



Stockholms
stad

Vuxna i missbruk - tillämpningen av LVM

Enheten för hemlösa, Farsta,
Hässelby-Vällingby, Södermalm
stadsdelsförvaltningar

Socialtjänstinspektörernas kvalitetsgranskning
Januari 2018

stockholm.se

Vuxna i missbruk - tillämpningen av LVM
Januari 2018

Dnr: 3.4.1-262/2018

Utgivare: Socialförvaltningen, Avdelningen för stadsövergripande sociala frågor

Kontaktperson: Anna Forsström och Carolina Morales

Sammanfattning

Granskningen avser missbrukshandläggning med fokus på tillämpningen av Lagen om Vård av Missbrukare i vissa fall (LVM) och omfattar stadsdelsförvaltningarna Farsta, Hässelby-Vällingby, Södermalm samt Enheten för hemlösa. De sammanfattande synpunkterna redovisas nedan utifrån de kvalitetsområden som ingår i Socialstyrelsens definition av god kvalitet¹.

Trygghet och säkerhet

Inga avgörande skillnader mellan enheterna framkom i hur och när tvångslagstiftningen användes i enskilda ärenden, vilket utifrån ett likställighetsperspektiv är positivt.

Vid varje granskad enhet återfanns 2-3 ärenden av 15 totalt, där socialtjänstinspektörerna gjorde en annan bedömning än verksamheten i frågan om LVM var tillämpligt eller ej. Både med hänsyn till rättssäkerhet och till den enskildes rätt till skydd finns skäl att överväga om ribban för att inleda utredning är för högt satt. Jämnt fördelat vid alla enheter återfanns också några ärenden där LVM-utredning avslutades med hänvisning till att den enskilde samtyckte till frivillig vård där biståndet dock inte matchade vad som framkommit om vårdbehovet.

I utredningarna var brukarens hälsa väl beskriven medan övriga rekvisiten i LVM inte var lika väl uppmärksammade, framför allt det sociala rekvisitet som generellt tolkades på ett snävt sätt.

Självbestämmande och integritet

Dokumentationen visade tydligt att socialtjänsten lade stor kraft på att motivera den enskilde till att ta emot hjälp vilket visar på ett gott socialt arbete. Dock finns anledning att betona att behovet av tvångsvård slutligen måste avgöras utifrån socialtjänstens helhetsbedömning. Klientens inställning är en central del av den bedömningen men utifrån lagstiftningens syfte kan det inte vara ensamt avgörande. Resonemang om samtyckets tillförlitlighet och hållbarhet över tid saknades i 75 % av ärenden. Även om den enskilde uttryckte *vilja* till vård framkom det i många fall att *förmågan* att tillgodogöra sig vård på frivillig väg borde ha uppfattas som oerhört skör. I en stor del av ärendena blev den frivilligt planerade vården inte av eller avbröts efter en kortare tid.

¹ <http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardochomsorgsocialtjansten>

Helhetssyn och samordning

Det framkom i såväl dokumentationen som i intervjuerna omfattande utmaningar gällande samverkan med psykiatrin. Ledning och personal beskrev stora svårigheter att få psykiatrisk vård tillgänglig för den enskilde med missbruksproblem. SIP² förekom endast i något enstaka ärende trots att merparten av brukarna i de granskade ärendena hade omfattande vårdkontakter med anledning av svår samsjuklighet. Många ärenden präglades vidare av en brist på helhetssyn. Det blir tydligt att samhällssystemets strukturella brister får hanteras på handläggarnivå och att brukaren därför riskerar falla mellan stolarna.

Tillgänglighet

Vid flera enheter är målgruppen prioriterad på så sätt att utvecklingsarbete pågår eller att nya funktioner för att möta målgruppens specifika behov tas fram, till exempel i form av LVM-lots eller samsjuklighetshandläggare. Med tanke på de komplexa behov och den utsatthet som präglar ärendena är det mycket positivt att satsningar och anpassningar görs för att komma in så tidigt som möjligt. I merparten av ärendena genomfördes utredningarna inom några veckors tid och den enskilde fick insatser relativt snabbt.

Vid några enheter fördes resonemang kring hur verksamheten kan göras mer tillgänglig utifrån brukarnas förutsättningar vilket socialtjänstinspektörerna uppfattar som mycket positivt. En stor grupp av brukarna lever med sociala, psykiatriska och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. För att göra verksamheten tillgänglig för denna målgrupp krävs att socialtjänsten aktivt erbjuder kravanpassning, flexibilitet och övriga hänsyn till de utmaningar som funktionsnedsättningarna medför.

Kunskapsbaserad verksamhet och Effektivitet

Eftersom merparten av LVM-utredningar utmynnade i en frivillig planering men ASI³ ofta saknades finns det anledning att följa upp att ASI systematiskt används i utredningsarbetet. Mer fokus på strukturerad uppföljning och användande av SMARTA⁴ mål kan vidare bidra till att insatsernas genomförande och utfall blir tydligare. Det förekom också att planering för utsluss och eftervård var otydlig, vilket innebär att de eventuella resultat behandlingen uppnår riskeras.

² Samordnad Individuell Plan

³ Addiction Severity Index, bedömnings- och uppföljningsmetod

⁴ Specifikt, Mätbart, Accepterad, Realistiskt, Tidsbundet

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning	6
Granskningsmetod	6
Utgångspunkter	8
Granskningsresultat	12
Enheten för hemlösa	12
Farsta stadsdelsförvaltning	17
Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning	22
Södermalms stadsdelsförvaltning	27
Intervjuer anhörig- och brukarperspektiv	31
Föräldraföreningen mot Narkotika (FMN)	31
Föreningen Equal	32
Avslutande analys	32
Trygghet och säkerhet	33
Självbestämmande och integritet	34
Helhetssyn och samordning	35
Tillgänglighet	37
Kunskapsbaserad verksamhet och Effektivitet	38
Jämställdhetsanalys	38
Bilaga - tabeller	39

Inledning

Stockholms stads socialtjänstinspektörer har till uppgift att granska stadens verksamheter inom individ- och familjeomsorgen, med avseende på kvalitet och rättssäkerhet för den enskilde. Arbetet utgår från lagstiftning, förordningar och föreskrifter liksom stadens riktlinjer inom området. Granskningar genomförs utifrån en framtagen granskningsmodell som bygger på de kvalitetskriterier Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) tagit fram.⁵ Uppdraget har ett generellt brukarperspektiv. En årsrapport avges till socialnämnden och kommunstyrelsen.

Att bevaka likställigheten över staden samt sprida goda exempel är en viktig del av granskningarna, i syfte att stödja verksamheternas utvecklings- och kvalitetsarbete. Jämställdhet mellan könen och barnperspektiv ska i möjligaste mån belysas och lyftas fram.

Bakgrunden till aktuellt granskningstema är att såväl tidigare kvalitetsgranskningar som Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO)⁶ identifierat LVM-handläggningen som ett riskområde. Granskningens syfte är att se över hur handläggningen överensstämmer med lagstiftningens intentioner samt om olika stadsdelsförvaltningar tillämpar lagstiftningen på samma sätt.

Granskningsmetod

God kvalitet inom socialtjänsten

3 kap 3 § Socialtjänstlagen (SoL) anger att ”Insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten skall det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras”.

Enligt Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landstings definition är god kvalitet när tjänsterna svarar mot de mål som beslutats, samt när tjänsterna

- bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet
- utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglas av kontinuitet
- är kunskapsbaserade och effektivt utförda

⁵ Socialstyrelsen (2014) Handbok för utveckling av indikatorer, För god vård och omsorg

⁶ Inspektionen för Vård och Omsorg (2018) Vad har IVO sett 2017?

- är tillgängliga
- är trygga och säkra, och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen⁷

Granskningsmodell

Genomförandet har skett med utgångspunkt från socialtjänstinspektörernas granskningsmodell. Modellen innehåller sju områden: utgångspunkter, avgränsning, faser i granskningsarbetet, frågeställningar, genomförande, analys samt uppföljning.

Målgrupp, avgränsning och urval

Granskningen omfattar Enheten för hemlösa, Farsta, Hässelby-Vällingby och Södermalm stadsdelsförvaltningar. Granskningen genomfördes under perioden augusti till december och inleddes med ett möte med avdelningschef och enhetschef vid respektive förvaltning. Vid samtliga enheter togs listor fram ur verksamhetssystemet avseende vuxna i missbruk från 18 år och uppåt från 2017-2018. Enheterna sammanställde också egna listor som avstämningar gjordes mot. Granskningen genomfördes i de digitala akterna.

Urvalskriterium var att frågan om LVM varit aktuell i form av inkommen LVM-anmälan eller inledd LVM-utredning enligt 7§ LVM. Ärendena omfattar såväl handläggning enligt SoL som LVM. Totalt granskades 60 slumpvis utvalda utredningsärenden, 15 ärenden per stadsdelsförvaltning. Utöver detta granskades även totalt 20 förhandsbedömningar, avseende anmälningar enligt 6 § LVM som inte lett till utredning.

Som komplement till aktgranskningen genomfördes även en intervju med ledning och en fokusgrupp med medarbetare vid de aktuella enheterna, med fokus på förhållningssätt och rutiner i arbetet med målgruppen. Socialtjänstinspektörerna tog vidare del av enheternas verksamhetsplaner, verksamhetsberättelser och andra styr- och uppföljningsdokument. Resultatet återkopplas till berörda chefer och personal vid respektive förvaltning i början av 2019 och uppföljning kommer att ske i slutet av 2019.

Som en del av förberedelserna genomfördes en intervju vid Stockholm stads socialjour. För att belysa anhörig- samt brukarperspektivet genomfördes intervjuer vid Föräldraföreningen Mot Narkotika (FMN) och föreningen Equal.

⁷<http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardochomsorgisocialtjansten>

Utgångspunkter

Missbruksvård

Socialtjänstlagens 5 kap 9 § uppger att socialnämnden aktivt ska sörja för att missbrukaren får den hjälp som hen behöver för att komma från missbruket. Utgångspunkten för arbetet är att det bygger på individens självbestämmande, dock kan tvångsvård bli aktuell i vissa fall. Arbetet med missbruk och beroende regleras främst i Socialtjänstlagen och i Lagen om Vård om Missbrukare i vissa fall.

