltså mer problematiskt inom SiS-verksamhet än i många andra sammanhang. Att jag här använder begreppet kund, t.ex. i sammanställningen ”kundtillfredsställelse”, innebär inte att jag förespråkar att den terminologin ska användas generellt. Men inom kvalitetsstudier är begreppet inarbetat och kan sägas ha relevans.

Teknisk kvalitet: Tjänsterna består av flera verksamheter, vilka kan vara utgångspunkter för studium av den tekniska kvaliteten:

1. En omhändertagande aktivitet, dvs. kost, logi och allmän service, till patienter/klienter
2. Utredande aktiviteter såsom diagnostik och behandlingsplanering
3. Behandlande aktiviteter (tillnyktring, avgiftning, motivationsarbete, behandling av såväl missbruk/beroende som fysiska problem, känslomässiga/psykiska problem, relationer, social funktionsförmåga). Dessa kan delas in t.ex. efter problemområden eller efter fas, t.ex. akuta respektive långsiktiga insatser
4. En socialt disciplinerande och kontrollerande funktion, t.ex. inlåsning, kvarhållning, drogkontroll etc.
5. Den administrativa sidan av myndighetsutövning, handläggning av beslut som har betydelse för enskilda och andra, vilket t.ex. kräver dokumentation enligt fastställd ordning, iakttagande av sekretess etc.
6. En beställarfunktion, t.ex. genom § 27-placering (LVM) på frivilliga behandlingsinstitutioner eller genom arrangerandet av eftervårdsinsatser

¹⁰ Olsen (1992). Ibid.

7. Dessutom tillkommer information till allmänheten och till grupper av professionella angående den egna verksamheten samt angående alkohol- och drogproblem.

Funktionell kvalitet: Tjänsterna utförs på skiftande sätt, med skiftande vård- och behandlingsideologi, teori, professionell sakkunskap. Oavsett behandlingsmodell bör kunderna (patient/klient resp beställare) kunna förvänta sig att omhändertagande, utredning, motivation och behandling utförs med sakkunskap och med iakttagande av gällande lagar, att patienten/klienten behandlas med inkännande och respekt, att patienten/klienten görs delaktig i planeringen av sin behandling och eftervård, att institutionen kan visa flexibilitet och anpassa sig till individuella behov, att ärenden t.ex. i myndighetsutövning hanteras skyndsamt, att våra handläggare är tillgängliga för kontakt, att kommunikationen flyter och är tydlig, att vänlighet och serviceanda präglar våra kontakter etc. Dessa saker kan sägas handla om den funktionella kvaliteten i SiS-institutionernas tjänsteproduktion. Vissa av dessa kvalitetsaspekter kan socialtjänsten ha svårt att uttala sig om. Till exempel är det snarare patienten/klienten som kan yttra sig om han/hon har tillåtits vara delaktig i planering. Men många av dessa funktionella kvalitetsaspekter kan även socialtjänsten ha synpunkter på.

Målen för verksamheterna. De olika tjänsterna vid LVM-institutionerna bör också ses i ljuset av verksamhetens målsättning såsom dessa uttrycks i lag och anvisningar. Lagen anger målet med tvångsvården i sin tredje paragraf:

"Tvångsvården skall syfta till att motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk."

Socialstyrelsen har diskuterat detta i sina allmänna råd¹¹:

"Det innebär både ett långsiktigt mål, nämligen frihet från missbruket, och ett kortsiktigt mål, nämligen motivation till frivilligvård. I lagens förarbeten anges att ett annat viktigt syfte är att bryta en destruktiv utveckling. Där betonas vidare att vård med stöd av LVM skall ses som en inledning till en behandling som kan leda till frihet från missbruk och en förbättrad livsstil i övrigt. Vårdplaneringen skall därför också inbegripa lämpliga insatser i anslutning till tvångsvården. Behandlingsmålen bör vara flexibla och anpassas till den enskildes motivation och förmåga att tillgodogöra sig vården."

¹¹ Socialstyrelsen (SOSFS 1997:6). Tillämpning av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Allmänna råd, Socialstyrelsens författningssamling.

Detta innebär att LVM har mål i tre skilda tidsperspektiv:

att omedelbart bryta en destruktiv utveckling,

att på kort sikt motivera till fortsatt frivillig vård, och

att på längre sikt uppnå frihet från missbruk och en förbättrad livsstil i övrigt.

De två första målen bör alltså uppnås under LVM-tiden. Det tredje målet kräver ytterligare insatser, men LVM-vården ska vara inledning på en behandling som sker med sikte på detta tredje mål. De olika verksamheterna vid SiS-institutionerna är delvis inriktade på olika mål. Vissa är huvudsakligen inriktade på det akuta målet, andra är mer inriktade på det kortsiktiga målet och åter andra utförs mer med sikte på det tredje målet.

Insatser för att bryta akut missbruk och insatser för att stödja och kontrollera patienten i syfte att upprätthålla nykterhet och drogfrihet under vårdtiden är i första hand inriktade på det akuta målet att bryta en destruktiv utveckling. Möjligen kan man också säga att den fysiska återhämtningen i allmänhet hör till de akut inriktade åtgärderna, så som det ofta praktiskt ter sig.

Insatserna för att uppnå det kortsiktiga målet handlar om motivationsarbete till fortsatt vård i frivilliga former. Det inbegriper också flera nära relaterade uppgifter, såsom att hjälpa patienten att få insikt om sitt alkohol- och drogberoende, att göra en allsidig utredning om patientens missbruk, sociala situation, psykiska och fysiska hälsotillstånd, samt att med denna som grund utarbeta långsiktig vårdplan i samarbete med patienten och socialtjänsten.

Insatser som kan ske vid institutionen med inriktning på det tredje målet kan handla om en genomgripande behandling av beroende och missbruk (bearbetning av missbruksidentitet, existentiell hantering av relaterade skuld- och skamproblem, träning i återfallsprevention etc). Det kan också handla om hjälp att bearbeta eller hantera andra känslomässiga/psykiska problem och relationsproblem samt att få social träning för att klara livet i övrigt.

Motivationsarbete för att stödja patientens deltagande i självhjälpgrupper såsom AA, NA och länkarna kan ske med inriktning både på det kortsiktiga och det långsiktiga målet. Det är en typ av självhjälpbehandling i frivillig form. Samtidigt är det för många ett stöd i att upprätthålla alkohol- och drogfrihet och förbättrad livsstil.

1.3 Studiens syfte

Ett allmänt syfte med denna studie är att pröva om man kan mäta socialsekreterarnas upplevelse av tjänstekvalitet inom LVM-vårdens institutioner på ett en-

kelt sätt inom begränsade kostnadsramar, så att mätningen kan upprepas över tiden och ge tolkningsbara och meningsfulla resultat. Detta gäller såväl tjänsternas tekniska som deras funktionella kvalitet, och såväl deras upplevelse av kvaliteten i konkreta ärenden som deras allmänna bild. Studien bör sträva att ge konkret kunskap till vägledning för kvalitetshöjande åtgärder.

Andra uppgifter, som också är centrala för att få en god bild av vårdkvaliteten lämnas här åt sidan. Det gäller t.ex. analys av vilka ärendetyper där kvaliteten särskilt behöver förstärkas, dvs. att relatera socialtjänstens upplevda kvalitet till patientens/klientens problembild och personliga förhållanden samt förutsättningarna för placering, samt patientperspektivet i tvångsvården, t.ex. upplevelser av behandlingen i stort, olika behandlingsinslag och upplevelser av tvång och kränkningar i vården. Dessa uppgifter hanteras genom DOK-systemets pilot-uppföljning som sker parallellt med denna studie och sammanställs i annan rapport.

2. Mätning av kvalitet i tvångsvård

Det allmänna syftet kan brytas ned i följande deluppgifter

1. Att ge relativa mått på socialtjänstens förväntansnivå, kundtillfredsställelse och upplevd tillfredsställelse av patienters/klienters vårdbehov i konkreta ärenden,
2. Att skatta socialtjänstens upplevelser av kvalitet i stort vad gäller institutionernas utförda tjänster och sättet dessa utförts på (teknisk resp. funktionell kvalitet), samt
3. Att undersöka speciella problemsituationer eller kritiska händelser vid vårdens utövande eller handläggning, där irritation kan ha uppstått och där det är möjligt att koncentrera åtgärder för relativt snabb förbättring vad gäller handläggning.

2.1 Uppläggning av studien

För att besvara den första punkten – att mäta förväntansnivå, kundtillfredsställelse och behovstillfredsställelse, samt den andra punkten – att mäta socialtjänstens skattning av teknisk respektive funktionell kvalitet i stort – utformades en enkät till placerande handläggare vid socialtjänsten, inriktad på upplevda behov, förväntningar och upplevelser av tillhandahållna tjänster, samt sättet på vilka dessa utförts. Enkäten sändes ut till 60 slumpvis utvalda placerande socialsekreterare, vars patient/klient hade skrivits ut från en LVM-institution under den månad som föregick utskicksdatum. Trots det relativt lilla antalet bör resultaten genom slumpningen kunna generaliseras till alla som vårdats enligt LVM våren 1997. Socialsekreterarna skulle ha placeringen i färskt minne. Därför skedde slumpningen bland de aktuella utskrivningarna. Enkäten skulle också kunna fyllas i snabbt, och ta högst en kvart i anspråk, samt återsändas i medskickat kuvert till SiS FoU-enhet.

För att besvara den tredje punkten – att inventera kritiska handläggningsproblem – kompletterades enkäten med telefonintervju till sådana placerare som angivit missnöje med hanteringen av en kritisk situation. Händelsen gick igenom, liksom sättet problemet hanterats på i efterförloppet, socialsekreterarens inställning till processen och slutresultatet samt hur detta präglar inställningen till framtida placeringar. Det centrala här var inte att finna några syndabocker på institutionerna utan att hitta problem i hanteringsrutiner som kan förbättras. Det hade ibland varit värdefullt att komplettera bilden genom upplevelsen av

samma kritiska händelse och process från institutionens horisont. Motsvarande kommunikation med forskaren som ”katalysator” har tidigare gjorts på Rällsögården med positivt resultat¹². Den knappa tiden medgav dock inte sådan kommunikation inom ramen för denna rapport.

2.2 Enkäten

Enkäten presenteras i sin helhet i appendix 1. Den rymmer följande delar:

- Frågorna nr 1.1 till 1.12 handlar om hur socialsekreterarna bedömde patienternas/klienternas behov vid tiden för placeringen. De olika delfrågorna tar fasta på olika behov som SiS-institutionernas tjänster kan tänkas svara mot. De besvarades fullständigt i 42 enkäter.
- Frågorna 2.1 till 2.12 handlar om socialsekreterarens skattning av sina förväntningar inför placeringen. Även dessa besvarades fullständigt i 42 enkäter.
- Ett tredje frågeavsnitt handlar om socialsekreterarnas upplevelser av behandlingens utfall och omfattar de 12 delfrågorna 3.1–3.12. Utfallsfrågorna är fullständigt besvarade av betydligt färre ($n = 29$), beroende på att respondenten uppmanades markera ”ej relevant” då behovet ej alls förelegat.
- Ett fjärde avsnitt sammanfattar teknisk kvalitet och omfattar frågorna 4.1–4.9, dvs. 9 delfrågor. Det besvarades fullständigt i 34 enkäter.
- Det femte avsnittet besvarades fullständigt i 35 enkäter, och handlar om funktionell kvalitet. Det omfattar frågorna 5.1–6.6, dvs. också 9 delfrågor.
- Frågorna 7–9 handlar om eventuell kritisk händelse under vårdtiden: Ifall det inträffat någon (fråga 7), öppen fråga om händelsen (fråga 8), samt hur socialsekreteraren bedömer att händelsen hanterats (fråga 9). Dessa frågor är föremål för en mer kvalitativ analys.

