

# Missbruks- och beroendevården

lakttagelser och resultat  
från tillsyn 2008–2010

*Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.*

Artikelnr 2011-5-24

---

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), juni 2011

# Förord

---

Enligt regeringens uppdrag har Socialstyrelsen och länsstyrelserna granskat missbruks- och beroendevården inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten under åren 2008–2010. Tillsynen omfattade drygt 670 verksamheter. Den 1 januari 2010 övergick hela tillsynsuppdraget till Socialstyrelsen.

Rapporten riktar sig i första hand till regeringen. Den vänder sig också till kommuner och landsting och till dem som företräder personer som kommer i kontakt med missbruks- och beroendevården.

Rapporten har utarbetats med *Karin Björnson* som huvudredaktör i samarbete med *Gunnel Hedman Wallin* och *Anna Jedenius*. På nästa sida presenteras övriga som utformat tillsynen och som varit delaktiga.

Lars-Erik Holm  
Generaldirektör

# Medverkande

---

Två arbetsgrupper har gett vägledning för tillsynens inriktning, utarbetat intervju- och enkätunderlag, svarat för metodstöd och deltagit i att ta fram och analysera resultatet. Arbetsgrupperna har också arrangerat gemensamma erfarenhetskonferenser för all personal som utfört tillsynen. Deltagarna representerade olika regioner i landet.

## Arbetsgrupp för socialtjänst

Gunnel Hedman Wallin, projektledare. Andreas Ericson, Britta Johnsson, Rolf Köhler, Stefan Roman, Maria Sjöberg

## Arbetsgrupp för hälso- och sjukvård

Anna Jedenius, projektledare. Lisbeth Abrahamsson Emma Aveborn, Christina Carlsson, Gudrun Kågström Lindberg, Jörgen Maersk-Möller, Jonas Nilsson

## Övriga medverkande

Andra medarbetare har representerat regionerna i arbetsgrupperna under olika tidsperioder. Hans Askerlund, Marianne Bentzel Håkansson, Claes Nilsson, Pernilla Lindgren, Katarina Pihl och Christine Ståhle har deltagit i arbetsgruppen för socialtjänst. Maria Hallén, Stig Söderberg och Per Åkeson har deltagit i arbetsgruppen för hälso- och sjukvård.

Björn Emanuelsson gav värdefull hjälp i arbetet med att utforma datastöd. Övriga som bidragit med analyser och statistik är bland andra Ulf Malmström, Carina Forsberg, Erik Höglund, Daniel Svensson och Maria Öhman.

# Innehåll

---

<i>Förord</i>	3
<i>Medverkande</i>	4
Arbetsgrupp för socialtjänst	4
Arbetsgrupp för hälso- och sjukvård	4
Övriga medverkande	4
<i>Sammanfattning</i>	8
Socialstyrelsens tillsyn och effekter	8
Missbruks- och beroendevården i landet har kvalitetsskillnader	8
Det systematiska kvalitetsarbetet brister	9
Inom hälso- och sjukvården finns samverkanssvårigheter	9
De nationella riktlinjerna används och är väl kända	9
Bemötandet påverkar rättssäkerheten	10
Planeringen av vården brister i socialtjänsten	10
Behandlingspersonal saknar adekvat kompetens	10
Barns och närståendes situation behöver bli synligare	11
Enskilda är generellt nöjda med insatserna	11
Initiativ och åtgärder	12
<i>Regeringsuppdraget</i>	13
Inriktning	13
Att utveckla tillsynen	13
Genomförandet	14
<i>Metoder i tillsynen</i>	15
Syftet med tillsynen	15
Uppdragets inriktning	15
Organisatorisk samverkan	15
Vägledande för tillsynen	15
Urval av tillsynsobjekt	16
Utveckling av tillsynen	16
Tillsynsmyndigheterna benämns Socialstyrelsen	19
<i>Planering, styrning och kunskaps- baserad vård</i>	20
Inledning	20
Uppdraget	20