LVM - Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

Enligt LVM ska tvångsvården syfta till att genom behövliga insatser motivera missbrukaren så att hen kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk.

Tvångsvård skall beslutas om,

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

När det gäller hälsorekvisitet 3a) behöver missbrukaren inte ha ådragit sig somatiska eller psykiska komplikationer för att den ska gälla. Enligt förarbetena räcker det med allvarlig fara för hälsan. Däremot måste det finnas en påvisbar hälsorisk för missbrukaren, eller att missbrukaren utsätter sin hälsa för allvarlig fara.

Det sociala rekvisitet 3b) avser främst unga missbrukare som genom destruktivt leverne riskerar att slås ut från ordnade levnadsförhållanden. I många fall när det gäller unga har ännu inte några allvarliga medicinska skadeverkningar kunnat konstateras. Det går därmed inte att enbart se till faran för den fysiska eller psykiska hälsan vid övervägande av tvångsvård. Om någon till följd av missbruket uppenbarligen äventyrar sina levnadsförhållanden i övrigt, måste vård med stöd av LVM övervägas. LVM-vården framstår i detta fall som en sista utväg för att rädda det som finns kvar av anknytning till arbetsmarknad, bostad och relationer till

anhöriga och annan omgivning. I sådana fall måste samhället ingripa med tvångsvård även om hälsan i strikt medicinsk mening ännu inte kan anses allvarligt hotad.

När det gäller äldre missbrukare ligger det i sakens natur att hälsoaspekten dominerar och att hänsynen till den sociala utvecklingen inte alltid bör tillmätas lika stor vikt som beträffande unga. De äldre missbrukarna är dock inte någon homogen grupp. Enligt förarbetena måste det också vid bedömningen av äldre missbrukares behov av vård tas hänsyn till de sociala skadeverkningarna av ett ökande missbruk.⁸

Våldsrekvisitet 3 c) avser dels suicidrisk och dels risk för att närstående skadas. Som närstående räknas make/maka, varaktigt sammanboende, barn, föräldrar och syskon.⁹

Att missbrukaren samtycker till vård innebär inte nödvändigtvis att frivillig vård automatiskt ska väljas. Enligt förarbetena kan beslut om vård enligt LVM fattas oberoende av den enskildes samtycke. Även när ett samtycke till vård föreligger måste en bedömning göras om samtycket framstår som realistiskt. Regeln om frivilligvårdens företräde innebär inte heller ett krav på att frivillig vård ska ha prövats och misslyckats innan ett beslut om tvångsvård kan fattas.¹⁰

Statistik LVM

I Sverige tvångsvårdades 372 personer på institution enligt LVM den 1 november 2017, vilket är något färre än 2016 då 384 personer vårdades med tvång. Ungefär en tredjedel av dem som tvångsvårdades 2017 var kvinnor. Det finns stora regionala skillnader i kommunernas användande av tvångsvård enligt LVM. Antalet utskrivna personer per 100 000 invånare var som flest i Gävleborgs län där 35 personer per 100 000 invånare skrevs ut från tvångsvård 2017, vilket kan jämföras med Stockholms län där det var 8 utskrivna personer per 100 000 invånare.¹¹

Inom Stockholms stad inkom totalt 715 LVM-anmälningar under 2017.

Antal inkomna anmälningar om LVM 2017 per stadsdelsnämnd och Enheten för hemlösa, fördelat på kön

⁸ Prop 1987/88:147

⁹ Riktlinjer Handläggning av ärenden enligt LVM KS 2002-02-20

¹⁰ Prop 1987/88:147

¹¹ Socialstyrelsen (2018) Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2017

Stadsdelsnämnd	Kvinnor	Män	Totalt
Enheten för hemlösa	19	91	110
Rinkeby-Kista	16	24	40
Spånga-Tensta	8	12	20
Hässelby-Vällingby	11	57	68
Bromma	13	62	75
Kungsholmen	16	25	41
Norrmalm	11	21	32
Östermalm	13	17	30
Södermalm	28	39	67
Enskede-Årsta -Vantör	21	36	57
Skarpnäck	18	27	45
Farsta	8	12	20
Älvsjö	7	6	13
Hägersten-Liljeholmen	32	34	66
Skärholmen	12	19	31
Totalt	233	482	715

Källa: sociala system, Sweco

I Stockholms stad fick totalt 45 personer vård enligt LVM år 2017. Antalet har legat ungefär på samma nivå de senaste åren. Det innebär att sex procent av de unika personerna som anmäldes enligt LVM fick vård enligt LVM.

Antal intagningar i LVM-vård per stadsdelsnämnd och Enheten för hemlösa, fördelat på kön

Stadsdelsnämnd	Kvinnor	Män	Totalt
Enheten för hemlösa	2	2	4
Rinkeby-Kista	3	4	7
Spånga-Tensta	0	2	2
Hässelby-Vällingby	1	6	7
Bromma	0	2	2
Kungsholmen	0	1	1
Norrmalm	0	1	1
Östermalm	1	0	1
Södermalm	1	1	2
Enskede-Årsta-Vantör	0	4	4
Skarpnäck	4	0	4
Farsta	3	2	5
Älvsjö	1	2	3
Hägersten-Liljeholmen	0	1	1
Skärholmen	0	1	1
Totalt	16	29	45

Källa: Socialtjänstrapport 2017

Bedömningsinstrument

Enligt Stockholms stads riktlinjer för handläggning av vuxna med beroende/missbruksproblematik ska ASI (Addiction severity index) ingå som en del av utredningen. ASI är ett standardiserat bedömningsinstrument som bland annat används för att bedöma psykosocialt stödbehov hos individen. ASI rekommenderas av de nationella riktlinjerna vid utredning av missbruk och beroende.

Samverkan

Kommunen och landstinget har skyldighet att upprätta en samordnad individuell plan (SIP) för personer som behöver det för att få sina behov tillgodosedda genom insatser från både kommun och landsting. Detta regleras både i Socialtjänstlagen och i hälso- och sjukvårdslagen.¹²

All personal inom socialtjänstens och hälso- och sjukvården ska ta initiativ till en SIP om de ser att det finns ett behov av samordning. De aktuella förhållandena och den enskildes behov avgör vilka som ska bjudas in och medverka i planen, utöver den enskilde själv.

Barnperspektiv

Föräldraskapet är en viktig faktor i den vuxnes motivation till förändring och är utifrån en helhetssyn viktigt att uppmärksamma.¹³ I socialtjänstens utredningar som gäller vuxna ska det alltid kartläggas om det finns barn och hur barnen är berörda. Om det framkommer uppgifter som tyder på att barnet kan fara illa ska alltid barn- och ungdomsenheten där barnet bor underrättas.¹⁴

När en förälder har insatser från socialtjänsten som direkt eller indirekt påverkar barnet, har barnet rätt till relevant information och rätt till möjlighet att uttrycka sin inställning. Handläggaren som ansvarar för beslut och insatser i den vuxnes ärende ansvarar för detta. Genom samverkan med andra enheter där familjen eventuellt är aktuell kan det mest lämpliga sättet att göra barnet delaktigt avgöras. Att tala med barnet kräver vårdnadshavares medgivande och sekretessbestämmelserna måste beaktas.

De beslut som fattas i den vuxnes ärende ska innefatta en barnkonsekvensanalys. Att göra en barnkonsekvensanalys innebär att noga analysera vilka positiva och negativa följder ett beslut kan få för det enskilda barnet, på kort och lång sikt.

¹² Lundgren, L, Sunesson, P, Thunved, A (2015) Nya sociallagarna. Norstedts Juridik. s. 37.

¹³ Socialstyrelsen (2012) Föräldraskap och missbruk. ISBN 978-91-86885-84-7

¹⁴ Riktlinjer. Vuxna med missbruks- och beroendeproblem. KS 2011-10-17.

Barnkonsekvensanalysen ska användas som en del av beslutsunderlaget.¹⁵

Socialstyrelsens modell för ett *familjeorienterat arbetssätt*¹⁶ innebär att processer för individer som är aktuella samtidigt inom socialtjänsten samordnas vilket förbättrar stödet till barn och föräldrar i familjer där missbruk förekommer. Genom en samordnad process med gemensamma möten och bedömningar med stöd i den samlade kompetensen kan relevant stöd ges utifrån ett barn-, föräldra- och familjeperspektiv.

Anhörigperspektiv

Av Socialtjänstlagen 5 kap 10 § framgår att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för personer som vårdar en närstående. Syftet är att minska de anhörigas psykiska och fysiska belastning. För en del personer handlar det om att få hjälp med insatser som den närstående behöver, för andra handlar det om att de själva behöver få stöd, information eller utbildning av kommunen.

Granskningsresultat

Granskningsresultaten redovisas per enhet, och i bilaga återfinns jämförande statistik för samtliga enheter.

Den absoluta merparten av samtliga personer som ingår i det totala materialet hade varit aktuella vid missbruksvården under flera år och tidigare fått flera olika insatser såväl i öppen- som dygnetruntvård. Några hade också tidigare vårdats med stöd av LVM. Endast ett fåtal var nya i kontakten med socialtjänsten.

Enheten för hemlösa

Först redogörs resultaten för de fem förhandsbedömningarna och sedan för de 15 akterna.

Förhandsbedömningar av LVM-anmälningar

Av de fem granskade förhandsbedömningarna var fyra kvinnor och en man. Fyra personer hade ett narkotikamissbruk och två hade ett alkoholmissbruk. Flertalet hade såväl fysisk som psykisk ohälsa och en person hade neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

¹⁵Stockholm stad (2017) Stödmaterial för barnrättsperspektiv inom socialtjänsten

¹⁶ www.kunskapsguiden.se/missbruk/teman/Familjeorienterat-arbetssatt/Sidor/default.aspx

Typ av missbruk	Män (n=1)	Kvinnor (n=4)	Totalt (n=5)
Alkohol	1	1	2
Narkotika	0	4	4
Läkemedel	0	0	0
Blandmissbruk	0	1	1

Samtliga fem LVM-anmälningar hade gjorts av läkare. Handläggningen av de inkomna LVM-anmälningarna skedde inom en vecka i de flesta fallen, i endast en förhandsbedömning dröjde det 15-30 dagar innan beslut togs om att inleda LVM-utredning eller inte.