2.3 Population, urval och svarsgrupp

Vår population består av socialsekreterare som refererat klienter/patienter till SiS LVM-institutioner. För att definiera populationen socialsekreterare utgår vi från patienterna. Totalt 183 patienter skrevs ut från någon av SiS LVM-institutioner under perioden 1/2–7/3 1997 enligt vad som registrerats på SiS driftsenhet. De refererande socialsekreterarna till dessa patienter utgör urvalspopulationen. Av de 183 patienterna slumpades 60 personer genom löpnumrering och slumpstabell. Socialsekreterarna till dessa 60 utgör vårt urval. Vi har då bortsett från att enskilda socialsekreterare kan ha haft flera patienter inskrivna samtidigt. Enkäter sändes till inremitterande socialsekreterare 20–21 mars

¹² Oscarsson, Anita, & Gerdner, Arne (1995). Kontakten mellan Rällsögården och socialtjänsten – projekt om en dialog. SiS, Rällsögården, Ljusnarsberg.

1997, dvs. snart efter patientens utskrivning. Påminnelsebrev med ny enkät skickades den 5 maj till dem som ej svarat. Till att börja med var 12 av de inkomna enkäterna initialt mycket ofullständigt ifyllda. Genom kontakt via telefon och fax begärdes kompletterande uppgifter, vilka erhöles från 9 av de 12 socialsekreterarna. På detta sätt har svar erhållits gällande 49 utskrivningar (=svarsgruppen, 82 %), därav var 46 enkäter helt eller i stort sett helt ifyllda och 3 mycket ofullständiga. Av de tre mycket ofullständigt ifyllda enkäterna berodde ett fall på att socialsekreteraren ej var med i ärendet från början. De övriga två har ej kunnat nås.

Av de 11 fall där svar ej alls har inkommit, har 4 fall berott på att handläggaren slutat, är långtidssjukskriven eller på andra administrativa problem. I dessa fall kan svarsbortfallet klart bedömas som orelaterat till SiS-institutionernas kvalitet och bör alltså inte påverka undersökningens resultat. I resterande 7 fall är skälen till bortfall ej känt.

Vi har undersökt om ärendena varit representativa genom att jämföra urvalspopulationen, urvalet respektive svarsgruppen avseende ärendets art, i detta fall patientens kön och lagrum (se Tabell nr 1).

Tabell nr 1: Fördelning av ärendetyper (kön och lagrum) i urvalspopulation, urval samt svarsgrupp.

Ärendets art / n=	Urvalspopulation 183	Urval 60	Svarsgrupp 49
Kön: manliga patienter	69 %	68 %	71 %
Lagrum: LVM-omhändertagna patienter	79 %	83 %	75 %

Ärendena har alltså samma könsfördelning i urvalspopulationen, urvalet och svarsgrupp. Även andelen LVM-ärenden är i stort sett lika stor i de tre grupperna.

2.3.1 Institutioner

Urvalspopulation och urval representerar följande SiS-institutioner. Se tabell 2. Södra regionen är något överrepresenterad i urvalet (främst Karlsvik), medan såväl södra som norra regionen är något överrepresenterade i svarsgruppen.

Tabell nr 2: Institutionsplaceringar i urvalspopulation, urval och svarsgrupp.

Region/ Institution	Urvalspopulation		Urval		Svarsgrupp	
	antal	andel (%)	antal	andel (%)	antal	andel (%)
<i>Norra</i>	28	15,3	9	15,0	9	18,4
Frösön	13	7,1	2	3,3	2	4,1
Renforsen	15	8,2	7	11,7	7	14,3
<i>Mitt</i>	42	23,0	12	20,0	10	20,4
Runnagården	11	6,0	4	6,7	4	8,2
Rällsögården	14	7,7	3	5,0	2	4,1
Salberga	6	3,3	2	3,3	2	4,1
Älvgården	11	6,0	3	5,0	2	4,1
<i>Västra</i>	22	12,0	8	13,3	5	10,2
Gudhemsgården	15	8,2	5	8,3	2	4,1
Västkusthemmet	7	37,8	3	5,0	3	6,1
<i>Östra</i>	50	27,2	16	26,7	12	24,5
Ekebylund	5	2,7	4	6,7	2	4,1
Hornö	11	6,0	2	3,3	2	4,1
Håkanstorp	4	2,2	1	1,7	1	2,0
Nordsjö	9	4,9	4	6,7	3	6,1
Rebecka	9	4,9	2	3,3	2	4,1
Östfora	11	6,0	3	5,0	2	4,1
Västerbyhemmet ^{a)}	1	0,5	0	0,0	0	0,0
<i>Södra</i>	40	21,8	15	25,1	13	26,5
Fortunagården	7	3,8	3	5,0	2	4,1
Hessleby	6	3,3	1	1,7	1	2,0
Karlsvik	11	6,0	6	10,0	5	10,2
Lunden	4	2,2	1	1,7	1	2,0
Romanäs	11	6,0	4	6,7	4	8,2
Holma ^{b)}	1	0,5	0	0,0	0	0,0
<i>Totalt</i>	183	100	60	100	49	100

^{a)} Drivs av Gotlands kommun men har ett par LVM-platser enligt särskilt kontrakt med SiS.

^{b)} Under avveckling.

2.3.2 Placerande kommuner

Placerande kommuner har av praktiska skäl angivits genom riktnummerområden. Dessvärre innebär det att vissa kommuner ej anges separat. T.ex. anges alla i 08-området som Storstockholm.

Tabell nr 3: Riktnummerområden för placerande socialsekreterare i urval och svarsgrupp

Riktnummerområden		Urval		Svarsgrupp	
		Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
08	Storstockholm	12	20,0	9	18,4
016	Eskilstuna-Torshälla	1	1,7	1	2,0
018	Uppsala	4	6,7	3	6,1
019	Örebro-Kumla	3	5,0	1	2,0
026	Gävle-Sandviken	3	5,0	3	6,1
031	Göteborg	5	8,3	3	6,1
033	Borås	1	1,7	1	2,0
036	Jönköping	1	1,7	1	2,0
040	Malmö	2	3,3	1	2,0
042	Helsingborg	2	3,3	2	4,1
063	Östersund	2	3,3	2	4,1
090	Umeå	2	3,3	2	4,1
0140	Tranås	1	1,7	1	2,0
0171	Enköping	3	5,0	3	6,1
0173	Öregrund-Östhammar	1	1,7	1	2,0
0240	Ludvika-Smedjebacken	1	1,7	0	
0243	Borlänge	1	1,7	1	2,0
0303	Kungälv	1	1,7	1	2,0
0370	Värnamo	1	1,7	0	
0381	Eksjö	1	1,7	1	2,0
0418	Landskrona-Svalöv	2	3,3	2	4,1
0430	Laholm	1	1,7	1	2,0
0470	Växjö	1	1,7	1	2,0
0477	Tingsryd	1	1,7	1	2,0
0570	Arvika	1	1,7	1	2,0
0581	Lindesberg	1	1,7	1	2,0
0589	Arboga	1	1,7	1	2,0
0620	Sollefteå	1	1,7	1	2,0
0910	Skellefteå	1	1,7	1	2,0
0930	Nordmaling	1	1,7	1	2,0
0942	Dorotea	1	1,7	1	2,0
<i>Total</i>		<i>60</i>	<i>100,0</i>	<i>49</i>	<i>100</i>

Av tabellen framgår att bortfallet är koncentrerat till de större städerna (Stor-Stockholm 3, Göteborg 2, Malmö 1, Uppsala 1, Örebro 2), men i ett par fall gäller det mindre kommuner (Ludvika, Värnamo).

2.4 Orsaker till internt bortfall

I fyra fall, utöver de tre som ovan angivits som ofullständigt ifyllda, har ett visst internt bortfall förekommit. Dvs. socialsekreteraren har inte ansett sig kunna besvara varje delfråga. De har skrivit ned sina kommentarer. I ett fall var syftet med placeringen speciellt, i två fall var placeringen mycket kortvarig och i ett fall var respondenten ej med i ärendet från start. (Numreringen refererar till placeringens löpnummer i urvalspopulationen):

60: Enkäten var svår att besvara eftersom denna placering var ”speciell” jämfört med de LVM-placeringar jag tidigare haft. Det var en SoL-placering som hade ett speciellt syfte – avgiftning från tablettmissbruk. Frågorna passade därför egentligen inte in.

82: Obs. Var ej med vid placeringen. Kom in i bilden efter c:a 2 månader.

148: NN skrev ut sig efter 3 dagar vilket gör detta svårt att svara på (fråga 4).

168: Min klient var ej placerad jml LVM utan frivilligt. Han stannade dock endast 7+3 dagar varför frågorna är svåra att svara på.

3. Behov, förväntningar och genomförande

Utifrån det resonemang som fördes i avsnitt 1, har vi studerat de olika tjänsterna ur flera aspekter: För att kunna mäta förväntansnivå, kundtillfredsställelse respektive behovstillfredsställelse, så som dessa begrepp definierades tidigare, har vi bitt socialsekreterarna svara på tre olika frågor om varje tjänst. För det första har vi frågat om *behoven* – alltså i vad mån socialsekreteraren anser att patienten ifråga behövde tjänsten. För det andra har vi frågat om *förväntan* – det vill säga i vad mån socialsekreteraren räknade med att institutionen skulle kunna förmedla tjänsten i det aktuella fallet. För det tredje frågade vi om *genomförandet av behandlingen* – det vill säga socialsekreterarens bedömning av i vilken mån tjänsten har utförts i det aktuella fallet. Med hjälp av dessa tre mått kommer vi sedan att kunna räkna ut relationerna mellan dem, dvs. förväntansnivån, kundtillfredsställelsen och behovstillfredsställelsen i det aktuella behandlingsärendet.

3.1 Behov

Socialsekreterarna ombads att skatta i vilken mån de instämde i att klienten/patienten hade vart och ett av ett antal uppräknade behov vid tiden för placeringen. Följande skattningsskala användes:

- 0= Instämmer inte alls
- 1= Instämmer i stort sett inte
- 2= Instämmer delvis
- 3= Instämmer i stort sett
- 4= Instämmer helt

Rangordningen har skett utifrån antagandet att kategorierna i ordinalskalan kan viktas efter de numeriska värden som angavs redan i formuläret.

De generellt högst skattade behoven handlar alltså enligt socialsekreterarna om att bryta ett akut missbruk, att patienten ska hålla sig nykter under vårdtiden och motiveras till fortsatt vård. Dessa behov är dessutom relativt homogent skattade, vilket framgår av den snävare variationen i skattningen.

Tabell nr 4: Rangordning av socialsekreterares skattning av klienters/patienters olika behov vid placeringen. *Procentuell fördelning av svar.*

Klientens/patientens behov	n	Rang	Instämmer helt	Instämmer i stort sett	Instämmer delvis	Instämmer i stort sett inte	Instämmer inte alls
vikt			4	3	2	1	0
Bryta akut missbruk	44	1	98		2		
Hålla sig nykter under vårdtiden	44	2	93	7			
Motiveras fortsatt vård	44	3	73	7	11	9	
Tillfriskna fysiskt	43	4	63	19	14	2	2
Insikt om beroende	44	5	52	16	18	11	2
Genomgripande behandling	44	6	50	18	18	9	5
Bearbeta psykiska problem	44	7	57	14	9	9	11
Långsiktig vårdplan	44	8	39	32	14	7	9
Bearbeta relationer	43	9	42	16	12	16	14
Allsidig utredning	44	10	30	18	25	21	7
Social träning	44	11	23	16	30	18	14
Motiveras till självhjälp-grupp	42	12	26	10	26	12	26

Behoven att motiveras till självhjälpgrupp, att få social träning, samt att vara föremål för en allsidig utredning har i stort värderats lägre. Här har vi dock en mer splittrad bild, med större variation i skattningen. Somliga, men något färre, instämmer också helt i att patienten haft dessa behov. Denna skillnad kunde förväntas. Socialsekreterarna har mest instämt i de akuta och generella behoven. De lägst värderade behoven beror av tidigare gjorda insatser och av patientens fas i förändringsprocessen. Om det till exempel redan finns en färdig utredning sedan ett tidigare behandlingstillfälle, så är det kanske inte ett aktuellt behov. Och en alkoholist/narkoman som fortfarande upplevs som helt insiktslös kanske inte känns aktuell att motivera till självhjälpgrupp.