<b>Genomförandet</b>	<b>20</b>
<b>Övergripande planering</b>	<b>21</b>
<b>De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården</b>	<b>22</b>
<b>Sammanfattande iakttagelser</b>	<b>23</b>
<b><i>Hur behov av stöd och vård uppmärksammas, bedöms och utreds</i></b>	<b>25</b>
<b>Inledning</b>	<b>25</b>
<b>Primärvården</b>	<b>25</b>
<b>Anmälningar till socialtjänsten</b>	<b>31</b>
<b>Handläggning av utredningar</b>	<b>34</b>
<b><i>Öppenvård och beroendevård</i></b>	<b>44</b>
<b>Uppdraget</b>	<b>44</b>
<b>Genomförandet</b>	<b>44</b>
<b>Vårdens målgrupper och inriktning</b>	<b>46</b>
<b>Personalens kompetens</b>	<b>47</b>
<b>Insatser och metoder</b>	<b>49</b>
<b>Tillgänglighet</b>	<b>51</b>
<b>Kvalitetssystem och dokumentation</b>	<b>51</b>
<b>Delaktighet</b>	<b>54</b>
<b>Synpunkter från enskilda</b>	<b>54</b>
<b>Socialstyrelsens beslut</b>	<b>56</b>
<b>Sammanfattande iakttagelser</b>	<b>57</b>
<b><i>Hem för vård eller boende</i></b>	<b>58</b>
<b>Uppdraget</b>	<b>58</b>
<b>Genomförandet</b>	<b>58</b>
<b>Allmänt om HVB i granskningen</b>	<b>59</b>
<b>Bedrivs vården med god kvalitet och säkerhet?</b>	<b>61</b>
<b>Delaktighet</b>	<b>65</b>
<b>Hälso- och sjukvård inom HVB</b>	<b>65</b>
<b>Synpunkter från enskilda</b>	<b>66</b>
<b>Socialstyrelsens beslut</b>	<b>66</b>
<b>Sammanfattande iakttagelser</b>	<b>67</b>
<b><i>Samverkan</i></b>	<b>68</b>
<b>Uppdraget</b>	<b>68</b>
<b>Allmänt</b>	<b>68</b>
<b>Samverkan inom hälso- och sjukvården och med socialtjänsten</b>	<b>68</b>
<b>Samverkan inom socialtjänstverksamheter och med andra huvudmän</b>	<b>69</b>

Integrerade mottagningar och organiserad samverkan	69
Sammanfattande iakttagelser	70
<i>Barn</i>	72
Uppdraget	72
Lagreglering	72
Allmänna iakttagelser	72
Hälso- och sjukvård	73
Socialtjänst	74
Sammanfattande iakttagelser	75
<i>Närstående</i>	76
Uppdraget	76
Hälso- och sjukvård	76
Socialtjänst	77
Sammanfattande iakttagelser	77
<i>Trender</i>	79
Metoder i de nationella riktlinjerna sprids	79
Öppenvården byggs ut	79
Vården inom HVB förändras ständigt	79
Fler kommuner erbjuder insatser utan biståndsprövning	79
Samverkan blir vanligare men det finns problem	80
<i>Diskussion och analys</i>	81
Vårdens organisation, ledning och styrning	81
Insatser för kvinnor och män	82
Samverkan	82
Personalens kompetens	83
Kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården	83
Rättssäker handläggning	84
Behandlingsplanering och uppföljning av vård	85
Metoder i vård och behandling	86
Icke biståndsbedömda insatser enligt socialtjänstlagen	87
Barn och andra närstående	88
<i>Referenser</i>	90
<i>Bilaga – Tillsyn regional fördelning</i>	91
Tillsynsregioner	91
Hälso- och sjukvård	91
Socialtjänst	92

# Sammanfattning

---

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har förstärkt och utvecklat tillsynen av missbruks- och beroendevården under åren 2008–2010, på uppdrag av regeringen. Den 1 januari 2010 övergick hela tillsynsuppdraget till Socialstyrelsen. I denna rapport redovisar Socialstyrelsen iakttagelser och resultat från tillsynen och hur den genomfördes. Socialstyrelsen används i sammanfattningen som benämning för tillsynsmyndigheterna.