Under förhandsbedömningen togs externa kontakter i fyra av fem fall, vilket framför allt gjordes för att eftersöka personen i fråga för anmälan. I ingen av de fem förhandsbedömningarna lyckades socialsekreterare komma i kontakt med personen, varför hen inte kunde göras delaktig. Inte heller kunde något motivationsarbete bedrivas. Vid ett fall hade den enskilde dock ett tillfälligt boende genom enheten, trots detta togs endast kontakt med socialpsykiatrihandläggare för att få underlag om den enskildes förhållanden.

Det framgick inte av dokumentationen om personerna hade barn eller inte. En kvinna var vårdnadshavare för ett barn som inte bodde hos henne. Ingen anmälan gjordes till barn- och ungdomsenheten vid den kommun som barnet var folkbokförd i.

Utredningar

Av de 15 granskade akterna var 12 män och tre kvinnor. Åldersfördelningen följer nedan.

Ålder	Antal
18-19	0
20-29	1
30-39	7
40-49	2
50-65	5
66 eller äldre	0
Totalt	15

Missbruket såg ut som följer, med narkotika som det vanligaste problemet.

Typ av missbruk	Män (n=12)	Kvinnor (n=3)	Totalt (n=15)
Alkohol	5	2	7
Narkotika	10	3	13
Läkemedel	9	2	11
Blandmissbruk	10	3	13

I samtliga granskade ärenden vid Enheten för hemlösa saknade klienten ett stabilt boende. Samtliga levde med omfattande fysisk ohälsa och nästan alla led även av betydande psykisk ohälsa.

Hälsa	Män (n=12)	Kvinnor (n=3)	Totalt (n=15)
Psykisk ohälsa	10	3	13
Fysisk ohälsa	12	3	15
NPF	4	1	5

LVM-anmälan gjordes i de flesta fallen av läkare, i ett fall av polis. I tre ärenden inleddes LVM-utredning på eget initiativ.

Från det att en LVM-anmälan inkommit togs i de flesta ärenden ett beslut om att inleda eller inte inleda LVM-utredning inom en vecka. I ett fall tog det mellan 15-30 dagar.

Av de 15 granskade ärendena inleddes 14 LVM-utredningar och en SoL-utredning. I samtliga ärenden återfanns ett utredningsdokument. Flertalet utredningar slutfördes under en månads tid, och samtliga inom två månader. I samtliga utredningar belystes klientens hälsa och aktuella förhållanden. I ca 15 % av LVM-utredningarna belystes rekvisitet om klienten var en fara för sig själv eller andra. Det sociala rekvisitet om risken att förstöra sitt liv belystes inte i något fall. I samtliga LVM-utredningar begärdes ett läkarintyg in och handräckning av polis begärdes i drygt hälften av dessa ärenden. I de allra flesta ärendena framgick vilka åtgärder som tidigare hade vidtagits. En aktuell ASI fanns i närmare hälften av ärendena. Om klienten utsatts för, eller utövat, våld belystes i tre utredningar. Det framgick inte tydligt huruvida beslut och utredning hade kommunicerats klienten.

I nio av 15 ärenden var det uppmärksammat ifall klienten hade barn eller inte. I tre av de granskade ärendena hade klienten barn, dock ej boende hos sig. Inga anmälningar till eller samverkan med barn- och ungdomsenhet återfanns.

Barnperspektiv	Män (n=12)	Kvinnor (n=3)	Totalt (n=15)
Uppmärksammat i utr. om det finns barn	7	2	9
Har barn	2	1	3
Föräldrarollen beskrivs	1	1	2
Anmälan BoU	0	0	0
Samverkan BoU	0	0	0

I de granskade ärendena framgick det att klienterna i hög grad var delaktiga och fick möjlighet att framföra sin inställning och påverka vårdens utformande. Socialsekreterarna arbetade mycket med att motivera klienterna till att ta emot insatser, samtliga klienter utom en samtyckte till insatser. Det framgick sällan ett resonemang om samtyckets tillförlitlighet och klientens förmåga att tillgodogöra sig vård på frivillig väg. Det saknades i flera utredningar tydlig information om vilka insatser som ingick i planeringen utöver att den enskilde samtyckte till frivilliga insatser.

I samtliga fall fick klienten en eller flera insatser. I nästan alla fanns även en beställning till utförare upprättad. De vanligaste insatserna var dygnetruntvård samt öppenvård tillsammans med boende. I några fall bestod den fortsatta planeringen enbart av boendeinsatser. Ansökan om LVM-vård gjordes för två personer, den ena trots uttryckt samtycke.

Typ av insats	Män (n=12)	Kvinnor (n=3)	Totalt (n=15)
Omedelbar LVM	2	1	3
LVM-hem	2	0	2
Öppenvård	0	0	0
Dygnetruntvård	5	2	7
Öppenvård + boende	6	1	7

Inom enheten skedde samverkan framför allt med ekonomiskt bistånd, sällan med verksamhetsområdena socialpsykiatri och funktionshinder eftersom få klienter var aktuella där. Samverkan förekom i hög grad med framför allt beroendevård och även till viss del med psykiatri och kriminalvård. En SIP återfanns i akterna.

Intervju med ledningen

Vid intervjun uppgav ledningen lågt förtroende till effekterna av vård inom SiS, vilket också kan påverka beslut om vård. Ledningen var enig kring att ekonomin inte påverkar LVM-bedömningen, utan att det sker utifrån ett klientperspektiv.

Uppföljning av LVM-ärenden görs vid LVM-möten varje vecka, och enheten har också en statistikfil där LVM-ärenden följs.

När det gäller det sociala rekvisitet framhölls att de klienter som blir aktuella vid Enheten för hemlösa redan är så utslagna att de oftast inte har något att förlora varför rekvisitet sällan är tillämpligt.

Avseende samverkan tyckte ledningen att det fungerar bra internt, dock något svårare med den externa samverkan. Särskilt svårt är det med de klienter som har både psykisk ohälsa och missbruk.

Ledningen uppgav att de arbetar med att få in barnperspektivet i ärendena. De har tillsammans med stadens förstärkningsteam för barn- och ungdomsvården tagit fram frågor som ska användas i ärendena, för att belysa barnperspektivet. Utöver det utförs interkontroller på utredningar avseende om det är uppmärksammat i utredningarna om det finns barn eller inte.

Enhetens målgrupp beskrivs som relativt nätverkslös. När anhöriga kontaktar informeras de om möjligheten att få anhörigstöd i den stadsdel som den anhöriga bor.

Fokusgrupp Enheten för hemlösa

Fokusgruppen resonerade kring att Enheten för hemlösa å ena sidan upplevs följa lagstiftningen och att enhetens veckovisa LVM-möten är ett stöd i detta. Vid mötena finns ledning med, hela gruppens reflektioner vägs in i en helhetsbedömning vilket blir ett skydd för rättssäkerheten. Gruppen resonerade å andra sidan kring risken för hemmablindhet som följer med en så tung målgrupp, att ribban för att ingripa med stöd av LVM kan pressas uppåt. Kanske borde LVM vara aktuellt i fler fall, till exempel kan placering på lågtröskelboende bedömas som att den enskilde tar emot frivillig vård fastän missbruket fortsätter och boendet inte egentligen innebär missbruksvård. LVM beskrevs samtidigt som mest effektivt som piska för att ta emot frivilliga insatser, oftast går det att resonera sig fram till samtycke då. Gruppen uppgav låg tilltro till tvångsvård. Kostnaden upplevdes inte som avgörande i LVM-bedömningen.

Det sociala rekvisitet uppgavs omfatta unga vuxna och olika övre generella åldersgränser diskuterades, från 25 år till 29 år. En förutsättning för att det sociala rekvisitet ska gälla är att klienten ska riskera att förlora något. Enhetens klienter *har redan* förstört sitt liv, de är långvarigt hemlösa och har sällan något att förlora.

Styrkor och utvecklingsområden

Nedan följer en kortfattad sammanfattning av de styrkor och utvecklingsområden som framkommit vid Enheten för hemlösa. Ett mer utvecklat resonemang återfinns i den avslutande analysen.

Styrkor

- Snabb handläggning
- Tydlig och rättssäker dokumentation
- Mycket motivationsarbete framkom
- Bra barnfrågor framtagna vid enheten för att öka barnperspektivet i ärendena

Utvecklingsområden

- Tydliggör resonemang om samtyckets tillförlitlighet
- Barnperspektivet behöver synliggöras i dokumentationen
- Sänka ribban i LVM-bedömningar och se över om boendeinsatser jämföras med vård
- Öka helhetssynen

Farsta stadsdelsförvaltning

Nedan redogörs resultaten för de fem förhandsbedömningarna och sedan för de 15 akterna.

Förhandsbedömningar

Av de fem granskade förhandsbedömningarna var fyra män och en kvinna.

Fyra av de fem hade psykisk ohälsa, två hade fysisk ohälsa och en person hade en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Missbruket såg ut enligt nedan.

Typ av missbruk	Män (n=4)	Kvinnor (n=1)	Totalt (n=5)
Alkohol	2	1	3
Narkotika	2	0	2
Läkemedel	1	0	1
Blandmissbruk	1	0	1

Fyra LVM-anmälningar hade gjorts av läkare och en av polis. Handläggningstiden var spridd från under en vecka till 31-45 dagar innan beslut togs om att inleda LVM-utredning eller inte.

Under förhandsbedömningen togs externa kontakter i två av fem fall, med äldreomsorg och frivården. Tre av personerna i fråga för LVM-anmälningar gjordes delaktiga, övriga två svarade ej på

kontaktförsök. Dokumentationen visade inte att motivationsarbete hade bedrivits under förhandsbedömningarna.

Det framgick inte av dokumentationen om det var uppmärksammat att personerna hade barn eller inte. Två män hade barn som de bodde med. Ingen anmälan gjordes till barn- och ungdomsenheten.