De verksamheter som är inriktade på akuta mål har genomgående fått hög grad av instämmande och placerats på rangordningsplats 1, 2 och 4. Verksamheterna som är inriktade på kortsiktiga mål sprider ut sig något mer: 3, 5, 8 och 10. Verksamheterna inriktade på långsiktiga mål återfinns i högre utsträckning längre ned på listan: 6, 7, 9, 11 och 12. Den största avvikelser från den schematiska indelningen utifrån målen är att de båda långsiktigt inriktade verksamheterna, dvs. genomgripande behandling respektive att bearbeta psykiska problem, har placerats relativt högt i rangordningen samt att utredning placerats relativt lågt.

3.2 Förväntningar

Socialsekreterarna ombads också att med samma skala skatta hur de bedömde sina förväntningar angående vården för patienten/klienten vid tiden för placeringen. Även här har vi antagit att kategorierna i ordinalskalan kan viktas efter sina numeriska värden.

Tabell nr 5: Rangordning av socialsekreterarnas skattning av sina förväntningar vid placeringen. *Procentuell fördelning av svar.*

Förväntningar ang. behandling	n	Rang	Instämmer helt	Instämmer i stort sett	Instämmer delvis	Instämmer i stort sett inte	Instämmer inte alls
	vikt		4	3	2	1	0
Bryta akut missbruk	44	1	98		2		
Hålla sig nykter under vårdtiden	45	2	87	11	2		
Tillfriskna fysiskt	43	3	61	21	12	5	2
Motiveras fortsatt vård	44	4	64	14	16	5	2
Insikt om beroende	45	5	42	20	18	16	4
Genomgripande behandling	44	6	32	23	23	14	9
Bearbeta psykiska problem	45	7	38	20	18	11	13
Långsiktig vårdplan	44	8	34	23	21	11	11
Hantera relationer	44	9	21	32	16	16	16
Allsidig utredning	45	10	18	27	18	27	11
Social träning	45	11	9	31	24	18	18
Motiveras till självhjälsgrupp	42	12	19	10	26	17	29

Tabellen kan sägas visa vad socialsekreterarna tror att LVM-institutionerna sysslar med. Vi kan se att ordningsföljden avseende förväntningarna i relativt hög utsträckning följer skattningen av behoven. Det skulle i så fall tyda på att prioriteringarna i någon mån överensstämmer med vad socialtjänsten anser bör göras. Det framkommer också att socialtjänstens förväntningar också hamnar ganska högt när det gäller genomgripande behandling och psykiska problem. Ser man till procentsiffrorna ligger dock förväntningarna på något lägre nivå än motsvarande siffror för behoven. I dessa fall har socialtjänsten alltså inte förväntat sig att behoven skulle tillfredsställas fullt ut. Till detta återkommer vi.

3.3 Upplevelser av vården

Socialsekreterarna ombads vidare att skatta hur de bedömer sina upplevelser av den meddelade vården, dvs. vad vården gav. Man kan kalla detta det omedelbara resultatet av institutionernas insatser, utifrån socialtjänstens perspektiv. Här

finns något färre skattningar, beroende på att det var tillåtet att markera ”ej relevant” då behovet alls inte förelegat. Som tidigare har rangordningen skett utifrån antagandet att kategorierna kan viktas efter respektive kategoris numeriska värde.

Tabell nr 6: Rangordning av socialsekreterares skattning av sina upplevelser av vården som givits. *Procentuell fördelning av svar.*

Upplevelser av vården	n	Rang	Instämmer helt	Instämmer i stort sett	Instämmer delvis	Instämmer i stort sett inte	Instämmer inte alls
vikt			4	3	2	1	0
Brutit akut missbruk	45	1	78	9	4	4	4
Tillfrisknat fysiskt	41	2	56	34	7	2	
Hållit sig nykter under vårdtiden	45	3	42	36	9	2	11
Motiverats fortsatt vård	42	4	31	21	21	7	19
Insikt om beroende	42	5	12	31	29	19	10
Fått en långsiktig vårdplan	40	6	13	25	23	20	20
Social träning	37	7	3	27	32	19	19
Genomgripande behandling	39	8	10	21	23	26	21
Fått en allsidig utredning	39	9	5	26	15	28	26
Bearbetat psykiska problem	40	10	3	20	35	13	30
Bearbetat relationer	39	11	3	15	39	18	26
Motiverats till självhjälpgrupp	33	12	9	6	18	24	42

Det framgår att socialsekreterarna främst bedömer att placeringen har brutit ett akut missbruk, att patienten kunnat tillfriskna fysiskt samt hållit sig nykter under vårdtiden, dvs. i hög grad samma som de högst värderade behoven. Här har vi något större förskjutningar i rangordningen. Framför allt har bearbetande av psykiska problem och genomgripande behandling sjunkit längre ned, medan social träning stigit kraftigt.

Vi bör inte förledas att göra denna tabell till självständig indikator på kvalitet. Upplevelsen av den vård som givits måste först relateras till behoven och förväntningarna. Kvalitet handlar om att få det man behöver och det man förväntar sig, inte att få något helt annat.

3.4 Förväntansnivå, kundtillfredsställelse och behovstillfredsställelse för olika slag av verksamheter

Differensen mellan behoven och förväntningarna ger oss en indikation på förväntansnivån. Om förväntningarna ligger kraftigt under behoven innebär det att socialsekreterarna har *låg förväntansnivå* på att SiS-institutionerna ska klara av att tillfredsställa behoven. En annan intressant differens är den mellan socialsekreterarnas förväntningar på vården och deras upplevelse av hur placeringen fungerat. Om upplevelserna av meddelad vård ligger kraftigt under förväntningarna innebär det en *låg kundtillfredsställelse*. Man har inte fått det man väntat sig. Slutligen har vi differensen mellan socialsekreterarnas upplevelse av vården och skattade patientbehov. Om upplevelserna av meddelad vård ligger kraftigt under patientens behov så föreligger en *låg behovstillfredsställelse*. Insatserna har då inte svarat mot behoven i det enskilda fallet. Vi mäter alltså tre underskott. Höga negativa värden indikerar problem. Det första handlar om verksamhetens image, de två andra om verksamhetens kvalitet.

Dessa tre differenser presenteras i tabellerna nr 7–9. Vi utgår som tidigare från antagandet att kategorierna kan viktas utifrån sina numeriska värden. I några fall har positiva värden uppmätts. Det har t.ex. skett då socialsekreteraren angett högre värde på förväntan än på behov, vilket betyder att vederbörande förväntat sig åtgärder även där han/hon inte är säker på behoven förelåg. Man kanske vet att behandlingshemmet lägger vikt vid social träning även om just denna patient inte har så stort behov av det. Det kan också gälla högre värde på upplevd behandling än på förväntan, vilket kan tolkas som att den utförda behandlingen överträffat de förväntade insatserna. Vanligare är dock att negativa värden uppstått.

Vi kan se att socialtjänsten i hög utsträckning förväntar sig att LVM-institutionerna ska kunna möta de behov som föreligger. Värdet -1 kan tolkas som att institutionen ”i stort sett” kan möta behovet, men alltså inte fullt ut. Värdena -2 till -4 innebär däremot ett större ”underskott i förväntan”, en image att institutionen inte kan möta behovet. Ju högre negativt värde, desto större underskott. Vad gäller att *bryta akut missbruk*, så är enigheten total. När det gäller övriga akuta behov, fysiskt tillfrisknande respektive nykter under vårdtiden, förväntar sig praktiskt taget alla (98 %) att institutionerna helt eller i stort sett ska möta behoven. När det gäller långsiktiga behov som *genomgripande behandling* samt *bearbeta psykiska problem* och *relationer* är det dock fler (12–18 %) som inte tror att institutionerna ska klara att möta behoven, vilket kan vara naturligt om LVM-vistelsen bara vore inledning till en fortsatt behandling där dessa förhoppningsvis ska hanteras. Mellan 7 och 9 % har inte heller trott

att institutionen ska kunna möta de mer kortsiktiga behoven som handlar om motivation till frivillig behandling och åtgärder förknippade med det (insikt, utredning, vårdplan).

Tabell nr 7: Förväntansnivå såsom grad av överensstämmelse mellan behov och förväntan.

Art av tjänst	Rang	n	Förväntansnivå = förväntan - behov								
			"Överskott"			"Underskott"					
			+3	+2	+1	+/-0	-1	-2	-3	-4	
Brutit akut missbruk	1	44				100					
Tillfriskna fysiskt	2	43			5	91	2			2	
Nykter/drogfri under vårdtiden	3	44			2	91	5	2			
Motivera till fortsatt vård	4	44		2	7	77	5	9			
Insikt om beroende	5	44		2	14	59	16	5	2	2	
Social träning	6	44			21	55	14	7	2	2	
Motivera till självhjälpsgrupp	7	42				91	2	2	2	2	
Långsiktig vårdplan	8	44			9	64	18	9			
Allsidig utredning	9	44		2	2	66	23	5	2		
Bearbeta relationer	10	43			9	70	9	5	5	2	
Bearbeta psykiska problem	11	44			5	73	11	5	5	2	
Genomgripande behandling	12	44	2		9	50	21	16			2

Sammanfattningsvis får vi ändå konstatera att socialtjänsten har höga förväntningar på LVM-institutionerna. Man skulle kunna invända att detta är självklart. Varför skulle socialsekreterarna sända klienter till institutioner om de inte förväntade sig att dessa skulle klara av sina uppdrag? Jag vill ändå hävda att detta inte alls är självklart. Vi har en tvingande lagstiftning som säger att LVM ska tillämpas när dess kriterier är uppfyllda. Det skulle därför kunna vara så att socialsekreterarna aktualiserade LVM trots att de inte trodde att LVM-institutionen skulle klara sitt uppdrag. Våra fynd visar dock att så inte är fallet. Socialsekreterarna förväntar sig att institutionen ska kunna möta de intagnas behov.

Hur klarar vi då att göra det? Tabell nr 8 försöker åskådliggöra i vilken utsträckning behoven har tillfredsställts enligt socialsekreterarnas bedömning.

Tabell nr 8: Behovstillfredsställelse såsom grad av överensstämmelse mellan genomförd vård och de behov vården ska möta.

Art av tjänst	Rang	n	Behovstillfredsställelse = genomförd vård - behov							
			"Överskott"				"Underskott"			
			+3	+2	+1	+/-0	-1	-2	-3	-4
Tillfriskna fysiskt	1	39		3	18	59	15	5		
Brutit akut missbruk	2	43				81	12	2	2	2
Social träning	3	35			9	46	34	3	3	6
Insikt om beroende	4	40		10	10	18	28	23	10	3
Nykter/drogfri under vårdtid	5	43				49	30	12		9
Motivera till fortsatt vård	6	40			10	33	23	18	10	8
Allsidig utredning	7	37			8	30	30	16	11	5
Motivera till självhjälp-grupp	8	30			3	33	30	20	10	3
Bearbeta relationer	9	37		3	3	32	24	24	5	8
Långsiktig vårdplan	10	38			5	34	26	16	11	8
Genomgripande behandling	11	37	3			27	22	30	11	8
Bearbeta psykiska problem	12	39		8	3	15	23	23	8	21

Behovstillfredsställelsen handlar alltså om hur insatserna svarat mot behoven.