## Socialstyrelsens tillsyn och effekter

Socialstyrelsen har i tillsynen granskat drygt 670 verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen har gjort påpekanden eller ställt krav på åtgärd eller uppföljning i cirka 60 procent av besluten som rör primärvård, beroendevård och psykiatri. Inom socialtjänsten riktade Socialstyrelsen kritik till hälften av verksamheterna och ställde krav på redovisning av åtgärder. Verksamheterna har rapporterat vilka åtgärder de hade gjort eller avsåg att genomföra med anledning av påtalade brister. Ibland genomfördes en uppföljande tillsyn. Med få undantag bedömde Socialstyrelsen att de åtgärder som redovisades var tillräckliga. En effekt av tillsynen som har iakttagits, men som inte kan mätas, är den process som sätts igång när Socialstyrelsen ställer frågor och för samtal kring olika företeelser som kvalitetssystem och Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2007)[1].

## Missbruks- och beroendevården i landet har kvalitetsskillnader

Tillsynen visade att kvaliteten inom både hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens missbruks- och beroendevård varierade mellan olika delar av landet. Det fanns också skillnader i utbudet av insatser. Skillnaderna var sådana att målet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen inte uppfylldes. Socialnämnder fullgjorde inte alltid uppgiften att svara för råd, stöd och vård för de som behövde detta. Landsting och kommuner tog inte ett tillräckligt ansvar för att medborgarna fick tillgång till en utbyggd missbruks- och beroendevård. Inom hälso- och sjukvården saknade de flesta verksamheter dessutom ett tydligt uppdrag från landstingen för arbetet med personer med missbruks- och beroendeproblem. Få landsting begärde att verksamheterna skulle redovisa resultat eller hade gett direktiv om uppföljning och utvärdering. Det fanns inte alltid tydliga mål för socialnämndernas arbete med missbruksvården.

Tillsynen visade att stora delar av missbruks- och beroendevården behöver följa upp sina insatser och resultat bättre.

## Det systematiska kvalitetsarbetet brister

Många verksamheter i hälso- och sjukvården saknade ett strukturerat kvalitetsarbete och skriftliga rutiner i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Kvalitetsarbetet behövde till exempel förbättras när det gällde dokumentation, anmälningsskyldighet, egenkontroll och uppföljning samt införande av nya metoder.

Socialtjänsten omfattas av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. I huvudsak är det dock enbart ett allmänt råd inom individ- och familjeomsorgens område. Verksamheterna hade brister när det gällde att beskriva processer, hantera klagomål samt dokumentera och följa upp vården. Vidare var det svårt att följa upp icke biståndsbedömda insatser inom socialtjänsten. Svårigheterna berodde på att insatserna inte dokumenterades.

Verksamheter inom hälso- och sjukvård har som en följd av tillsynen exempelvis upprättat skriftliga rutiner för alla områden som rör den lagstadgade anmälningsskyldigheten samt vidtagit åtgärder för att förbättra dokumentationen. En abstinensvårdsverksamhet som låg långt ifrån ortens sjukhus flyttades efter Socialstyrelsens tillsyn till en avdelning på sjukhuset för att uppfylla kraven på patientsäkerhet. Öppenvård enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, har redovisat olika åtgärder för att införa kvalitetssystem eller delar av ett sådant.

## Inom hälso- och sjukvården finns samverkanssvårigheter

Inom hälso- och sjukvården hade primärvården och den specialiserade beroendevården ofta svårt att samverka, särskilt när beroendevården bedrevs vid psykiatriska kliniker. Primärvården och socialtjänsten hade däremot som regel en väl fungerande samverkan, enligt verksamhetsföreträdarna.

Vidare drogs gränsen mellan beroendevård och öppenvård inte på samma sätt i alla regioner. I delar av landet tolkade beroendevården sitt uppdrag snävt och hänvisade de flesta med missbruks- och beroendeproblem till den kommunala öppenvården.

Integrerade mottagningar med både hälso- och sjukvård och socialtjänst fungerade dock bra. De kunde ge samtidiga insatser till personer som behövde det, och hade oftast ett brett utbud av stöd och behandling.