Utredningar

Av de 15 ärenden som granskades var åtta män och sju kvinnor. Åldersfördelningen följer nedan.

Ålder	Antal
18-19	0
20-29	4
30-39	5
40-49	1
50-65	4
66 eller äldre	1
Total	15

Endast sex klienter i Farsta hade stabilt boende. De allra flesta hade ett narkotikamissbruk, och tio hade blandmissbruk. Nästan alla led också av psykisk ohälsa och drygt hälften led av fysisk ohälsa.

Typ av missbruk	Män (n=8)	Kvinnor (n=7)	Totalt (n=15)
Alkohol	6	3	9
Narkotika	7	6	13
Läkemedel	3	3	6
Blandmissbruk	6	4	10

Hälsa	Män (n=8)	Kvinnor (n=7)	Totalt (n=15)
Psykisk ohälsa	8	5	13
Fysisk ohälsa	5	3	8
NPF	4	2	6

Det allra vanligaste var att LVM-anmälan hade inkommit från läkare, i ett fall kom anmälan från polis. I ett fall hade LVM-utredning inletts på eget initiativ.

I 11 av 15 fall togs beslut om att inleda eller inte inleda LVM-utredning inom 14 dagar, merparten av dessa inom en vecka. I tre fall tog det mellan 31-45 dagar.

Av de 15 LVM-anmälningarna ledde åtta till en LVM-utredning och sju till en SoL-utredning. Det fanns utredningsdokument i samtliga LVM-utredningar men saknades i två av SoL-utredningarna. Några utredningar inleddes enligt LVM men övergick utan motiverat ställningstagande till SoL-utredning utan att beslut fattades om LVM var tillämpligt eller ej.

Cirka hälften av ärendena utreddes inom en månad och de flesta utreddes inom två månader. I två ärenden framgick inte när utredningen var klar då det saknades beslut om att avsluta utredning.

I de flesta utredningarna belystes klientens hälsa och aktuella förhållanden. I samtliga LVM-utredningar begärdes läkarintyg in och handräckning av polis till läkarundersökning begärdes i sex av åtta fall. I hälften av LVM-utredningarna belystes om klienten var fara för sig själv eller andra. Det sociala rekvisitet om risken att förstöra sitt liv belystes i fem av ärendena. I två av dessa ärenden var klienterna 20-29 år och i tre ärenden var klienterna mellan 30-39 år. I de flesta ärendena belystes vilka åtgärder som hade vidtagits tidigare. En aktuell ASI fanns i en tredjedel av ärendena. Om klienten hade utsatts för, eller utövat, våld belystes i två utredningar. Det framgick inte tydligt huruvida klienten kommunicerats beslut och utredning.

I 10 av 15 ärenden var det belyst om klienten har barn eller inte. Endast två av 15 hade barn, ingen av dem hade barnen boende hos sig. Inga anmälningar till eller samverkan med barn- och ungdomsenheten återfanns.

Barnperspektiv	Män (n=8)	Kvinnor (n=7)	Totalt (n=15)
Uppmärksammat i utr. om det finns barn	5	5	10
Har barn	0	2	2
Föräldrarollen beskrivs	0	1	1
Anmälan BoU	0	0	0
Samverkan BoU	0	0	0

I samtliga granskade ärenden framgick att klienterna i hög grad var delaktiga och i de flesta att socialsekreterarna arbetade med att motivera klienterna att ta emot insatser. I två ärenden gick det inte att utläsa om motivationsarbete bedrivits.

I 11 av 15 ärenden samtyckte klienten till vård. Det framgick endast i två ärenden att ett resonemang förts om samtyckets tillförlitlighet och klientens förmåga att ta emot vård på frivillig väg. Det saknades i många utredningar tydlig information om vilka insatser som ingick i planeringen utöver att den enskilde samtyckte till frivilliga insatser.

Tolv av femton klienter fick en eller flera insatser. I ett ärende framgick inte om klienten fick insats då utredning och beslut saknades. Beställning till utförare fanns i nio ärenden. Den vanligaste insatsen var dygnetruntvård. Tre klienter, varav samtliga kvinnor, fick vård enligt LVM.

Typ av insats	Män (n=8)	Kvinnor (n=7)	Totalt (n=15)
Omedelbar LVM	0	1	1
LVM-hem	0	3	3
Öppenvård	2	1	3
Dygnetruntvård	4	2	6
Öppenvård + boende	2	0	2

Inom förvaltningen skedde samverkan framför allt med ekonomiskt bistånd, sällan med verksamhetsområdena socialpsykiatri och funktionshinder eftersom få klienter var aktuella där. Samverkan förekom i hög grad med framför allt beroendevård och även till viss del med psykiatri och kriminalvård. En SIP återfanns i akterna, utöver denna syntes också relativt många nätverksmöten.

Intervju med ledning

Vid intervjun framkom att det pågår ett utvecklingsarbete kring LVM på enheten, genom bland annat genomlysningar, utbildningar och förbättring av rutiner. Enheten jobbar också fram ett system att för att föra statistik över LVM-ärenden. Aktuella LVM-ärenden går igenom vid dagliga morgonmöten där också rekvisiten för vård systematiskt går igenom. Alla LVM-ärenden har dubbelhandläggare och enhetschef deltar vid möten med LVM-nära klienter. Ekonomin beskrevs inte som ett hinder för att besluta om vård enligt LVM. Att LVM är ett stort ingrepp i en människas liv och integritet kräver dock att enheten tillämpar stor noggrannhet i LVM-bedömningarna.

Den interna samverkan beskrevs fungera ganska bra, även om det också har sina utmaningar. Vid samsjuklighet får missbrukshandläggare stöd av handläggare från socialpsykiatrin. Enhetschefen uppgav större svårigheter i samverkan med

landstinget, och särskilt svårt är det med personer som även har psykiatriska problem.

Enhetschefen betonade att socialtjänsten bedriver myndighetsutövning och att uppdraget inte handlar om omhändertagande. Det är viktigt att ha en tilltro till klientens egen förmåga och att lyfta klientens eget ansvar, men en helhetsbedömning ska alltid göras.

Att utveckla barnperspektivet i ärendena lyftes som ett utvecklingsområde. Nu pågår det en inventering för att se hur många barn det finns i ärendena, och en barnrättssamordnare har utsetts som ska kunna ge stöd i arbetet. I Farsta finns inte ett strukturerat sätt att uppmärksamma anhöriga, men det görs till viss del ändå. Det finns anhöriggrupper inom den interna öppenvården.

Fokusgrupp Farsta

Vid fokusgruppen resonerade gruppen att LVM tillämpas i enlighet med lagstiftningen. Bedömningarna görs av gruppen gemensamt vid varje morgonmöte och alla LVM-ärenden samlas i en mapp som följs upp. Det finns inget motstånd mot att inleda LVM-utredning men LVM tillämpas restriktivt eftersom frivilliga insatser ska vara uttömda och LVM är ett allvarligt ingrepp i integriteten. Resultaten av LVM-vården uppfattas också som dåliga. Enhetens budget uppfattas inte som en faktor i bedömningarna. Ibland är en inledd LVM-utredning ett redskap för att sätta press och motivera klienten.

Gruppen beskrev att mer insyn och kunskap behövs mellan psykiatri och socialtjänst. Psykiatrin måste ha former för att jobba med samsjukliga som har missbruk. I bedömningarna resonerar man kring vad som är psykiatris eller socialtjänstens ansvar. Ohälsa är ofta kopplad till missbruket och ju allvarligare psykisk ohälsa, ju större anledning att gripa in med hjälp av LVM.

Kring det sociala rekvisitet diskuterade gruppen att de som blir föremål för ansökan om vård ofta redan har förstört sitt liv. Rekvisitet riktar in sig på unga personer där det gäller att rädda deras liv och framtid, men är enligt gruppen inte begränsat till någon övre åldersgräns.

Gruppen tryckte på att det behövs mer långsiktiga sociala investeringar tidigare, när LVM blir aktuellt har det gått så långt att det är svårt att hjälpa och förvaring på LVM-hem leder sällan till bra resultat eftersom klienten är så nedgången. Möjligheten att ge HVB-vård tidigare vore önskvärt.

Styrkor och utvecklingsområden

Nedan följer en kortfattad sammanfattning av de styrkor och utvecklingsområden som framkommit vid Farsta stadsdelsförvaltning. Ett mer utvecklat resonemang återfinns i den avslutande analysen.

Styrkor

- Sociala rekvisitet belystes i utredningarna
- Pågående utvecklingsarbete gällande LVM-handläggning
- Nätverksmöten hölls i hög grad
- Vid samsjuklighet får missbrukshandläggare stöd av handläggare från socialpsykiatri

Utvecklingsområden

- Tydliggör resonemang om samtyckets tillförlitlighet
- Barnperspektivet behöver synliggöras i dokumentationen
- Sänka ribban i LVM-bedömningar
- Öka helhetssynen
- Säkerställa rättssäker dokumentation

Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning

Först redogörs resultaten för de fem förhandsbedömningarna och sedan för de 15 akterna.

Förhandsbedömningar

Av de fem granskade förhandsbedömningarna var tre män och två kvinnor. Alla utom en led av psykisk och fysisk ohälsa och missbruksproblemen såg ut enligt nedan.

Typ av missbruk	Män (n=3)	Kvinnor (n=2)	Totalt (n=5)
Alkohol	3	1	4
Narkotika	0	2	2
Läkemedel	0	2	2
Blandmissbruk	0	2	2

Fyra LVM-anmälningar hade gjorts av läkare och en av polis. Tiden som det tog att fatta ett beslut om att inleda eller ej inleda LVM-utredning varierade. För tre av de fem inkomna LVM-anmälningarna tog det mellan 15-30 dagar, för en var handläggningstiden 31-45 dagar och en 46 dagar eller mer.

Under förhandsbedömningen togs externa kontakter i två av fem fall, och ett hembesök gjordes. Samtliga personer som var föremål

för LVM-anmälningar gjordes delaktiga och det gick att utläsa att motivationsarbete hade bedrivits under förhandsbedömningarna.

I två fall var det uppmärksammat om personerna hade barn eller inte. Ingen av de fem personerna hade barn.