- När det gäller två funktioner som hänger samman med akuta och livräddande områden – fysiskt tillfrisknande och brytande av akut missbruk – kan vi konstatera att 94–95 % av socialsekreterarna har ansett att insatserna svarar mot behoven i stort sett, varav 80–81 % anser dem vara till fullo tillfredsställda. Det tredje området på den akuta nivån är "nykter under vårdtid". Här har 79 % ansett att behoven i stort sett har tillfredsställts.
- Behovet att motivera till fortsatt frivillig vård har enligt 66 % av socialsekreterarna tillfredsställts i stort sett. I ungefär samma utsträckning, 65–68 %, anser man att utredning eller vårdplan i stort sett fullgjorts. Något färre, 56 %, anser att patienten i stort sett fått insikt om sitt missbruk.
- När det gäller behov av mer långsiktig natur så har 48–51 % ansett att behoven av genomgripande behandling och bearbetning av psykiska problem i stort sett har tillfredsställts, 63 % att relationerna i stort sett har hanterats och 76 % att behovet att motivera till självhjälpgrupp i stort sett har tillfredsställts. Det gäller alltså endast andelen av dem som överhuvud taget uppgivit dessa behov. Det innebär att socialtjänsten anser att de mer specialiserade och de långsiktigt syftande behoven är minst tillfredsställda.

Nu kan man invända att de senare behoven ska hanteras i fortsatt behandling i frivilliga former, dvs. inte endast på LVM-institutionen. Ett rimligare mått skulle då vara den s.k. kundtillfredsställelsen, som handlar om i vilken mån socialsekreterarnas förväntningar, snarare än behoven, har tillfredsställts. Detta framgår av tabell 9.

Tabell nr 9: Kundtillfredsställelse såsom grad av överensstämmelse mellan förväntan på och vård och genomförd vård.

Art av tjänst	Rang	n	Kundtillfredsställelse = genomförd vård – förväntan							
			"Överskott"				"Underskott"			
			+3	+2	+1	+/-0	-1	-2	-3	-4
Tillfriskna fysiskt	1	39	3	3	13	64	13	5		
Brutit akut missbruk	2	43				81	12	2	2	2
Social träning	3	36		3	8	50	28	8		3
Insikt om beroende	4	41	2	2	10	27	32	17	10	
Allsidig utredning	5	38			13	45	11	16	11	5
Bearbeta relationer	6	37		3	5	35	32	14	8	3
Nykter/drogfri under vårdtiden	7	44			2	52	23	9	5	9
Långsiktig vårdplan	8	38		5	5	32	29	16	8	5
Motivera till självhjälp-grupp	9	30			7	33	37	13	7	3
Motivera till fortsatt vård	10	40		3	8	38	18	20	8	8
Genomgripande behandling	11	37			8	35	19	24	11	3
Bearbeta psykiska problem	12	39		8	3	26	23	15	15	10

När det gäller kundtillfredsställelsen, dvs. i vilken mån de höga förväntningarna infriades, så är värdena mycket höga när det gäller *fysiskt tillfrisknande*, *bryta akut missbruk* och *social träning*. När det gäller dessa tre områden anser 93–95 % av socialsekreterarna att förväntningarna tillfredsställts i stort sett, helt eller över förväntan. Vad gäller social träning så beror detta dock på att socialtjänsten inte instämt i behoven i lika hög utsträckning (Tabell 4).

Kundtillfredsställelsen är lägst vad gäller att *bearbeta psykiska problem*, *få en genomgripande behandling*, samt att *motivera till fortsatt vård*. Hela 36–40 % av socialsekreterarna anser att deras förväntan på LVM-institutionen *inte* tillfredsställts på dessa områden. Insatserna har visserligen varit större vad gäller motivationsarbete än vad gäller mer bearbetande insatser, men här har också socialsekreterarna ansett sig kunna förvänta mer. Det kan ju också anses rimligt eftersom LVM redan på kort sikt syftar till att motivera till frivillig vård. När

det gäller mer bearbetande insatser har förväntan alltså varit lägre. Ändå har institutionerna inte svarat upp till socialsekreterarnas förväntningar på dessa områden.

Samtidigt ser vi att det finns flera exempel på där behandlingen har övertruffat förväntningarna i större eller mindre grad. Man skulle därför kunna tänka sig att plus och minus tar ut varandra, så att resultaten "på det stora hela" är att förväntningarna uppfyllts. Detta har testats med Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test, som är användbart för ordinalskalor av denna typ och som testar om avvikelserna mellan två skattningar av samma företeelse är slumpartade. Testet visade att alla ovanstående skattningar utom en på ett signifikant systematiskt sätt avviker så att de genomförda vårdtjänsterna får en lägre skattning än förväntningarna. Det enda undantaget är fysiskt tillfrisknande.

3.5 Behandlingen för män respektive kvinnor

Eventuella skillnader mellan män och kvinnor har undersökts när det gäller förväntansnivå, kundtillfredsställelse och behovstillfredsställelse. Chi-2-test används för att undersöka om några skillnader är statistiskt säkerställda (signifikanta). För att kunna göra detta har variablerna dikotomiserats, dvs. antalet kategorier har minskats till två. Inga signifikanta skillnader har kunnat konstateras.¹³ Vi får hålla i minnet att undersökningen omfattar relativt få personer, vilket gör det svårare att konstatera signifikanta skillnader.

Men dikotomisering innebär med nödvändighet att viss information går förlorad. Vill man använda hela skalan måste t-test användas. Det är inte helt korrekt eftersom t-test förutsätter s.k. ekvidistant skala, dvs. att avstånden i skalan ska vara lika. Under det antagandet att man kan använda de numeriska värdena som bestämda vikter¹⁴ kan dock t-test möjligen göras. Inga skillnader framkommer då heller. Vi kan alltså inte påvisa några skillnader i socialsekreterarnas förväntan på att behandlingen skulle motsvara behoven för män respektive för kvinnor. Inte heller fanns några skillnader i vilken mån förväntningarna tillfredsställts eller i vilken mån kvinnliga respektive manliga patienters behov har tillgodosetts.

Detta kan vara värt att notera, eftersom man tidigare har hävdat att missbrukarvården skett på manliga missbrukares villkor. Inom SiS har en differentiering genomförts som innebär att män och kvinnor i allmänhet behandlas i skilda

¹³ Två slag av dikotomiseringar har prövats (0 eller högre/-1 eller lägre samt -1 eller högre/-2 eller lägre). Detta var nödvändigt eftersom många chi-2-test ej kunde göras p.g.a. att antalet celler med 5 eller färre i många fall översteg 20%.

¹⁴ Dvs. motsvarar ekvidistans

institutioner. Med denna typ av undersökning kan i vart fall inte något stöd konstateras för påståendet att vårdkvaliteten beror av missbrukarens kön.

3.6 Behandlingen för frivilliga respektive tvångsomhändertagna

På motsvarande sätt har gruppen frivilligt inskrivna och gruppen tvångsomhändertagna jämförts. Signifikantest med hjälp av chi-2 har gjorts efter dikotomisering¹⁵. Inga skillnader var signifikanta.

Under samma antagande som ovan har även t-test använts. Vad gäller förväntansnivå noterades då en signifikant skillnad i motivationsarbete ($p < 0.01$). Genomsnittliga förväntansnivån låg något högre för de frivilliga än för de tvångsomhändertagna. Det kan synas märkligt, eftersom det främst borde vara de omotiverade tvångsomhändertagna som skulle vara föremål för motiverande insatser. Det har dock sin förklaring i att förväntansnivån handlar om vad som förväntas jämfört med vilka behov som föreligger. När det gäller frivilliga tycks alltså socialsekreterarna inte mena att motivationsarbete behövs i samma utsträckning. Men de tror tydligen ändå att arbetet kommer göras. Värdet hamnar därför på plus.

Det finns också (icke signifikanta) tendenser ($p < 0.10$) att socialtjänsten förväntar sig att frivilliga i större utsträckning ska hålla sig nyktra under vårdtiden än tvångsomhändertagna patienter, och att frivilliga i högre utsträckning ska få en långsiktig vårdplan.

Det fanns inga signifikanta skillnader i kundtillfredsställelse vad gäller frivilligplaceringar respektive LVM-placeringar. Inte heller finns det skillnader när det gäller behovstillfredsställelsen, dvs. hur vården svarat mot behoven. Endast en icke signifikant tendens ($p < 0.10$) kunde påvisas, nämligen att LVM-patienterna i större utsträckning än de frivilliga patienterna har tillfrisknat fysiskt, förmodligen därför att deras fysiska status vid intagningen var sämre.

¹⁵ Se ovanstående not.

4. Socialsekreterarnas bedömning av generell teknisk kvalitet

Med teknisk kvalitet menas alltså kvaliteten på tjänsten ”i slutändan”, medan funktionell kvalitet handlar om processen under vilken tjänsten har utarbetats. Socialsekreterarna ombads att skatta den tekniska kvaliteten på SiS-institutionernas tjänster med följande skattningsskala:

0= Mycket dålig

1= Dålig

2= Varken/eller

3= Bra

4= Mycket bra

Skillnaden mellan denna skattning och skattningarna i föregående avsnitt är, att här har socialsekreteraren ombetts skatta institutionens *generella* tekniska kompetens i stort för respektive tjänst. I det tidigare avsnittet gällde skattningen endast tjänsterna i det enskilda patientärendet, den specifika placeringen.

Sammanställning av skattningen framgår av tabell 10.

Tabell nr 10: Rangordning av socialsekreterarnas skattning av institutionernas tekniska kvalitet. *Procentuell fördelning av svar.*

Generell teknisk kvalitet	n	Rang	Mycket bra	Bra	Varken/ eller	Dålig	Mycket dålig
	vikt		4	3	2	1	0
Omhändertagande aktiviteter	45	1	49	40	11		
Akuta behandlande insatser	43	2	51	33	12	5	
Beställarfunktion	38	3	37	34	21	8	
Information om verksamheten	41	4	27	37	34	2	
Motivationsarbete	42	5	19	50	26	5	
Information om problemområdet	39	6	21	41	36	3	
Socialt disciplinerande och kontrollerande funktion	40	7	25	30	40	5	
Bearbetande behandlingsinsatser	41	8	10	44	39	7	
Utredande aktivitet	42	9	12	45	31	10	2

Generellt kan konstateras att socialsekreterarna värderar institutionernas insatser positivt. De omhändertagande och akuta behandlande insatserna värderas uppenbarligen högst även generellt, precis som i de aktuella fallen. Här är 84–89 % klart positiva. Det är också dessa som är de traditionella insatserna vid LVM-institutioner sedan gammalt. Däremot värderas den svåra socialt disciplinerande verksamheten lägre. Här är 55 % positiva.

När det gäller beställarfunktion och motivationsarbete är 69–71 % nöjda och 62–64 % är nöjda med olika informationsverksamheter. Beställarfunktionen och motivationsarbetet är båda inriktade på de kortsiktiga målen att motivera till fortsatt vård i frivilliga former. Det är dock anmärkningsvärt att de utredande aktiviteterna värderas lägst. Här är 57 % positiva och vi har den högsta siffran direkt negativa, 12 %. En god utredning bör rimligen ligga till grund för vårdplanen och vidareplacering, och sådan kan socialtjänsten svårligen ha gjort medan patienten varit i akut missbruksskede.

Institutionernas bearbetande insatser värderas också i allmänhet lågt, så som också framgick när det gällde de aktuella ärendena. Ungefär hälften, 54 %, är positiva.