## De nationella riktlinjerna används och är väl kända

Det är positivt att verksamheter runt om i landet arbetade med att implementera Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2007[1]. Dessutom hade samverkansöverenskommelser träffats mellan huvudmän inom ramen för Sveriges Kommuner och Landstings projekt ”Kunskap till praktik”. Metoder som rekommenderas i riktlinjerna hade fått

spridning och användes av de flesta granskade verksamheter, och det fanns ett intresse för kunskapsbaserade metoder. Metoderna tillämpades dock inte alltid på det sätt som riktlinjerna förutsätter. Utövarna hade inte alltid lämplig kompetens och utbildning för att använda behandlingsteknikerna i praktiken.

## Bemötandet påverkar rättssäkerheten

Socialtjänsten tillgodosåg inte de enskildas rättssäkerhet fullt ut i sin handläggning och dokumentation av utredningar. Man uppfyllde inte de formella kraven på handläggningen, och i viss utsträckning handlade det också om att underlaget för nämndens beslut var bristfälligt. Dessutom dokumenterade socialtjänsten inte de enskildas delaktighet tillräckligt.

Personalens förhållningssätt och bemötande av enskilda är viktiga faktorer i socialtjänstens arbete. Socialstyrelsens granskningar av utredningar visade att personalen många gånger motiverade personer att ta emot hjälp, även när de inte själva hade ansökt om den. Tillsynen av socialtjänstens hantering av anmälningar visade dock att socialtjänsten ibland var för passiv i försöken att få kontakt med den enskilde.

Tillsynen har resulterat i att socialnämnderna infört rutiner och riktlinjer för en rättssäker handläggning och att utbildningsinsatser genomförts för personalen. Kommuner hade infört eller uppgett att de kommer att använda ASI<sup>1</sup> mer systematiskt för att få ett allsidigt beslutsunderlag.

## Planeringen av vården brister i socialtjänsten

Socialnämndens vårdplaner fanns sällan med som ett skriftligt underlag när hem för vård eller boende (HVB) planerade för den enskildes vård. I knappt hälften av de granskade verksamheterna fanns inte behandlingsplaner upprättade för samtliga inskrivna. Hälften av HVB förde inte journalerna i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende. Även inom öppenvården enligt SoL fanns brister som gällde genomförandeplaner och dokumentation.

Redovisningar från HVB och från öppenvården innehöll åtgärder för att förbättra behandlingsplaner och dokumentation. Verksamheterna hade utbildat personalen i nya rutiner, och andra hade infört nya system för dokumentation. HVB hade vidare blivit tydligare i att begära in vårdplaner från uppdragsgivarna, och personal hade utsetts för att utföra internkontroller. Vissa verksamheter hade tydligare kopplat bedömningsinstrument som underlag vid utformning av planeringen för den enskilde.

## Behandlingspersonal saknar adekvat kompetens

Behandlingspersonal i öppenvården och vid HVB saknade ibland adekvat utbildning inom vård och omsorg. Personalen i öppenvården hade oftare högskoleutbildning än personalen vid HVB. En av fem föreståndare vid HVB saknade föreskriven högskoleutbildning. Inom hälso- och sjukvården

---

<sup>1</sup> ASI (Addiction Severity Index)

och för handläggare inom socialtjänstens myndighetsutövning uppmärksammade tillsynen inte likartade brister.

Vid HVB där föreståndaren inte hade föreskriven högskoleutbildning var ofta kvalitetsarbetet mindre utvecklat. Färre av dessa HVB hade exempelvis uppföljningsbara mål och kvalitetssystem.

Olika åtgärder redovisades från verksamheter där personalens kompetens hade kritiserats. Exempelvis hade ny personal med adekvat kompetens anställts, personal skulle genomgå grundläggande utbildning eller det planerades fortbildning för personal. Socialstyrelsen återkallade ett tillstånd till enskild verksamhet för ett HVB där bristerna var allvarliga inom flera områden.

## Barns och närståendes situation behöver bli synligare

Återkommande brister var att varken hälso- och sjukvården eller socialtjänsten dokumenterade situationen för barn till personer med missbruks- och beroendeproblem. Verksamhetsföreträdarna uppgav dock att de som regel uppmärksammade barnens situation, även om den inte dokumenterades i den vuxnas journal.