Utredningar

Av de 15 granskade ärendena var 12 män och tre kvinnor med följande åldersfördelning.

Ålder	Antal
18-19	1
20-29	4
30-39	1
40-49	5
50-65	2
66 eller äldre	2
Totalt	15

Nio av 15 klienter hade ett stabilt boende. Läkemedel var det vanligaste missbruket, och majoriteten hade ett blandmissbruk. En majoritet av klienterna led av psykisk ohälsa, likaså fysisk ohälsa. Sex klienter hade en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Typ av missbruk	Män (n=12)	Kvinnor (n=3)	Totalt (n=15)
Alkohol	6	3	9
Narkotika	8	1	9
Läkemedel	10	1	11
Blandmissbruk	11	2	13

Hälsa	Män (n=12)	Kvinnor (n=3)	Totalt (n=15)
Psykisk ohälsa	8	1	9
Fysisk ohälsa	9	1	10
NPF	6	0	6

LVM-anmälan inkom i de allra flesta fallen från läkare förutom en från polis samt ett ärende där LVM-utredning hade inletts på eget initiativ.

Beträffande tiden från anmälan till beslut att inleda togs åtta beslut inom 14 dagar, sex beslut togs inom 15-30 dagar och ett beslut dröjde över 46 dagar.

Av 15 LVM-anmälningar ledde åtta till att LVM-utredning inleddes. I sju fall inleddes utredning enligt SoL. Det saknades utredningsdokument i tre LVM-utredningar och i tre SoL-utredningar. Några utredningar inleddes enligt LVM men övergick utan motiverat ställningstagande till SoL-utredning, utan att beslut fattades om LVM var tillämpligt eller ej. Majoriteten av utredningar slutfördes inom två månader, i ett fall framgick inte utredningstiden då beslut och utredningsdokument saknades.

Klienternas hälsa och aktuella förhållanden belystes i de flesta befintliga utredningar. I LVM-utredningarna begärdes läkarintyg och handräckning av polis i samtliga fall. I LVM-utredningarna belystes i fyra av åtta fall om klienten utgjorde en fara för sig själv eller andra. Det sociala rekvisitet som handlar om risken att förstöra sitt liv belystes inte i något av de granskade ärendena. Vilka åtgärder som hade vidtagits tidigare framgick i cirka 70 % av ärendena. En aktuell ASI återfanns i en tredjedel av ärendena. I sex ärenden där utredningsdokument saknades medförde det att det var svårt att få en helhetsbild. Det framgick inte av dokumentationen huruvida klienten blivit kommunicerad beslut och utredning.

I nio ärenden var det belyst ifall klienten hade barn eller inte. Endast tre klienter hade barn, dock ej boende hos sig. Anmälan och samverkan med barn- och ungdomsenheten förekom i ett ärende.

Barnperspektiv	Män (n=12)	Kvinnor (n=3)	Totalt (n=15)
Uppmärksammat i utr. om det finns barn	7	2	9
Har barn	2	1	3
Föräldrarollen beskrivs	0	0	0
Anmälan BoU	0	1	1
Samverkan BoU	0	1	1

I de granskade ärendena framgick det att klienterna i hög grad var delaktiga och fick möjlighet att framföra sin inställning och påverka vårdens utformande. Socialsekreterarna arbetade mycket att motivera klienterna till att ta emot vård. I elva ärenden samtyckte klienten till vård. I ett ärende fanns ett resonemang om samtyckets tillförlitlighet och klientens förmåga att tillgodogöra sig vård på frivillig väg. Det saknades i många ärenden tydlig information om vilka insatser som ingick i planeringen utöver att den enskilde samtyckte till frivilliga insatser.

I 12 fall fick klienten en eller flera insatser. Det saknades beställningar i över hälften av ärendena. Den vanligaste insatsen var dygnetruntvård. Tre klienter vårdades enligt LVM.

Typ av insats	Män (n=12)	Kvinnor (n=3)	Totalt (n=15)
Omedelbar LVM	3	0	3
LVM-hem	3	0	3
Öppenvård	5	1	6
Dygnetruntvård	7	1	8
Öppenvård + boende	2	0	2

Inom förvaltningen skedde samverkan framför allt med ekonomiskt bistånd, sällan med verksamhetsområdena socialpsykiatri och funktionshinder eftersom få klienter var aktuella där. Samverkan förekom i hög grad med framför allt beroendevård och även till viss del med psykiatri och kriminalvård. Inga SIP återfanns i akterna.

Intervju med ledning

Ledningen beskrev att LVM-handläggningen varit föremål för strukturerat utvecklingsarbete sedan flera år. Enheten planerar att utöka med en LVM-lots, vars funktion ska vara att stärka upp kring högriskärenden och avlasta socialsekreteraren. LVM-vård beskrevs mer effektivt som hot än som insats, framför allt vad gäller gruppen unga i missbruk. Låg tilltro till LVM-vårdens kvalitet gör att man försöker undvika den så långt som möjligt. Ledningen var enig kring att ekonomin inte påverkar bedömningen om LVM.

Enheten har tillsatt en arbetsgrupp för att vidareutveckla barnkonsekvensanalyser och barnchecklistor. Stadsdelsförvaltningen har också påbörjat att införa ett familjeorienterat arbetssätt. I nuläget finns ingen systematisk rutin för att fånga upp anhöriga i handläggningen men ledningen uppger att handläggarna blivit bättre på att göra detta och att en målsättning är att involvera anhöriga i arbetet. Anhöriga erbjuds CRAFT¹⁷ via stadsdelens egna anhörigstödare.

Kring samverkan nämndes att det överlag fungerar väl med den samlokaliserade beroendevården, vidare att tillgänglig psykiatrisk vård skulle kunna verka som prevention i många LVM-ärenden. Avdelningen har påbörjat en intern SIP-rutin för att stärka den interna samverkan mellan socialtjänstens olika funktioner.

¹⁷ Community reinforcement and family training, insats för anhöriga

Hässelby-Vällingby fokusgrupp

Gruppen beskrev att LVM-lagstiftningen följs i stort och att gruppen hanterar väldigt mycket LVM-ärenden vilket gör att de känner sig trygga med hantverket. Samtidigt resonerade gruppen om att för stor vikt ibland kanske läggs på den enskildes självbestämmande. Kanske skulle fler ansökningar kunna göras baserat på att den enskilde inte förmår även om hen vill. Ibland genomförs omedelbara omhändertagande för att motivera snarare än att en underliggande tanke finns om att gå vidare med en ansökan om vård. Gruppen uppgav att många omedelbara omhändertaganden genomförs och att detta kanske är en signal om att man avvaktat för länge med att ansöka om LVM.

Gruppen uppgav att den medicinska diskursen ofta är utslagsgivande i frågan om LVM, att anmälningar från läkare ofta väntas in istället för att agera på enhetens egna iakttagelser. Det sociala rekvisitet borde kunna användas på fler men eftersom merparten av de unga klienterna redan är socialt utslagna blir detta rekvisit inte tillämbart, resonerade gruppen. Bristande tilltro till LVM-vårdens effekt är grunden till varför få LVM tas på sociala grunder. LVM-vårdens syfte är mer att rädda liv och att åstadkomma en nykter period.

Den ekonomiska aspekten uppfattades också som en faktor som till viss del påverkar på så sätt att LVM inte tas lättvindigt. Huvudsakligen framförde dock gruppen att om socialtjänsten hade trott på LVM-vård, hade fler ansökningar om vård antagligen gjorts.

Styrkor och utvecklingsområden

Nedan följer en kortfattad sammanfattning av de styrkor och utvecklingsområden som framkommit vid Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Ett mer utvecklat resonemang återfinns i den avslutande analysen.

Styrkor

- Enheten har påbörjat att införa ett familjeorienterat arbetssätt
- Intern-SIP, ett bra sätt att samordna det interna arbetet
- Utvecklingsarbete pågår avseende LVM
- Mycket motivationsarbete framkom
- Satsning på LVM-lots

Utvecklingsområden

- Tydliggör resonemang om samtyckets tillförlitlighet
- Barnperspektivet behöver synliggöras i dokumentationen

- Sänka ribban i LVM-bedömningar
- Öka helhetssynen
- Säkerställa rättssäker dokumentation

Södermalms stadsdelsförvaltning

Först redogörs resultaten för de fem förhandsbedömningarna och sedan för de 15 akterna.

Förhandsbedömningar

Av de fem granskade förhandsbedömningarna var tre män och två kvinnor. Två led av psykisk ohälsa och en av fysisk ohälsa. Två personer hade neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Missbruket såg ut som följer.

Typ av missbruk	Män (n=3)	Kvinnor (n=2)	Totalt (n=5)
Alkohol	3	1	4
Narkotika	0	1	1
Läkemedel	0	1	1
Blandmissbruk	0	1	1

Fyra LVM-anmälningar kom från läkare och en av polis. Ett beslut om att inleda eller ej inleda LVM-utredning togs inom två veckor i fyra av fem fall, för en var handläggningstiden 46 dagar eller mer. Under förhandsbedömningen togs externa kontakter i två av fem fall, och ett hembesök gjordes. Samtliga personer i fråga för LVM-anmälningar gjordes delaktiga och det gick att utläsa att motivationsarbete hade bedrivits i tre av fem förhandsbedömningar.

I endast ett fall var det uppmärksammat om personen hade barn eller inte. En man hade barn och det gjordes i och med det en anmälan till barn- och ungdomsenheten.

Utredningar

Av de 15 granskade ärendena var 10 män och 5 kvinnor. Nedan följer åldersfördelningen.

Ålder	Antal
18-19	0
20-29	6
30-39	4
40-49	2
50-65	3
66 eller äldre	0
Totalt	15

De flesta klienterna vid Södermalms stadsdelsförvaltning hade ett stabilt boende. Fyra klienter saknade stabilt boende. Samtliga klienter i de granskade ärendena hade psykisk ohälsa, och många hade även fysisk ohälsa. Missbruksproblemen såg ut som följer.