4.1 Jämförelser mellan grupper av institutioner

Det lilla urvalet har inte medgett jämförelser på institutionsnivå och det var heller inte syftet. Men institutionerna kan delas in i grupper utifrån SiS presentationsfolder (LVM-hem 1997). Där framgår vilka institutioner som är anpassade för att ta emot patienter med psykiatrisk sidoproblematik, vilka som tar emot patienter med omvårdnadsbehov och vilka som tar emot våldsbenägna patienter. Efter dikotomisering, dvs. sammanslagning till kategorierna bra/ej bra, där neutralvärdet varken/eller förts till det senare, prövades chi-två-testning av skillnader mellan grupperna. På grund av det lilla antalet observationer kunde alla jämförelser inte testas¹⁶. Tre jämförelser kunde testas för omvårdnadsinriktade gentemot övriga institutioner. De var varken bättre eller sämre när det gällde utredande, bearbetande eller disciplinerande funktioner. Fem jämförelser kunde göras för institutioner inriktade på psykisk sidoproblematik jämfört med övriga. De var bättre när det gäller socialt disciplinerande funktioner: 79 % vs 42 % skattades som bra ($p < 0,05$). Dessa funktioner handlar till exempel om att förhindra våldsamheter, rymningar samt återfall på institutionen. Däremot fanns ingen skillnad när det gällde utredande, bearbetande, information om verksamheten eller information om problemet. För institutioner inriktade på våldsamma och utagerande missbrukare kunde inga jämförelser testas.

¹⁶ Antalet celler med 5 eller färre översteg 20% i många jämförelser.

Av detta skäl, och för att tillgodogöra sig informationen i hela skalan, gjordes också en signifikansprövning med hjälp av t-test. Som tidigare redovisats måste detta ske under antagandet att kategorierna kan viktas med sina numeriska värden¹⁷. Samma signifikanta skillnad noterades även här. Däremot inga andra. Det fanns dessutom en viss icke-signifikant tendens ($p=0,06$) att institutioner inriktade på våldsbenägna och utagerande patienter har skattats högre för motivationsarbete.

I stort kan man ändå konstatera att socialtjänsten ännu inte upplevt att SiS differentiering medfört några reella skillnader i verksamhetsinriktning mellan de olika institutionerna. Åtminstone inte när institutionerna jämförs gruppvis. Institutioner som är inriktade på omvårdnad är exempelvis inte klart bättre på omhändertagande. Institutioner inriktade på psykisk sidoproblematik utmärker sig inte i utredande eller bearbetande verksamhet och institutioner inriktade på våldsbenägna är inte bättre på social disciplinering, om man ska tro socialsekreterarnas bedömning.

¹⁷ och att skalan är ekvidistant.

5. Socialsekreterarnas bedömning av funktionell kvalitet

Socialsekreterarna ombads att skatta SiS-institutionernas funktionella kvalitet, dvs. hur de värderar sättet tjänsterna har utförts på. Man kan också säga att det handlar om processen under vilken tjänsterna utförts. De har använt samma skala som vid skattningen av den tekniska kvaliteten. Även här gäller det skattning av institutionen i stort, dvs. ej endast handläggningen av den aktuella placeringen. Rangordning har som tidigare gjorts under antagande att kategorierna kan viktas efter sina numeriska värden.

Tabell nr 11: Rangordning av socialsekreterarnas skattning av institutionernas funktionella kvalitet. *Procentuell fördelning av svar.*

Generella funktionella kvaliteter	n	Rang	Mycket bra	Bra	Varken /eller	Dålig	Mycket dålig
vikt			4	3	2	1	0
Tillgänglighet, möjlighet att nå rätt person inom rimlig tid	46	1	48	48	4		
Institutionens serviceanda	46	2	54	33	13		
Kontakt från institution till socialtjänst	43	3	42	51	7		
Kontakt från socialtjänst till institution	46	4	37	54	7	2	
Kontakt med centrala placeringsenheten	40	5	38	43	20		
Hänsyn till enskilda patienters individuella behov	45	6	31	47	20	2	
Flexibilitet i vården för den enskilde	45	7	28	47	24	2	
Sakkunskap/professionalitet i behandling	44	8	21	57	18	5	
Sakkunskap/professionalitet utredning	40	9	28	38	28	8	

Sakkunskap/professionalitet skattas lägst såväl när det gäller utredning som behandling. Även flexibilitet i vården av den enskilde skattas relativt sett lågt, medan kontakt, serviceanda och tillgänglighet skattas högst. Blygsamt nog skattar socialtjänsten sin egen kontakt till institutionen aningen lägre än institutionens kontakt till dem.

Man kan sammanfatta resultatet så att socialsekreterarna tycker att de har lätt för att nå och samarbeta med institutionerna, men att institutionerna möjligen är för lite professionella och för lite har förmågan att flexibelt individualisera vården efter den enskildes behov. Dessa faktorer hänger nära samman. En hög grad av professionalism uttrycks bl.a. i förmågan att utforma och anpassa behandlingen utifrån patientens behov, snarare än att erbjuda samma program till alla oavsett behov.

Inga skillnader har noterats i institutionernas funktionella kvalitet för olika grupper av institutioner.

6. Kritiska händelser

Socialsekreterarna tillfrågades i enkäten om det hade inträffat någon kritisk händelse under vårdtiden, ”d.v.s. en händelse som gick utanför det vanliga och där normala rutiner inte alltid varit tillräckliga”. Totalt 16 enkäter (33 %) redovisade att en eller flera sådana hade inträffat. Femton av dessa skattade hur de bedömde att händelsen i ett efterförlopp hade hanterats från institutionens sida.

Skattningarna framgår av tabell nr 10.

Tabell nr 10: Socialsekreterarnas bedömning av institutionernas hantering av kritiska händelser.

	Antal	Andel
Mycket dåligt	1	6,7
Dåligt	2	13,3
Varken/eller	2	13,3
Bra	6	40,0
Mycket bra	4	26,7

Två tredjedelar, 10 av de 15 som upplevt kritisk händelse, är alltså, så här i efterhand, nöjda med hur den kritiska händelsen har hanterats.

Händelserna har beskrivits i svaren på den öppna frågan. I flera fall har socialsekreterarna dessutom intervjuats kort om den kritiska händelsen per telefon. Såväl enkätsvar som intervjusvar redovisas nedan. Siffrorna refererar till placeringens löpnummer i urvalspopulationen, bokstäverna s respektive t syftar på skriftligt enkätsvar respektive telefonintervju. I de fall då enskild institution nämnts har detta ersatts med ”behandlingshemmet” och liknande.

6.1 Psykiatrisk problematik

Fem av enkäterna redovisar kritiska händelser som hänger samman med psykiatriska problem eller behandling av psykiatriska problem. Tre av dessa är fall där socialsekreteraren är nöjd med hur institutionen hanterat problemet, bl.a. genom samarbete med psykiatri.

19s: (omhändertagande enligt) LPT

19t: Behandlingshemmet klarade av detta utmärkt. Han var hotfull mot medpatienter och psykotisk. Vi på soc blev informerade. Situationen hanterades professionellt. Patienten var tidigare okänd för oss (§13-fall). Pat ville inte ha kontakt med oss. Allt måste skötas genom behandlingshemmet, som skötte det mycket bra. Man lyckades begränsa hans möjlighet att skada sig själv och andra.

33s: Klienten lider troligen av Korsakows syndrom. Tveksamt om behandlingsbar. Rymt från sjukhus och sedan 2 ggr från §27-placering på vårdhem. Klienten §27-placerad på vårdhem då behandlingshemmet inte kunde tillgodose hennes behov av tillsyn och skötsel. Behövde mycket hjälp med ADL. Mkt bra skött.

77s: Efter 3 månaders vårdtid blev klienten psykotisk, överfördes därför till sluten avdelning inom psykiatri. Klienten kvarstannade inom psykiatri till LVM-tidens slut. Sköttes bra.

I två fall är socialsekreterarna missnöjda. I båda dessa fall anser socialtjänsten att konsulterande psykiatern har en perifer situation i förhållande till den reguljära behandlingspersonalen. Detta skapar dels ett utrymme för patienter att spela ut och söka avledning från behandlingen, dels en bristande överensstämmelse mellan psykiatriska och andra behandlingsinsatser. Båda fallen illustrerar dessutom bristande kommunikation, dels inom behandlingsenheten, dels till remittenten.

117s: Klienten mår mycket dåligt enligt henne själv. Utan att kontaktpersonen var med planerades att NN skulle till sjukhus för att komma ifrån behandlingshemmet. NN hade uppgett att hon skulle göra sig illa om hon var tvungen att stanna på behandlingshemmet. Hade kontaktpersonen varit med i samtalet hade han kunnat se att detta bara var ett sätt för NN att ännu en gång komma bort från behandlingen och smita undan.

117t: Patienten var svår att hantera. Hon är både psykotiskt paranoid och depressiv. Hade tidigare haft en §27-placering på frivillig-institution, men stuckit därifrån. Kontaktpersonen som känner henne väl jobbade inte den aktuella kvällen. Vi på socialtjänsten visste inte att det finns LVM-hem för dubbla diagnoser. Vi borde veta mer om de olika LVM-hemmens specialisering. Hade önskat bättre kontakt mellan personalen på behandlingshemmet för att de skulle vara förberedda på situationen. Läkaren har alltför sporadisk kontakt med patienterna, så de har svårt att göra de viktiga bedömningarna i akuta situationer. De träffar patienten c:a en gång per månad.

157s: Läkaren ordinerade medicinering som utgjorde direkt hinder för den fortsatta planeringen vad gäller placering – utan att ta kontakt med remittenten för diskussion kring för/nackdelar av medicinsk planering osv. Vårdplaneringen stördes utan diskussion.

157t: Det sattes in antidepressiv medicinering redan under avgiftningen och den planerade frivillig-institutionen accepterar inte detta. Verkan av sådan medicinering inträder först efter flera veckor. Läkaren reste bort, vilket förhållade bedömningen ännu längre. Ingen diskussion fördes med socialtjänsten i detta. Dålig kommunikation från institutionens sida. Hade önskat tätare kontakt, bollande med information. Syftet med placeringen klargjordes aldrig för läkaren.

6.2 Somatisk problematik

Tre händelser handlar om patienternas somatiska tillstånd. I två av dessa är socialtjänsten nöjda med hanteringen och samarbetet med sjukvården.

65s: Vid framkomsten till behandlingshemmet började klienten att krampa. Personal från behandlingshemmet följde med klienten till sjukhus för undersökning och medicinering. Mycket bra skött.

83s: Klienten bröt benet under vårdtiden, vilket hämmade vården till viss del. Blev mer en rekreationsvistelse, vilket i och för sig inte var negativt. Bra skött.

I ett fall är socialsekreteraren missnöjd. I detta fall har inte befintliga sjukavdelningar inom SiS-institutioner använts och socialtjänsten har varken av centrala placeringsenheten eller institutionen informerats om att sådana resurser finns. Det framgår inte heller av SiS institutionsfoldrar. Institutionen har inte heller erbjudit vak inom sjukvården för att hindra eventuell avvikning vilket förekommit på en del andra behandlingsinstitutioner. Det framkommer att socialsekreteraren kände sig övergiven när det gällde att hantera den besvärliga situationen.

37s: Samma dag som akut LVM-beslut togs var min klient i fysiskt dålig kondition. Därför kunde inte behandlingshemmet ta emot henne akut då de inte hade sjukvårdspersonal. Klienten vägrade inskrivning på avgiftningsavdelning och häktet ville ej ta emot p.g.a. hennes fysiska tillstånd. Om en patient som är LVM-omhändertagen kan säga nej till avgiftning på sjukhus och det inte finns lagrum för tvingande behandling, måste LVM-hem finnas med sjukvårdskunnig personal.