Primärvården saknade ofta skriftliga rutiner för hur man ska anmäla till socialnämnden när barn kan behöva stöd och skydd. Inom beroendevården, öppenvården och HVB syntes behandlingen anpassas till att den enskilde hade familj. Det var vanligare inom öppenvården att metoder användes som riktade sig mot den enskildes nätverk än inom hälso- och sjukvården. Närstående kunde dessutom få hjälp inom öppenvården för egen del. Däremot gavs stöd till barn framför allt inom socialtjänstens enheter för barn och familj och inte inom missbruks- och beroendevården.

Kritiken gällde framförallt att det inte syntes i socialnämndens handläggning och dokumentation av anmälningar och utredningar om och hur barnens situation har uppmärksammats. Kommunernas åtgärder har varit att införa nya rutiner och arbetssätt för att uppmärksamma och beskriva barnens situation. Inom hälso- och sjukvården redovisades skriftliga rutiner för den anmälningsskyldigheten som gäller barn.

## Enskilda är generellt nöjda med insatserna

Enskilda kommer ofta till tals i socialnämndens utredningar men deras delaktighet och insyn i handläggningen måste uppmärksammas mer.

Via intervjuer och enkäter har Socialstyrelsen inhämtat drygt 1 000 personers synpunkter på insatser inom beroendevården, öppenvården och HVB. De enskildas synpunkter är ett värdefullt underlag i tillsynen av hur missbruks- och beroendevården fungerar.

Generellt var de flesta nöjda med insatserna. En del hade dock fått vänta på att få komma till mottagningen inom beroendevården. Inom öppenvården verkade personerna inte alltid ha informerats på ett sådant sätt att de kunnat ta ställning till den behandling de erbjudits, och alla kände inte till hur de kunde framföra kritiska synpunkter. Vidare ansåg en del att bemanningen

var för låg på vissa HVB, och andra var missnöjda med kontakten med socialtjänsten under placeringstiden.

## Initiativ och åtgärder

- Socialstyrelsen kommer i högre grad framöver att inrikta tillsynen på att granska hur vårdgivare och huvudmän lever upp till sitt ansvar för att säkra kvaliteten i sin verksamhet.
- Den 1 januari 2012 beräknas nya föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete träda i kraft. Föreskrifterna kommer att omfatta både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen kommer att ta fram stödmaterial för att underlätta implementeringen av föreskrifterna hos vårdgivare och hos dem som bedriver socialtjänst.
- Socialstyrelsen fortsätter att utveckla arbetet med Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården [2] om olika aspekter av kvalitet inom missbruks- och beroendevården.
- Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård [1] revideras.
- Socialstyrelsen har publicerat Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande åtgärder. Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning (2010) [3]. Slutlig version av riktlinjerna ges ut under hösten 2011.
- Socialstyrelsen planerar att ta fram ytterligare stöd och vägledning för socialtjänstens handläggning av utredningar i form av en handbok och genom att revidera föreskrifterna för tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).
- Kompetenskrav behöver tydliggöras för den personal som arbetar med vård och behandling. Slutbetänkandet av Missbruksutredningen, Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individens kunskapen och ansvaret, tar upp kompetensfrågor (SOU 2011:35) [4].
- Socialstyrelsen kommer att revidera föreskrifterna för HVB. Föreskrifterna utgår från att socialtjänsten är placerande instans, vilket inte alltid är fallet.
- Uppmärksammade brister inom HVB kommer att följas upp i tillsynen.
- Socialstyrelsen har tidigare lyft frågor om icke biståndsbedömda insatser inom socialtjänsten till regeringen i promemorian Individuellt inriktade insatser utan biståndsprövning - underlag för diskussion och ställningstaganden 2008-06-18 [5] och i Socialstyrelsens yttrande över betänkandet Socialtjänsten Integritet-Effektivitet (SOU 2009:32) 09-08-25 [6]. Rättsläget är fortfarande oklart och Socialstyrelsen kommer att belysa frågorna närmare för att ta ställning till vilka ytterligare åtgärder som kan behövas.
- Socialstyrelsen kommer att ta fram ett fördjupningsmaterial kopplat till ASI som stöd för missbruksvårdens arbete när det finns barn och unga i familjen.