Typ av missbruk	Män (n=10)	Kvinnor (n=5)	Totalt (n=15)
Alkohol	4	5	9
Narkotika	7	4	11
Läkemedel	6	4	10
Blandmissbruk	6	5	11

Hälsa	Män (n=10)	Kvinnor (n=5)	Totalt (n=15)
Psykisk ohälsa	10	5	15
Fysisk ohälsa	7	2	9
NPF	4	1	5

Det var vanligast att LVM-anmälan inkom från läkare, i två fall kom den från polis. I två fall inleddes en LVM-utredning på eget initiativ.

I åtta av ärendena togs ett beslut om att inleda eller inte inleda LVM-utredning inom en vecka. Fyra fall förhandsbedömdes inom två veckor och två inom en månad. I ett ärende dröjde det mellan 31-45 dagar innan beslut togs.

I tretton fall inleddes en LVM-utredning och i två fall inleddes en SoL-utredning. I samtliga ärenden fanns ett utredningsdokument.

I 80 % av ärendena låg utredningstiden inom två månader och i resterande var den 3-4 månader. Klienternas hälsa och aktuella förhållanden belystes i samtliga utredningar. I LVM-utredningarna begärdes det in ett läkarintyg i nio av tretton fall, och handräckning av polis begärdes i tre fall. Det framgick inte av dokumentationen varför läkarundersökning inte bedömdes nödvändig. I LVM-utredningarna belystes rekvisitet om risken att skada sig själv eller andra i drygt hälften av utredningarna. Det sociala rekvisitet belystes i tre av LVM-ärendena, i samtliga tre ärenden var klienten mellan 20-29 år. Vilka åtgärder som vidtagits tidigare framgick i samtliga utredningar. En aktuell ASI återfanns i 40 % av ärendena. Om klienten hade utsatts för eller utövat våld hade belysts i tre utredningar.

Det framgick i 60 % av ärendena att klienten hade blivit kommunicerad beslut och utredning.

I nio ärenden hade det uppmärksammats om klienten hade barn eller inte. Två av klienterna hade barn, men inte boende hos sig. I ett ärende gjordes en anmälan till barn- och ungdomsenheten och det fanns en samverkan mellan enheterna.

Barnperspektiv	Män (n=10)	Kvinnor (n=5)	Totalt (n=15)
Uppmärksammat i utr. om det finns barn	4	5	9
Har barn	2	0	2
Föräldrarollen beskrivs	1	0	1
Anmälan BoU	1	0	1
Samverkan BoU	1	0	1

Det framgick att klienterna i hög grad var delaktiga och fick möjlighet att framföra sin inställning och påverka vårdens. Det gick att utläsa att mycket motivationsarbete bedrevs för att motivera klienten till att ta emot insatser. Tio klienter samtyckte till vård. I fyra ärenden framgick att det hade förts resonemang kring samtyckets tillförlitlighet och klientens förmåga att tillgodogöra sig vård på frivillig väg. Det saknades i många ärenden tydlig information om vilka insatser som ingick i planeringen utöver att den enskilde samtyckte till frivilliga insatser.

I 11 av 15 ärenden fick klienten en eller flera insatser, där den vanligaste insatsen var öppenvård. Två klienter, varav en man och en kvinna fick vård enligt LVM. En beställning återfanns i åtta ärenden.

Typ av Insats	Män (n=10)	Kvinnor (n=5)	Totalt (n=15)
Omedelbar LVM	1	0	1
LVM-hem	1	1	2
Öppenvård	5	1	6
Dygnetruntvård	2	1	3
Öppenvård + boende	1	2	3

Inom förvaltningen skedde samverkan framför allt med ekonomiskt bistånd, sällan med verksamhetsområdena socialpsykiatri och funktionshinder eftersom få klienter var aktuella där. Samverkan förekom i hög grad med framför allt beroendevård och även till viss del med psykiatri och kriminalvård. Två SIP återfanns i akterna.

Intervju med ledning

Ledningen uppgav att LVM-utredningar inleds oftare i dagsläget än tidigare år. Att få LVM-utredningar leder till ansökan om vård beror på vetskapen om att frivilliga insatser når så mycket bättre resultat än tvångsvård och dåliga erfarenheter av LVM-vårdens kvalitet. Gällande det sociala rekvisitet diskuterades att det omfattar klienter upp till kring 25-26 år.

Mer tillgänglig psykiatrisk vård skulle behövas eftersom många samsjukliga inte klarar av att vara drogfria med anledning av den psykiska ohälsan. Socialtjänsten står ofta väldigt ensamma i detta, inte minst under LVM-vård då psykiatrin släpper taget om klienten.

Ledningen diskuterade att verksamheten behöver bli mer öppen och utgå från hur klientgruppen fungerar istället för att vänta sig att de ska rätta in sig i ”socialtjänstens tider och arbetssätt”. Istället måste socialtjänsten ha förståelse för brukarnas livsvillkor och vad deras funktionsnedsättningar innebär för svårigheter. Klienterna ska känna sig välkomna och verksamheten måste göras mer tillgänglig. Vuxenheten har anställt två handläggare som ska arbeta specifikt som samsjuklighetshandläggare, för att i högre grad kunna förebygga och arbeta ihop med psykiatrin.

Framför allt gällande unga vuxna, men också i vuxenärenden är anhöriga involverade i arbetet och stadsdelens anhörigkonsulent arbetar mycket gentemot den gruppen. I LVM-ärenden finns alltid två handläggare så att anhörigkontakten kan delas upp mellan handläggarna. I varje arbetsgrupp finns ett anhörigombud. Stadsdelsförvaltningen har påbörjat arbetet med att stärka barnrättsperspektivet. I varje process finns en metodutvecklare som ska fungera som barnrättsamordnare och inom vuxenheten har barnchecklistor upprättats. Den interna öppenvården erbjuder BRA-samtal för barn till vuxna klienter.¹⁸

Fokusgrupp Södermalm

Fokusgruppen uppgav att LVM-utredning inleds när det nästan säkert leder till en ansökan. Tidigare gjordes alldeles för omfattande förhandsbedömningar både sett till tid och innehåll, men det har blivit bättre senaste året. Gruppen upplevde också att det blivit mer tillåtet att inleda utredning senaste året.

Gruppen återkom flera gånger till upplevelsen att för få LVM-utredningar leder till ansökan. Personen ska nästan vara nära att dö och stor vikt läggs på läkarintyget. Oftast blir det också en

¹⁸ Barns Rätt som Anhöriga, en stödsats för barn

diskussion om vården kan tillgodoses enligt Socialtjänstlagen, personen ska flera gånger om visa att hen inte har förmågan att ta emot frivillig vård. En avgörande faktor är vad som är sjukvårdens ansvar. Så fort LVM tillämpas släpper landstinget allt ansvar vilket blir förödande för samsjukliga klienter. Det sociala rekvisitet bedöms hos de yngre vuxna men få unga vuxna har så allvarlig missbruksproblematik att LVM blir tillämpligt. Merparten av de unga har mycket psykisk ohälsa och om psykiatrin eller socialtjänsten ska agera är en ständig fråga. SIP beskrevs som ett bra verktyg för samverkan men fungerar inte alltid i praktiken, ibland kommer inte psykiatrin till det kallade mötet. Gruppen betonade att Case Manager skulle behövas i större omfattning.

Till viss del påverkar kostnadstänkande eftersom LVM spräcker budgeten direkt, men gruppen uppgav att den etiska aspekten ändå är avgörande; att LVM-vården inte innebär bra vård.

Styrkor och utvecklingsområden

Nedan följer en kortfattad sammanfattning av de styrkor och utvecklingsområden som framkommit vid Södermalm stadsdelsförvaltning. Ett mer utvecklat resonemang återfinns i den avslutande analysen.

Styrkor

- Rättssäker dokumentation
- Fokus på att tillgängliggöra verksamheten för målgruppen
- Satsning på samsjuklighetshandläggare
- Mycket motivationsarbete framkom

Utvecklingsområden

- Tydliggör resonemang om samtyckets tillförlitlighet
- Barnperspektivet behöver synliggöras i dokumentationen
- Sänka ribban i LVM-bedömningar
- Öka helhetssynen

Intervjuer anhörig- och brukarperspektiv

Föräldraföreningen mot Narkotika (FMN)

Det framkom vid intervjun att anhöriga upplever att LVM tillämpas oerhört restriktivt och därför sällan blir aktuellt. Föreningen beskrev att en långvarig vård och behandlingskedja behövs men ofta saknas. Anhöriga till unga personer i missbruk behöver uppleva att socialtjänsten gör allt som är möjligt men uppfattar istället att det

oftast blir öppenvårdsinsatser gång på gång. Många brukare har komplicerade behov och föreningen upplever en brist på samordning mellan olika aktörer som får till följd att den enskilde hamnar mellan stolarna. FMN uppgav att socialtjänstens stöd till anhöriga behöver stärkas eftersom stödets kvalitet och omfattning skiljer sig mycket mellan olika stadsdelar. Socialtjänstens bemötande och personalkontinuitet är viktigt, likaså att socialtjänsten aktivt och systematiskt har arbetssätt för att involvera anhöriga.

Föreningen Equal

Vid intervjun uppgav företrädarna för Equal att de uppfattar att LVM extremt sällan tillämpas även när det gäller personer där LVM borde ses som aktuellt. En reflektion som framfördes är att föreningen stöter på fler människor som sedan har dött än som fått LVM-vård. Föreningen beskrev att öppenvård överlag verkar prioriteras som insats, oavsett den enskildes förutsättningar att klara vård i öppna former.

Föreningen såg vidare stora problem för de samsjukliga, att de med psykiatriska problem inte får hjälp via psykiatrin så länge stabil nykterhet ej finns. Likaså att för höga krav ställs av socialtjänsten på den enskilde och att merparten av brukarna som Equal kommer i kontakt med skulle behöva en Case Manager för att klara av myndighetskraven. Många får inte den behandling de behöver vilket uppfattas ha blivit sämre på grund av framför allt bristande personalkontinuitet, socialtjänstens budgetstyrning samt bristande interna samverkan t.ex. mellan missbruksvården och ekonomiskt bistånd. Equal betonade vikten av långsiktig planering, tätare uppföljning/utsluss och individuella bedömningar som bygger på helhetssyn. Stuprören både inom socialtjänsten och mellan socialtjänsten och andra aktörer har blivit allt mer vattentäta, vilket måste motverkas.