37t: Det var aldrig tal om annat behandlingshem än detta. Tror ej att placeringsenheten direkt tillfrågades om annat alternativ. Känner det som en lucka i lagen att hon kan vägra avgiftning inom sjukvården. Efter sju timmar gick hon dock med på att läggas in på avgiftningen. Det hade varit bra om personal från LVM-hemmet kunde ha vaktat på avgiftningen eftersom sjukvården inte får kvarhålla. Kanske kunde behandlingshemmet ha ställt upp med vak eller hänvisat till annan LVM-institution som kunde klara avgiftningen.

6.3 Motivationella problem – förnekande, behandlingsvägran och rymningar

Åtta av händelserna handlar om omotiverade patienter som är svåra att påverka, som vägrar delta, som rymmer från institutionen (LVM-patienter), eller som oplanerat lämnar institutionen (frivilliga). Resultatet har inte alltid blivit så bra men i fyra fall framkommer att socialsekreteraren ändå är nöjd med institutionens insatser. Man har gjort det bästa i en svår situation. I ett par fall tycker socialsekreteraren att det varken var bra eller dåligt, eller har svårt att bedöma vilket.

47 s: Allmänna mottagandet vid inskrivningen var bra. Eftersom NN ej var särskilt motive-
rad att lämna drogkulturen är det svårt att veta vad hon verkligen hade kunnat erbjudas.
Förberedelserna för utskrivningen blev så bra som förutsättningarna möjliggjorde.

48s: Klienten har före och under hela vårdtiden totalt förnekat sitt missbruk. Försök gjordes
bl.a. vid ett tillfälle då socialtjänsten var på besök att motivera klienten till att ta emot den
behandling behandlingshemmet erbjuder. Undertecknad bedömer att klientens svåra förne-
kande inte hade brutits trots allt som gjordes på behandlingshemmet avseende motivations-
arbete (extremt svårbehandlad klient).

48t: Jag kan inte tänka mig någon institution som skulle klara detta. Kan mycket väl tänka
mig att använda behandlingshemmet igen.

54s:Vårdtagaren rymde från behandlingshemmet. Han var omotiverad och omöjlig att mo-
tivera. Fortsatt LVM-vård förlades till hemmet. (bra skött)

54t: Personalen jobbade frenetiskt. Försökte verkligen. Pat rymde 3–4 ggr, bröt sig bl.a. ut
genom fönster. Han var missnöjd med att inte ha så mycket att syssla med. Det berodde
dock i sin tur på rymningarna som ledde till att han gång på gång på nytt placerades på
motivationsavdelningen. Han klarade inte att vara på öppna avdelningen där han skulle fått
mer att göra. Personalen besökte honom i hemmet efter §27-placering i hemmet. Han
skötte sig bättre då än tidigare utan LVM, men hade en del återfall. Dock ej så grava djup-
dykningar. Vid första rymningen missade de i information, men sedan gick det bra.

162s: Klienten avvek tre gånger. Behandlingshemmet tog stort ansvar och lät honom vara
kvar ändå tills jag informerades (frivillig patient).

50s:Klienten avviken flera gånger under en LVM-period. (varken bra eller dåligt)

124s: Klienten var inne för tio dagars frivillig avgiftning och skulle därefter till ett inackor-
deringsboende. Klienten skrev ut sig en dag för tidigt, vilket omkullkastade planeringen för
socialtjänsten och inackorderingspersonalen. Varken bra eller dåligt skött från personalens
sida.

124t: Han ställde dem inför faktum. De var inte förberedda på det. Jag vet inte om de kan
lastas. Möjligen hade ett mer kraftfullt agerande kunnat hjälpa till att få honom att vända.
De tog kontakt med soc. Har ingen egentlig anmärkning mot institutionen. Vår inställning
till institutionen har inte påverkats av det skedda.

I ett fall vill socialsekreteraren meddela en allmänt skeptisk inställning till motivations-
arbetet på SiS-institutioner trots att aktuellt ärende tydligen förlöpt väl.

170s: Vill meddela att min klient övergick till frivillig behandling i en månad. Är medveten
om att tiden är knapp för motivationsarbete. Önskar dock att man vid statens institutioner
överhuvudtaget försöker motivera för vård i annan form eller vård överhuvudtaget. Har då-
liga erfarenheter från flera olika institutioner för vuxna.

Ett fall illustrerar att det inträffar dramatiska händelser runt patienterna som måste hanteras akut. Socialtjänsten kan känna brist på information hur dessa hanteras.

53s: Han missbrukade under vårdtiden. Placerades på avgiftning. Efter fyra dagar kontaktade socialtjänsten behandlingshemmet och fick då veta att patienten avvikit. I samband med ovanstående inträffade en incident som borde ha polisanmälts. Är detta gjort? Socialtjänsten fick ej information i samband med händelsen.

53t: Det handlade om att en patient hotat en annan. Institutionen tycks ha ansett att det inte behövde anmälas, men det hade tydligen ändå föranlett en omplacering inom institutionen.

6.4 Handläggning

Tre fall gäller övriga handläggningsfrågor. I två av dessa är socialsekreteraren visserligen undrande, men i efterhand i stort nöjd. Ett fall gäller beslut att låta patient resa ensam, ett fall gäller situationen i samband med personalomflyttningar p.g.a. en annan institutions nedläggning.

58s: Att klienten efter mycket kort avgiftning enl LVM tillåts resa ensam till en rättegång för att vittna, 2–3 dagar före rättegångens början.

78s: Bra kontaktperson trots stor turbulens på behandlingshemmet.

I ett fall är socialtjänsten mycket missnöjd och anser att SiS lastar sina ekonomiska problem på socialtjänsten.

157s. Det kom in narkotika bland medpatienter på LVM-hemmet och klienten begärde att få bli förflyttad. Kostnaden för detta ålades hemkommunen, vilket jag tycker är något som SiS kan ha betalat. Att plats endast kunde erhållas 50 mil från hemkommunen, trots att det finns LVM-hem i närheten, borde inte belasta socialtjänsten. Dåligt.

157t. Institutionens föreståndare ringde och berättade att NN ville därifrån. Sedan skickade de faktura till socialtjänsten. Det var OK att han flyttades, men inte att detta debiterades socialtjänsten.

7. Sammanfattning och diskussion

Denna kvalitetsmätning har genomförts som en explorativ pilotstudie. Avsikten har varit att pröva om man kan mäta tjänstekvalitet inom LVM-vårdens institutioner ur socialtjänstens perspektiv på ett relativt enkelt men ändå meningsfullt sätt. Mer specifikt syftade den dels till att ge relativa mått på socialtjänstens förväntansnivå, kundtillfredsställelse och upplevd tillfredsställelse av konkreta patienters vårdbehov, dels till att få socialtjänstens skattningar av teknisk resp. funktionell kvalitet, dels slutligen till att undersöka speciella problemsituationer eller kritiska händelser vid vårdens utövande eller handläggning.

Allmänt kan sägas att pilotstudien givit positiva resultat i den meningen att det har gått att mäta tjänstekvaliteten meningsfullt. De frågor som konstruerats vad gäller behov, förväntan och upplevelse av meddelad vård, samt vad gäller teknisk och funktionell kvalitet har givit tolkningsbara resultat som kan upprepas i flera mätningar. Inventering av kritiska händelser har givit flera konkreta synpunkter som kan föranleda åtgärder. Postenkät till slumpat urval av remitterande socialsekreterare gav acceptabel svarsfrekvens (82 %). Möjligen kan instruktionerna något förbättras för att underlätta ifyllandet och slippa kompletteringar via telefon. Datainsamlingen har dock gått relativt snabbt. Tiden från första utskick till dess att datainsamlingen avslutades, inklusive påminnelsebrev och telefonuppföljning, har omfattat två månader. Reell arbetstid har varit betydligt kortare. Urvalet och svarsgruppen är båda, så långt det varit möjligt att bedöma, representativa för populationen.

De resultat som redovisas bör diskuteras utifrån förutsättningen att det rör sig om en pilotstudie genomförd vid ett enda tillfälle och under en mycket begränsad period. Denna tid, våren 1997, inträffade t.ex. efter en period av stora nedskärningar inom LVM-vården, och med nya nedskärningar aktuella på en del institutioner. Det är därför möjligt att resultaten skulle vara något annorlunda om studien gjorts när sådana inte varit aktuella. Å andra sidan har sådana nedskärningar och omorganisationer nu präglat LVM-vården under flera år. Man kan möjligen därför säga att det, dessvärre, blivit normalt. Hur som helst bör fler mätningar göras för att kontrollera stabiliteten i resultaten och för att få resultat som kan ges en vidare generalisering.

7.1 Behov, förväntan och genomförd vård

De patientbehov som skattats högst av socialsekreterarna är i överensstämmelse med lagstiftningens intentioner *att bryta ett akut missbruk, att patienten ska hålla sig nykter under vårdtiden och motiveras till fortsatt vård*. Därutöver har många andra behov noterats, vilka har hög grad av instämmande i enskilda fall, men som ej gäller samtliga placeringar (i rangordning): *fysiskt tillfrisknande, insikt om beroende, genomgripande behandling, psykisk bearbetning, vårdplan, bearbetning av relationer, allsidig utredning, social träning och motivera till självhjälpsgrupp*.

Socialsekreterarnas förväntningar följer i stort samma rangordning som skattningen av behoven, men på något lägre nivå. Socialsekreterarnas bedömning av genomförd vård visar att vården främst åstadkommit *att bryta ett akut missbruk, att patienten kunnat tillfriskna fysiskt samt hållit sig nykter under vårdtiden*, dvs. i hög grad samma som de högst värderade behoven.

Lägst förväntansnivå i förhållande till behoven noterades för *genomgripande behandling samt bearbeta psykiska problem och relationer*. På dessa områden har alltså inte socialtjänsten fullt ut samma förväntan på att SiS institutioner ska svara mot behoven.

7.2 Akuta respektive långsiktigt syftande uppgifter

Den allmänna förväntansnivån är hög. Det betyder att socialtjänsten förväntar sig att SiS institutioner i hög utsträckning ska kunna svara mot de behov som den enskilde kan ha. Man kan tolka detta som att kraven ställs högt, men också att institutionernas allmänna "image" är god. Såväl kundtillfredsställelsen (hur genomförd behandling svarat mot förväntan) som behovstillfredsställelse (hur genomförd behandling svarat mot behov) får också relativt hög skattning, men här är spridningen större. Vissa behov har tillfredsställts bättre än andra. Behovstillfredsställelsen är det mest kritiska måttet.

- De allra flesta, nio av tio, bedömer att insatserna svarar mot behoven när det gäller funktioner som hänger samman med akuta och livräddande områden: fysiskt tillfrisknande och brytande av akut missbruk. Åtta av tio anser också att verksamheten har kunnat hjälpa deras klient att hålla sig nykter under vårdtiden. Det senare bör noteras som positivt, särskilt med tanke på svårigheterna att hålla människor drogfria t.o.m. i slutna fängelser.
- När det gäller kortsiktiga behov som hänger samman med målet att motivera till fortsatt frivilligvård, anser knappt sex av tio att deras klient fått insikt om sitt beroendetillstånd och mellan sex och sju av tio att institutionen lyckats

motivera till fortsatt vård, gjort utredning och medverkat till vårdplan.

- När det gäller långsiktigt inriktade verksamheter är bilden mer splittrad. När det gäller social träning och att motivera till deltagande i självhjälsgrupp anser de flesta, nio av tio, att behoven tillfredsställs. I båda dessa fall tycks många socialsekreterare dock inte bedöma dessa båda behov som lika stora. Sex av tio anser att problem med relationer har hanterats och endast fem av tio anser att missbrukaren fått en genomgripande behandling och hjälp att bearbeta sina psykiska problem.

Man kan uttrycka det så att institutionerna klarar de akuta uppgifterna väl, men mindre väl de funktioner som kan förväntas ge mer långsiktiga resultat. Vi kan också konstatera att vårdkvaliteten (såväl tillfredsställelse av förväntningar som av behov) varit densamma då vården av män jämförts med vården av kvinnor, och då vården av frivilliga jämförts med vården av tvångsomhändertagna.

7.3 Utredningskompetens och differentierad vård

Socialsekreterarnas skattning av institutionernas *generella* tekniska kvalitet, dvs. hur tjänsterna i allmänhet är ”i slutändan”, visar att de omhändertagande och akuta insatserna värderas högst. Därefter kommer motivationsarbete och beställarfunktion inför §27-placering. Institutionernas bearbetande insatser värderas i allmänhet inte lika högt. Anmärkningsvärt är att de utredande aktiviteterna också värderas mycket lågt, trots att dessa borde föregå vårdplan och bedömning av fortsatt behandling i frivilliga former. Vi kan alltså se samma mönster när den generella kompetensen skattas som när de individuella ärendena bedömdes, men här betonas ännu mer bristen när det gäller utredningar. Att kvaliteten på utredningarna skattades lägre i den generella bedömningen än i det specifika ärendet skulle kunna bero på att socialtjänsten fått lösa utredningsproblemen på andra sätt och att behovet därför inte förelegat i samma utsträckning i det konkreta fallet.

SiS differentiering mellan institutioner inriktade på att ta emot patienter med psykisk sidoproblematik, patienter med omvårdnadsbehov respektive våldsbenägna och utagerande patienter har ännu inte avsatt tydliga spår i hur socialtjänsten värderar respektive institutioners kompetens i dessa avseenden. Detta gäller i vart fall vid gruppvis jämförelse.

Skattningen av funktionell kvalitet (sättet tjänsterna utförs på) visade att man uppskattar institutionerna för deras serviceanda och tillgänglighet, men i någon mån saknar en mer professionell hållning när det gäller utredning och behandling och flexibel förmåga till anpassning och individualisering utifrån patienter-

nas behov. Med denna mätning kunde inga skillnader i funktionell kvalitet mellan olika grupper av institutioner konstateras.

7.4 Kritiska händelser: Bristande samarbete och problem vid förflyttningar

En tredjedel, dvs. 16 av enkäterna redovisade förekomst av kritiska händelser under vårdtiden. Genomgången visar på några konkreta problem. I två av fallen finns missnöje med förhållandet mellan institution och konsulterande psykiater, vilket skapat bristande överensstämmelse mellan psykiatriska och andra behandlingsinsatser.

I ett fall är socialsekreteraren missnöjd med hanteringen av en patient som behövde somatisk vård på låst avdelning och inte erbjöds några alternativ, varken av centrala placeringsenheten eller av institutionen. Mest missnöjd är den socialsekreterare som fick räkning för en förflyttning som berodde på institutionens egna problem. Två tredjedelar av socialsekreterarna som redovisat en kritisk händelse var dock nöjda med hur händelsen hade hanterats.

7.5 Fortsatt kvalitetsutveckling

Från socialsekreterarnas horisont bedöms således institutionernas verksamhet när det gäller akut omhändertagande och motiverande insatser positivt. Även kritiska händelser har i allmänhet hanterats på ett godtagbart sätt. Man är mindre nöjd när det gäller utredning och behov av mer genomgripande behandling, särskilt bearbetande av psykiska problem. Det kan finnas behov av att se över institutionernas professionella kompetens och deras sakkunskap när det gäller utredning och behandling, samt institutionernas beredvillighet att på ett flexibelt sätt anpassa behandlingen till den enskildes behov. Den differentiering som SiS strävar att upprätthålla (mellan institutioner inriktade på omvårdnad, psykisk sidoproblematik respektive utagerande/våldsamma klienter/patienter) motiverar att institutionerna utvecklar särskild kompetens på respektive områden.

Årliga mätningar av vårdkvaliteten inom tvångsvården kan ge information om tendenser och tjäna som vägledning för fortsatt kvalitetsarbete. Modellen kan eventuellt byggas ut för att ge förutsättningar för jämförelser mellan olika institutioner, men det kräver i så fall c:a 25–30 representativa enkäter per institution. En möjlighet skulle kunna vara att varje år dels göra en generell mätning, ungefär som denna, dels specialstudera ett par institutioner, med eget större urval. Denna typ av mätning kan komplettera kvalitetsstudier som görs från andra utgångspunkter, t.ex. patientperspektiv samt objektiva mått på behandlingens genomförande och utfall, vilka fås genom dokumentationssystemen. Ett

sådant arbete ligger väl i linje med Socialtjänstkommitténs förslag till ny socialtjänstlag (SOU 1994:139:69) där kravet på god kvalitet i socialtjänstens insatser fastslås (§1) och där det fastslås att fortlöpande och systematiskt kvalitets-säkringsarbete ska göras (§2).

7.6 Att uppfylla lagens målsättningar

Slutligen kan vi konstatera att kvalitet också bör diskuteras noga utifrån de mål som lagen anger i sin tredje paragraf. Därvid är det viktigt att värdera i förhållande till alla de tre perspektiv som Socialstyrelsen påvisar i sina Råd och Anvisningar.

Denna rapport visar att socialtjänstens företrädare förefaller nöjda när det gäller det akuta målet att bryta en destruktiv utveckling, något mindre nöjda när det gäller det kortsiktiga målet att motivera till fortsatt frivillig vård, och minst nöjda när det gäller att på längre sikt uppnå frihet från missbruk och en förbättrad livsstil i övrigt.

Det kan finnas anledning att se i vilken mån institutionerna kan bli ännu bättre i motivationsarbete t.ex. genom att tillämpa moderna kunskaper och metoder som utvecklats för detta. Bland andra har Prochaska och DiClemente utvecklat en modell för att förstå förändringsprocessen vid beroendetillstånd¹⁸. Barber har utvecklat denna till socialt arbete med missbrukare¹⁹. Miller har utvecklat en mer motivationell intervjuteknik²⁰ och 12-stegsorienterad behandling har visat hur man kan hantera patientens upplevelse av ångest och hopplöshet i riktning mot acceptans och förändringsbenägenhet^{21,22}. En studie, om hur några av dessa metoder kan tillämpas inom LVM-vården publicerades nyligen²³.

Även det långsiktiga målet är ett ansvar för LVM-vården, som ju skall vara en ”*inledning på behandling*” med detta uttalade mål. Denna och ett flertal tidigare studier genom åren har visat att socialtjänsten efterfrågar ett mer behandlingsinriktat arbete inom LVM-vården^{24,25,26,27,28}. Men samtidigt är det ett

¹⁸ Prochaska, J.O, DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47:1102–1114.

¹⁹ Barber, J.G. (1994). *Social work with addictions*. New York University Press.

²⁰ Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 11:147–172.

²¹ Berglund, M. & Rydberg, U. (1993). Minnesota-modellen för behandling av alkoholmissbruk. *Medicinsk Årbog* 1993, 67–75.

²² Gerdner, A. (1995). Viljans tillfrisknande – Om alkoholism och andligt omhändertagande. *Socialt Perspektiv* nr 2:5–20.

²³ Gerdner, A., Furuholm, P-E. & Berglund, M. (1997). Abscondence and duration of treatment of compulsorily committed alcoholics on a locked ward: effects of changes in the treatment programme and the law. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 6:310–316.

²⁴ Franér, P. & Ågren, G. (1987). *LVM 1986 – Tvångsvård administrerad av Stockholms stad*. FoU-byrå, Stockholms socialförvaltning.

ansvar som också åvilar socialtjänsten eftersom vårdplaneringen skall inbegripa ”lämpliga insatser i anslutning till tvångsvården”. Det förefaller därför motive-
rat att SiS inleder en diskussion som tydliggör uppgifterna inom LVM-vården
och samtidigt medverkar till förbättrade samarbetsformer för att utveckla arbe-
tet i syfte att nå de mer långsiktiga målen.

Efterfrågan på ett mer behandlingsinriktat innehåll finns även dokumenterat
från patient/klienthåll. Den första sammanställningen av DOK-projektet visar
bl.a. att 62 % av LVM-intagna under 1996 svarat ja på frågan om de ”önskar
stöd/hjälp vid denna enhet med missbruk”. För det första är det anmärknings-
värt att så stor andel därmed visar tecken på motivation redan vid en intervju
som företagits inom två veckor från LVM-intagning. För det andra bör det ob-
serveras att frågan gäller hjälp *vid denna enhet*. Alltså inte bara hjälp att komma
vidare *till annan* behandlingsenhet. Detta önskemål gäller emellertid inte endast
missbruket. Hälften (48 %) av dem som redovisar psykiska problem, och 43 %
av dem som redovisar relationsproblem säger sig önska hjälp ”vid denna en-
het”²⁹. De internationella erfarenheterna från motivationsarbete vid beroende
talar dessutom för att det är av central betydelse att behandlingen går vidare i
den stund som patienten är mogen för detta. Övergången från en lägre motiva-
tionsgrad till en högre kan ske snabbt, men också gå tillbaka snabbt om inget
händer i den situationen^{30,31}. Från denna utgångspunkt är det angeläget att und-
vika onödiga trösklar som tar lång tid att överbrygga, och som kan väcka ny
ångest eller andra hinder, innan relevant behandling sätts in.

²⁵ Petterson, U (1989). Fyra år med LVM – En uppföljning i fyra kommuner. Socialtjänstprojektet, rapport nr 12, Rapport i Socialt arbete nr 46-1989, Socialhögskolan, Stockholms Universitet.

²⁶ Länsstyrelsen i Malmöhus Län (1991) LVM i praktiken, En uppföljning av tvångsätgärder vid missbruk, Malmöhus läns 1989.

²⁷ Länsstyrelsen i Malmöhus Län (1994). Missbruksvården, Malmöhus län. Malmöhus län i utveckling, rapport 1994:3, Sociala enheten.

²⁸ Länsstyrelsen i Malmöhus Län (1995). Missbruk – Tvångsvård. Tillämpning av LVM andra halvåret 1994. Malmöhus län i utveckling, rapport 1995:31, Sociala enheten.

²⁹ Berg, M.& Jansson, I. (1997) LVM-klienter vid in- och utskrivning 1996. Statens institutionsstyrelse.

³⁰ Prochaska et al. (1992). Ibid.

³¹ Barber (1994). Ibid.

8. Referenser

- Barber, J.G. (1994). *Social work with addictions*. New York University Press.
- Berg, Mia & Jansson, Ingegerd (1997). LVM-klienter vid in- och utskrivning 1996. Statens institutionsstyrelse.
- Berglund, M. & Rydberg, U. (1993). Minnesota-modellen för behandling av alkoholmissbruk. *Medicinsk Årbog* 1993, 67–75.
- Gerdner, A. (1995). Viljans tillfrisknande – Om alkoholism och andligt omhändertagande. *Socialt Perspektiv* nr 2:5–20.
- Gerdner, A., Furuholm, P-E. & Berglund, M. (1997). Abscondence and duration of treatment of compulsorily committed alcoholics on a locked ward: effects of changes in the treatment programme and the law. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 6: 310–316.
- Gilmore, Kathleen; Jones, Donald & Tample, Leslie (1986). *Treatment Benchmarks*. Hazelden Research Services, Center City, Mn.
- Grönros, Christian & Monthelie, Caroline (1988). *Service Management i den offentliga sektorn*. Liber-Hermods.
- Franér, Paul & Ågren, Gunnar (1987). LVM 1986 – Tvångsvård administrerar av Stockholms stad. FoU-byrån, Stocksholms socialförvaltning.
- Länsstyrelsen i Malmöhus Län (1991) LVM i praktiken, En uppföljning av tvångsätgärder vid missbruk, Malmöhus läns 1989.
- Länsstyrelsen i Malmöhus Län (1994). Missbruksvården, Malmöhus län. Malmöhus län i utveckling, rapport 1994:3, Sociala enheten.
- Länsstyrelsen i Malmöhus Län (1995). Missbruk – Tvångsvård. Tillämpning av LVM andra halvåret 1994. Malmöhus län i utveckling, rapport 1995:31, Sociala enheten.
- Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 11:147–172.
- Olsen, Morten JS (1992). Kvalitet i banktjänster. Privatkunders upplevda problem med banktjänster – en studie med hjälp av kritisk händelse-metoden. Centrum för tjänsteforskning, rapport 92:2, Företagsekonomiska institutonen, Stockholms Universitet (Avhandling).
- Oscarsson, Anita, & Gerdner, Arne (1995). Kontakten mellan Rällsögården och socialtjänsten – projekt om en dialog. SiS, Rällsögården, Ljusnarsberg.
- Parasuraman, A. et al. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 4: p. 47.