Avslutande analys

Socialtjänstens arbete ska enligt Socialtjänstlagen bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet. Insatser ska planeras i samråd med den enskilde och det motiverande och uppsökande arbetet är avgörande för att nå hållbara resultat. Motiverande samtal, individuella bedömningar och en bred repertoar av insatser utifrån olika gruppers behov är helt grundläggande faktorer i missbruksvårdens arbete. Den aktuella granskningen handlar dock om hur socialtjänsten hanterar de fall

där frivillig vård ej räcker utan där tvång måste övervägas för att skydda den enskilde från katastrofala konsekvenser av missbruket. Socialtjänstens uppgift är oerhört komplicerad och många försvårande faktorer på samhällsnivå präglar arbetet. Det är med ödmjukhet och respekt för detta faktum som granskningens analys framförs.

Trygghet och säkerhet

Inga avgörande skillnader mellan enheterna framkom i hur och när tvångslagstiftningen tillämpades i enskilda ärenden vilket utifrån ett likställighetsperspektiv är positivt.

Vid varje granskad enhet återfanns 2-3 ärenden av 15 totalt där socialtjänstinspektörerna gjorde en annan bedömning än verksamheten i frågan om LVM var tillämpligt eller ej. Det förekom till exempel förhandsbedömningar där en eller flera externa kontakter togs och där flera hembesök samt långvarig handläggning med tydliga kontrollinslag skedde. Är bedömningen att den slags åtgärder är nödvändiga ska utredning inledas, med hänsyn till rättssäkerheten.

En viss passivitet i handläggningen framträdde vidare ibland i dokumentationen. Det krävdes generellt flera orosanmälningar och LVM-anmälningar innan utredning med stöd av LVM inleddes, trots att allvarliga uppgifter inkom redan i den första anmälan. Relativt få LVM-utredningar inleddes på eget initiativ trots att det fanns god kännedom om den enskildes accelererande missförhållanden. Såväl Justitieombudsmannen som IVO har inom ramen för den nationella tillsynen observerat liknande tendenser.¹⁹ Både med hänsyn till rättssäkerhet och till den enskildes rätt till skydd finns skäl att överväga om ribban för att inleda utredning är för högt satt.

Jämnt fördelat vid alla enheter återfanns också några ärenden där LVM-utredning avslutades med hänvisning till frivillig vård, där biståndet dock inte matchade vad som framkommit om vårdbehovet, till exempel några veckors boende utan egentligt behandlingsinnehåll. Liknande iakttagelser har gjorts av IVO²⁰. En möjlig delorsak till detta är att kvaliteten i LVM-vården uppfattas som väldigt låg och att andra genomförbara insatser därför prioriteras på ett långtgående sätt. Enligt lagstiftningen ska dock

¹⁹ Inspektionen för Vård och Omsorg (2018) Vad har IVO sett 2017, JO-beslut dnr 5747-2016, IVO-beslut Dnr 8.5-31495/2016-4

²⁰ Inspektionen för Vård och Omsorg (2018) Vad har IVO sett 2017?

LVM tillämpas då kriterierna är uppfyllda, och insatsen ska matcha vårdbehovet.

I utredningarna var brukarens hälsa väl beskriven medan övriga rekvisit inte var lika väl uppmärksammade, framför allt det sociala rekvisitet. Vid intervjuerna och fokusgrupperna framkom att det sociala rekvisitet kommit att tolkas snävt, till exempel att det uppfattades uteslutande avse unga missbrukare upp till en viss ålder (denna ålder skilde sig mellan olika enheter). Vidare framträdde en uppfattning att rekvisitet förutsätter att den unge missbrukaren har en etablerad social förankring att förlora. Rekvisitet riktar visserligen in sig främst till den yngre målgruppen men en helhetsbedömning ska göras och risken att förstöra sitt liv kan i en sådan omfatta fler än endast unga vuxna. Vidare är den unga vuxnes *framtida möjligheter* till att få en social förankring också viktigt att bevaka. Vid Farsta tillämpades det sociala rekvisitet inte lika begränsat som vid övriga granskade enheter.

Vid Södermalm och Enheten för hemlösa innehöll dokumentationen adekvata dokument och beslut medan sådana fattades oftare vid Farsta och Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltningar. Flera handläggare beskrev att utredningsdokumentationen tenderar att prioriteras lägre då ansökan om LVM inte blir aktuellt. Att utredningsdokument saknades i 27 % av ärendena innebär att rutiner och enheternas egenkontroller behöver stärkas. Bortfallet fanns framför allt i ärenden som handlades enligt SoL.

Självbestämmande och integritet

Det är positivt att de granskade ärendena i hög grad präglades av omfattande motivationsarbete vilket visar på ett gott socialt arbete. Dokumentationen visade tydligt att socialtjänsten lade stor kraft på att motivera den enskilde till att ta emot hjälp.

I dokumentationen framträdde den enskildes delaktighet tydligt, genom att den enskilde fick många möjligheter att framföra sin inställning och påverka vårdens utformande. I intervjuerna framkom vidare att socialsekreterarna ser den enskildes uttalade samtycke som avgörande. Att socialsekreterarna lägger stor vikt vid att ge den enskilde inflytande är mycket positivt. Dock finns anledning att betona att behovet om tvångsvård slutligen måste avgöras utifrån socialtjänstens helhetsbedömning. Klientens samtycke är en central del av den bedömningen men utifrån lagstiftningens syfte kan det inte vara ensamt avgörande.

”Ett samtycke till frivillig vård undanröjer inte automatiskt behovet av LVM-vård. Stadsdelsnämnden är skyldig att självständigt pröva om samtycket till frivillig vård kan bedömas tillförlitligt. Det kan finnas anledning att tillämpa LVM-vård även när samtycke till frivillig vård föreligger, t.ex. när missbrukaren vid upprepade tillfällen avbrutit frivillig vård oplanerat och i förtid för att snabbt återfalla i missbruk. Alla möjligheter till frivillig vård behöver inte ha prövats i praktiken men missbrukaren måste ha fått erbjudande om och varit med om att diskutera vårdformer som har bedömts passa honom eller henne innan det kan slås fast att han eller hon är omotiverad för frivillig vård eller att frivilliga insatser bedöms otillräckliga.²¹”

Resonemang om samtyckets tillförlitlighet och hållbarhet över tid saknades i 75 % av ärenden. Även om den enskilde uttryckte *vilja* till vård framkom det i många fall att *förmågan* att tillgodogöra sig vård på frivillig väg borde ha uppfattas som oerhört skör. Mot bakgrund av de psykosociala förutsättningar och den enskildes vård- och behandlingshistoria var det i många ärenden svårt att förstå hur den enskildes samtycke bedömdes utgöra grund för en hållbar frivillig planering. I en stor del av ärendena blev också den frivilligt planerade vården inte av eller avbröts efter en kortare tid. Inspektörerna saknade i flera av dessa fall att ställningstagande till LVM gjordes på nytt.

Helhetssyn och samordning

Samverkan med landstingets beroendevård förekom i hög grad i princip alla ärenden; kring anmälningar, läkarundersökningar och avgiftning/akut vård. Det framkom dock omfattande utmaningar, såväl i dokumentationen som i intervjuerna, gällande samverkan med olika former av psykiatri. Ledning och medarbetare beskrev stora svårigheter att få adekvata psykiatriska utrednings- och vårdinsatser tillgänglig för den enskilde med missbruksproblem. SIP förekom endast i något enstaka ärende trots att merparten av brukarna i de granskade ärendena hade omfattande samsjuklighet. Flera av enheterna beskrev att de arbetar med SIP, detta återspeglades dock inte i de aktuella ärendena. IVO har visat på att socialtjänsten och landstinget inte lyckas skapa en hållbar vård- och behandlingskedja²² vilket även framträdde tydligt i de aktuella

²¹ Handläggning av ärenden enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) sid 7. Riktlinjer antagna av KS 2002-02-20, uppdaterade 2014-04-14

²² Inspektionen för Vård och Omsorg (2017) Unga personer inom missbruks- och beroendevården

ärendena. Insatser vid samsjuklighet behöver ske parallellt²³ och det är tydligt att det systemet inte ger tillräckliga förutsättningar för detta, såväl avseende brukare i frivillig vård som under placeringar vid LVM-hem.

Kanske som en följd av detta präglades många ärenden av en brist på helhetssyn, på så sätt att den enskildes förhållanden i utredningarna bröts ned och kategoriserades snävt och åtskilt från varandra. Enstaka negativa urinprov eller kortare perioders nykterhet användes i argumentation att fortgående missbruk inte förelåg trots att annan inkommen allvarlig information visade på motsatsen. Den enskildes historia av psykossjukdom byggde argumentation för att psykiatrin snarare än socialtjänsten bar ansvaret, trots accelererande pågående missbruk med allvarliga konsekvenser. Vid intervjuerna framkom att motsvarande resonemang i ärenden förs fram från landstingets sida. Det blir tydligt att samhällssystemets strukturella brister får hanteras på handläggarnivå och att brukaren därför riskerar falla mellan stolarna. Hur ett tryggt och allsidigt omhändertagande systematiskt ska finnas för samsjukliga blir svårt att lösa för den enskilda socialsekreteraren, utan måste hanteras på en övergripande nivå.

I 38 % av ärendena framgick det inte om den enskilde hade barn eller inte, jämnt fördelat vid de granskade enheterna. Barnkonsekvensanalys saknades helt och barn gjordes inte delaktiga. Detta, samt att anmälan eller överföring till Barn- och ungdom endast gjordes i 20 % av ärendena som rörde en missbrukande förälder, visar på ett behov av att stärka barnrättsperspektivet. Eftersom utvecklingsarbete pågår vid de aktuella stadsdelsförvaltningarna kommer dessa resultat sannolikt förbättras framåt. Stadens stödmaterial²⁴ för ett barnrättsperspektiv bör utgöra ett stöd i detta arbete.