- Petterson, Ulla (1989). Fyra år med LVM – En uppföljning i fyra kommuner. Socialtjänstprojektet, rapport nr 12, Rapport i Socialt arbete nr 46–1989, Socialhögskolan, Stockholms Universitet.
- Prochaska, J.O, DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47: 1102–1114.
- SPRI-rapport nr 230 (1987). Kvalitetssäkring – Att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet.
- Socialstyrelsen (1995). Att utveckla kvalitet i socialtjänsten. En introduktion. SoS-rapport 1995:19.
- Socialstyrelsen (1997). Tillämpning av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Allmänna råd, Socialstyrelsens författningssamling. SOSFS 1997:6
- Tengvald, Karin & Andréasson, Sven (1996) Perspektiv på uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. I antologin: Berglund, Mats et al. (red) Dokumentation inom missbrukarvården – Behandlingsarbete, metodutveckling, utvärdering. Centrum för utveckling av socialt arbete (CUS) och Liber.

Enkät till socialtjänsten efter utskrivning från SiS-institution

Till socialsekreterare

Kommundelsnämnd/socialdistrikt

Kommun

Vid Statens Institutionsstyrelse (SiS) pågår olika insatser för att utvärdera kvalitet i omhändertagande, vård och behandling. FoU-enheten kommer följa upp missbrukarvårdens institutioner. En viktig del i detta är socialtjänstens perspektiv. Du är socialsekreterare för en klient/patient som nyligen skrivits ut från vård på

Institutionens namn

Vi ber Dig att få ta c:a 10 minuter av Din tid i anspråk för att besvara några frågor och sända in svaret i bifogade portofria kuvert redan denna vecka. I slutet av enkäten ber vi Dig ange om någon kritisk händelse inträffat under perioden och beskriva den i korta ordalag. Avsikten är att använda erfarenheten av sådana kritiska händelser för att förbättra våra rutiner. Vi ber dig också ange namn och telefon-nummer för att ev. kunna komplettera bilden per telefon.

Tack för Din medverkan!

Arne Gerdner

Forskn.ass.
019-157080

Vera Segreaus

FoU-chef

Kristin Bjurner

Forskn.ass.
08-4534038

TILLBAKABLICK PÅ BEHANDLINGSTIDEN

Olika klienter/patienter har olika behov och man kan ha olika förväntningar i samband med institutions-placeringar. Vi ber Dig nu tänka tillbaka på situationen då placeringen gjordes och ange i vilken utsträckning Du instämmer med ett antal påståenden. Påståendena handlar först om *behov*, därefter om *förväntningar* på behandlingen, slutligen om *upplevelser* av hur behandlingstiden för klienten/patienten (NN) fungerade.

För varje påstående i fråga 1-3 ber vi Dig använda följande skattningsskala:

0=Instämmer **inte alls** 1=Instämmer i **stort sett inte** 2=Instämmer **delvis**
3=Instämmer i **stort sett** 4=Instämmer **helt**.

Tag ställning till varje påstående!

1. BEHOV

I samband med att NN placerades på institutionen *bedömde* jag ;

- att NN behövde hjälp att bryta ett akut destruktivt missbruk
- att NN behövde hålla sig nykter och drogfri under vårdtiden
- att NN behövde en genomgripande behandling som kan skapa förutsättningar för ett nyktert liv
- att det behövdes en allsidig utredning om NN's missbruk, sociala situation, psykiska och fysiska hälsotillstånd till grund för framtida vårdplanering
- att en långsiktig vårdplan behövde utarbetas av institutionen, NN och socialtjänsten tillsammans
- att NN behövde motiveras till fortsatt vård i frivilliga former
- att NN behövde motiveras till deltagande i självhjälpgrupp
- att NN behövde få insikt om sitt missbruk/beroende
- att NN behövde få hjälp att bearbeta/hantera känslomässiga/psykiska problem
- att NN behövde få hjälp att bearbeta/hantera relationer
- att NN behövde få social träning
- att NN behövde få hjälp att tillfriskna fysiskt

2. FÖRVÄNTNINGAR

I samband med att NN placerades på institutionen *förväntade* jag mig;

- att NN skulle få hjälp att bryta ett akut destruktivt missbruk
- att NN skulle hålla sig nykter och drogfri under vårdtiden
- att en genomgripande behandling som kunde ge NN förutsättningar för ett nyktert liv
- att vi skulle få en allsidig utredning om NN's missbruk, sociala situation, psykiska och fysiska hälsotillstånd till grund för framtida vårdplanering
- att en långsiktig vårdplan som skulle utarbetas av institutionen, NN och socialtjänsten tillsammans
- att NN skulle motiveras till fortsatt vård i frivilliga former
- att NN skulle motiveras till deltagande i självhjälpgrupp
- att NN skulle få insikt om sitt missbruk/beroende
- att NN skulle få hjälp att bearbeta/hantera känslomässiga/psykiska problem
- att NN skulle få hjälp att bearbeta/hantera relationer
- att NN skulle få social träning
- att NN skulle få hjälp att tillfriskna fysiskt

3. UPPELVELSER

(Om behovet i fråga *ej* *alls* förelåg kan Du, utöver skattningsskalan, använda N=Ej relevant)

Nu, då jag ser tillbaka på behandlingen, *upplever* jag;

- att NN har fått hjälp att bryta ett akut destruktivt missbruk
- att NN har hållit sig nykter och drogfri under vårdtiden
- att NN har fått en genomgripande behandling som kan skapa förutsättningar för ett nyktert liv
- att vi har fått en allsidig utredning om NN's missbruk, sociala situation, psykiska och fysiska hälsotillstånd till grund för framtida vårdplanering
- att en långsiktig vårdplan har utarbetats av institutionen, NN och socialtjänsten tillsammans
- att NN har motiverats till fortsatt vård i frivilliga former
- att NN har motiverats till deltagande i självhjälsgrupp
- att NN har fått insikt om sitt missbruk/beroende
- att NN har fått hjälp att bearbeta/hantera känslomässiga/psykiska problem
- att NN har fått hjälp att bearbeta/hantera relationer
- att NN har fått social träning
- att NN har fått hjälp att tillfriskna fysiskt

ALLMÄN KVALITET

För frågorna 4-6 ber vi dig använda följande skattningsskala:

0=Mycket dåligt 1=Dåligt 2=Varken/eller 3=Bra 4=Mycket bra

4. Hur bedömer Du i stort kvaliteten på LVM-hemmets tjänster när det gäller;

- Omhändertagande aktivitet, såsom kost, logi, trygghetsskapande och allmän service
- Utredande aktivitet, såsom diagnostik och behandlingsplanering
- Akuta behandlande aktiviteter, såsom tillnyktring, avgiftning
- Motivationsarbete
- Bearbetande behandlingsinsatser vad gäller missbruk/beroende och relaterade problem
- Socialt disciplinerande och kontrollerande funktion, såsom kvarhållning, förhindrande av missbruk, våld och hot
- Beställarfunktion, t.ex. service vad gäller § 27-placering på frivillig-institution, vidare remittering, arrangerande av eftervårdsinsatser
- Information om verksamheten
- Information om problemområdet

KONTAKT OCH BEMÖTANDE

5. Hur anser Du i stort att kontakten fungerat;

med SiS centrala placeringsenhet i Stockholm i samband med placeringen?

med socialtjänsten under vårdtiden *från institutionens sida* ?

med institutionen under vårdtiden *från socialtjänstens sida* ?

6. Kan Du bedöma hur Du i stort upplevt kontakterna med institutionen när det gäller

Tillgänglighet, möjlighet att nå rätt person på institutionen inom rimlig tid

Service-anda

Sak-kunskap/professionalitet vad gäller utredning

Sak-kunskap/professionalitet vad gäller vård och behandling

Flexibilitet i vården för den enskilde

Hänsyn till enskilda patienters/klienters individuella behov

KRITISKA HÄNDELSER

7. Har det inträffat någon kritisk händelse under vårdtiden, d.v.s. en händelse som gick utanför det vanliga och där normala rutiner inte alltid varit tillräckliga ?

1= **Ja** 2= **Nej**

8. Kan Du beskriva händelsen i korta ordalag:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Hur bedömer Du att händelsen i ett efterförlopp har hanterats från institutionens sida?

1=**Mycket dåligt** 2=**Dåligt** 3=**Varken/eller** 4=**Bra** 5=**Mycket bra**

Enkäten besvarad av (var vänlig TEXTA):

Namn:.....

Socialsekreterare vid:.....

Telefon-nr tjänstetid:...../.....

Påminnelsebrev: Enkät till socialtjänsten efter utskrivning från SiS- institution

Till socialsekreterare

Kommundelsnämnd/socialdistrikt

Kommun

Den 25 mars sände vi en kort enkät till Dig angående kvalitetsmätning av verksamheten vid SiS' institutioner. Den placering som Du medverkat till ingår nämligen i ett slumpmässigt urval. Det är ytterst viktigt att vi får in kompletta svar från alla i urvalet för att vi ska kunna dra några slutsatser av undersökningen. Vi ber Dig därför enträget att ta de 10 minuter i anspråk som krävs för att besvara enkäten. För den händelse tidigare utsända enkät har förkommit sänder vi med ett nytt exemplar av enkäten. Vi ber Dig också kontrollera att alla frågorna har besvarats med siffervärden enligt anvisningarna.

Tack för Din medverkan!

Arne Gerdner
Forskn.ass.
019-157080

Kristin Bjurner
Forskn.ass.
08-4534038

Intervjumall angående kritiska händelser - uppföljningsintervju per telefon .

Intervjun är semistrukturerad. Frågorna kan formuleras om efter hand så att de passar i samtalet. Det är ofta lämpligt att använda egna följdfrågor för att klargöra och följa upp.

1. I enkäten har Du angett att det inträffade en kritisk händelse i samband med vårdtiden på LVM-institutionen. Jag undrar om jag kan **få ställa några kompletterande frågor** angående denna?
2. Kan Du berätta **vad det var som hände** och vad Du uppfattar som **det mest problematiska** i situationen?
(Försök bli ta reda på om det var **situationen i sig** som var ovanlig eller om det var **hanterandet av den** som var annorlunda. Vilka **konsekvenser** blev det/kunde ha blivit för klienten, socialsekreteraren, andra inblandade)
3. **Hur hanterades situationen** av de inblandade, inklusive personal och företrädare från LVM-institutionen? (Ev. namn på nyckelpersoner på institutionen för att kunna fråga dem.)
4. Hur har det gått sedan? Har situationen **följts upp**?
5. Vad är din inställning till resultatet? Finns det **mer som borde följas upp**?
6. Hur har Din **allmänna inställning** till institutionen/SiS påverkats av det inträffade?
9. Är detta något som Du tror påverkat **andras inställning**, t.ex. andra inblandade eller dina kollegor?
10. Är det något Du anser **borde göras för att förekomma** sådana situationer?
(Handlägningsrutiner etc)