Hos de brukare som var föräldrar var föräldrarollen beskriven i knappt 20% av ärendena. Södermalm hade i högst grad belyst föräldrarollen. Eftersom föräldraskapet är en kraftfull motiverande faktor²⁵ bör föräldraskapet systematiskt uppmärksammas i socialtjänstens arbete med föräldrar i missbruk.

²³ Socialstyrelsen (2017) Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

²⁴ Stockholm stad (2017) Stödmaterial för barnrättsperspektiv inom socialtjänsten

²⁵ Socialstyrelsen (2012) Föräldraskap och missbruk ISBN 978-91-86885-84-7

Baserat på vad som framkom i intervjuerna om stöd till anhöriga ser det olika ut kring hur systematiskt detta görs. Enligt Stockholm stads program för stöd till anhöriga avses med anhörigperspektiv²⁶:

”...att socialtjänsten ska samverka med anhöriga, erbjuda anhöriga att delta i biståndsutredningen och ta hänsyn till anhörigas synpunkter vid biståndsbedömning och utförande. Dessutom innebär anhörigperspektiv att utreda anhörigas behov och informera om kommunens stöd, hålla regelbunden kontakt och följa upp stödinsatserna och se till att sjukvården och socialtjänsten samverkar.”

Mot bakgrund av att stödet varierar i utformning och systematik ser socialtjänstinspektörerna att fortsatt utvecklingsarbete behövs för att anhöriga får adekvat inflytande och stöd.

Tillgänglighet

Vid flera enheter är målgruppen prioriterad på så sätt att utvecklingsarbete pågår eller att nya funktioner för att möta målgruppens specifika behov tas fram, till exempel i form av LVM-lots eller samsjuklighetshandläggare. Med tanke på de komplexa behov och den utsatthet som präglar ärendena är det mycket positivt att satsningar och anpassningar görs för att komma in så tidigt som möjligt.

I merparten av ärendena genomfördes utredningarna inom några veckors tid och den enskilde fick insatser relativt snabbt. Långdragna förhandsbedömningar förekom, men i en låg andel. Cirka 80 % av klienterna fick en eller flera insatser vilket visar på en tillgänglighet i missbruksvården. Framför allt Enheten för hemlösa hade mycket snabba handläggningstider.

Vid Södermalm fördes resonemang kring hur verksamheten kan göras mer tillgänglig utifrån brukarnas förutsättningar, vilket är mycket positivt. En stor grupp av de aktuella brukarna lever med sociala, psykiatriska och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar vilket ofta innebär påtagliga praktiska svårigheter för den enskilde. Svårigheter i form av bristande social förmåga, flexibilitet och följsamhet kan bli avgörande i kontakten med myndigheter. Här kan anknytas till föreningen Equals uppfattning om att merparten av brukarna som Equal möter skulle behöva en Case Manager för att

²⁶ Program för stöd till anhöriga 2017-2020, sida 6. Dnr 3.1.1-244/2016 och 540-244/2016

klara av att samordna och hantera socialtjänstens krav. För att göra verksamheten tillgänglig krävs att socialtjänsten aktivt erbjuder anpassade krav, flexibla och individuella lösningar och övriga hänsyn till de utmaningar som funktionsnedsättningen medför.

Kunskapsbaserad verksamhet och Effektivitet

Att relativt få utredningar byggde på ASI-underlag kan förstås mot bakgrund av att instrumentet bygger på den enskildes medverkan vilket kan vara svårare att åstadkomma i LVM-ärenden. Samtidigt utmynnade de allra flesta LVM-utredningar i en frivillig planering och utifrån det finns anledning att följa upp att ASI systematiskt används i utredningsarbetet.

Vid 2-3 ärenden per stadsdelsförvaltning framgick det av utredningen inte tydligt vilken planering som gjordes för klienten utöver än en generell formulering om frivilliga insatser. I 40 % av ärendena saknades helt en konkret arbetsplan eller aktuella uppdrag till utföraren och det var i dessa ärenden också svårt att utläsa att uppföljning skedde på ett strukturerat sätt. Mer fokus på strukturerad uppföljning och användande av SMARTA²⁷ mål och delmål kan bidra till att insatsernas genomförande och utfall blir tydligare. Det förekom också att planering för utsluss och eftervård efter placeringar var otydlig vilket innebär att de eventuella resultat behandlingen uppnår riskeras.

Jämställdhetsanalys

Granskningen har haft ett jämställdhetsperspektiv på så sätt att variablerna har granskats uppdelat på kön, för att på så sätt kunna hitta eventuella omotiverade skillnader mellan män och kvinnor. Kvinnorna utgjorde närmare en tredjedel av de granskade ärendena, vilket speglar den nationella statistiken avseende kvinnor som vårdats enligt LVM. Granskningen visade inga skillnader i handläggningen av LVM utifrån kön. Det fanns dock en viss skillnad i om våld i nära relationer hade belysts i utredningarna, där våld belystes i något högre grad i kvinnornas utredningar än i männens. Genom systematiskt användande av ASI skulle målgruppens eventuella våldsutsatthet eller våldsutövande kunna belysas på ett likartat sätt.

²⁷ Specifikt, Mätbart, Accepterad, Realistiskt, Tidsbundet

Bilaga - tabeller

Utredningar

Samtliga granskade enheter. Jämförelse i procent.

Kön	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby-Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
Man	80	53	80	67	70
Kvinna	20	47	20	33	30
Totalt	100	100	100	100	100

Ålder	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby- Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
18-19	0	0	7	0	2
20-29	7	27	27	40	25
30-39	47	33	7	27	28
40-49	13	7	33	13	17
50-65	33	27	13	20	23
66 -	0	7	13	0	5
Totalt	100	101	100	100	100

Boende	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby- Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
Har stabilt boende	0	40	60	73	43

Typ av missbruk	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby- Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
Alkohol	47	60	60	60	57
Narkotika	87	87	60	73	77
Läkemedel	73	40	73	67	63
Blandmissbruk	87	67	87	73	78

Hälsa	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby- Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
Psykisk ohälsa	87	87	60	100	83
Fysisk ohälsa	100	53	67	60	70
NPF	33	40	40	33	37

Källa för anmälan	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby-Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
Läkare	73	87	87	73	80
Polis	7	7	7	13	8
Eget initiativ	20	7	7	13	12
Totalt	100	100	100	100	100

Tid från anmälan till beslut om att inleda eller ej inleda LVM utredning	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby-Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
< 7 dagar	80	53	27	53	53
8-14 dagar	13	20	27	27	22
15-30 dagar	7	7	40	13	17
31-45 dagar	0	20	0	7	7
46 dagar eller mer	0	0	7	0	2
Totalt	100	100	101	100	101

Utredning	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby-Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
Ledde till LVM-utredning	93	53	53	87	72
Finns LVM utredningsdokument	100	100	63	100	93
Ledde till SoL-utredning	7	47	47	13	28
Finns SoL utredningsdokument	100	71	50	100	67
Beställning	87	60	40	53	60

Utrednings- tid	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby- Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
< 1 mån	87	47	27	27	47
1-2 mån	13	40	60	53	42
3-4 mån	0	0	7	20	7
Framgår ej	0	13	7	0	5

ASI	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby- Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
Ja	47	33	33	40	38
Nej	53	67	67	60	62

LVM-rekvisit som belyses i utredningen	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby- Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
Hälsorekv.	100	80	73	100	88
Våldsrekv.	14	50	50	54	40
Sociala rekv.	0	63	0	23	19

Belyses sociala rekv.	Enheten för Hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby- Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
Ålder					
18-19	0	0	0	0	0
20-29	0	100	0	75	63
30-39	0	100	0	0	20
40-49	0	0	0	0	0
50-	0	0	0	0	0
Totalt	0	63	0	23	19

Beskrivs våld	Enheten för hemlösa (n=15)		Farsta (n=15)		Hässelby- Vällingby (n=15)		Södermalm (n=15)		Totalt (n=60)	
	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna
Ja	0	100	13	14	0	0	10	40	5	34
Nej	100	0	87	86	100	100	90	60	95	66

Barnperspektiv	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby-Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
Uppmärksammat om det finns barn	60	67	60	60	62
Har barn	20	13	20	13	17
Föräldrarollen beskrivs	0	33	0	50	18
Anmälan BoU	0	0	33	50	20
Samverkan BoU	0	0	33	50	20

Samtycke till vård	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby-Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
Samtycke finns	93	73	73	67	77
Resonemang om samtyckets tillförlitlighet finns	36	17	9	40	26

Ledde till insatser	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby-Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
Ja	100	80	80	73	83
Nej	0	13	20	27	15
Framgår ej	0	7	0	0	2

Insats	Enheten för hemlösa (n=15)	Farsta (n=15)	Hässelby-Vällingby (n=15)	Södermalm (n=15)	Totalt (n=60)
Omedelbar LVM	20	7	20	7	13
LVM-hem	13	20	20	13	17
Öppenvård	0	20	40	40	25
Dygnetruntvård	47	40	53	20	40
Öppenvård + boende	47	13	13	20	23

Förhandsbedömningar

Samtliga granskade enheter. Resultaten redovisas i antal på grund av litet underlag med fem förhandsdömningar per enhet.

Tid från anmälan till beslut om att inleda eller ej inleda LVM utredning	Enheten för hemlösa (n=5)	Farsta (n=5)	Hässelby-Vällingby (n=5)	Södermalm (n=5)	Totalt (n=20)
7 dagar eller mindre	4	1	0	1	6
8-14 dagar	0	1	0	3	4
15-30 dagar	1	2	3	0	6
31-45 dagar	0	1	1	0	
46 dagar eller mer	0	0	1	1	

Handläggning	Enheten för hemlösa (n=5)	Farsta (n=5)	Hässelby-Vällingby (n=5)	Södermalm (n=5)	Totalt (n=20)
Externa kontakter	4	2	2	2	10
Hembesök	0	0	1	1	2

Barnperspektiv	Enheten för hemlösa (n=5)	Farsta (n=5)	Hässelby-Vällingby (n=5)	Södermalm (n=5)	Totalt (n=20)
Uppmärksammat om det finns barn	0	0	2	1	3
Har barn	1	2	0	1	4
Anmälan BoU	0	0	0	1	1
Samverkan BoU	0	0	0	0	0