# Regeringsuppdraget

---

Socialstyrelsen och länsstyrelserna fick under våren 2008 regeringens uppdrag att förstärka och utveckla tillsynen av missbruks- och beroendevården under åren 2008–2010<sup>2</sup>. Slutbetänkandet från Nationell Psykiatrisamordning Ambition och Ansvar (SOU 2006:100) [7] och delbetänkandet Utredningen om tillsynen av socialtjänsten – En bättre tillsyn av missbrukarvården (SOU 2006:57) [8] visade på brister i missbruks- och beroendevården och i tillsynen av denna. Den 1 januari 2010 integrerades länsstyrelsernas tillsyn enligt socialtjänstlagen (SoL) i Socialstyrelsens organisation, och sedan dess ansvarar Socialstyrelsen för hela uppdraget. I denna rapport redovisar Socialstyrelsen iakttagelser från tillsynen och hur den genomfördes.

## Inriktning

I tillsynen ingick ett urval av verksamheter inom hälso- och sjukvården, från primärvård till specialiserad beroendevård. Uppdraget som gällde socialtjänstens verksamhetsområden var mer omfattande. Alla hem för vård eller boende (HVB)/behandlingshem som erbjuder frivillig institutionsvård skulle granskas, liksom ett urval av verksamheter inom öppenvården. Dessutom ingick att granska socialnämndens handläggning och dokumentation av utredningar i landets samtliga kommuner. I ett urval av kommunerna skulle också granskas hur socialtjänsten hanterar anmälningar om att personer kan behöva stöd och hjälp för sitt missbruk.

Vidare skulle rättssäkerheten vid handläggning och dokumentation granskas, liksom att de berörda hade möjlighet att komma till tals inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Andra frågor som skulle belysas var hur barns och andra närståendes situation uppmärksammades och om det fanns brister i samverkan som innebar att enskilda inte fick den hjälp som de behövde.

Uppdraget omfattade även att granska och stödja landstingens insatser för att åstadkomma en kunskapsbaserad vård i enlighet med Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård [1] och att verka för att kommunerna planerar för de resurser som de behöver för att åstadkomma en kunskapsbaserad vård i enlighet med riktlinjerna.

## Att utveckla tillsynen

Regeringen beviljade särskilda medel för att förstärka och öka tillsynsinsatserna. Socialstyrelsen och länsstyrelserna skulle utveckla metoder i tillsynen med ökad samverkan vid tillsyn som omfattade både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vidare skulle brukar- och patientperspektivet utvecklas i tillsynen, liksom former för brukarmedverkan.

---

<sup>2</sup> Regeringsbeslut 1:118, 2008-04-24, S2008/3958/ST

## Genomförandet

Tillsynen har genomförts av Socialstyrelsen och 21 länsstyrelser. Socialstyrelsen svarar för resultatsammanställningen och den sammantagna bedömningen från tillsynen

Drygt 670 verksamheter inom missbruks- och beroendevården har granskats. Vid 50 av dessa genomfördes en gemensam tillsyn av både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Antalet granskade verksamheter som redovisas i tabell 1 blir högre än antalet tillsynsobjekt då tillsyn av hälso- och sjukvård och socialtjänst redovisas var för sig.

Uppdragen som gällde tillsyn av utredningar i samtliga kommuner och alla HVB kunde inte genomföras i sin helhet vilket har meddelats till Socialdepartementet. En anledning var att all personal från länsstyrelserna inte följde med när den sociala tillsynen fördes över till Socialstyrelsen.

Tabell 1. Antal verksamheter som har granskats

Verksamheter som granskats	Antal
Vårdcentraler	83
Barnmorskemottagningar (mödravårdscentraler)	13
Beroendevård, psykiatri och integrerade mottagningar <sup>3</sup>	99
Annan hälso- och sjukvård	4
Hälso- och sjukvård inom socialtjänstens öppenvård <sup>4</sup>	17
Hälso- och sjukvård inom HVB <sup>5</sup>	19
<b>Totalt, hälso- och sjukvård</b>	<b>235</b>
Kommunernas socialtjänst (myndighetsutövning) <sup>6</sup>	262
Öppenvård	93
Hem för vård eller boende	137
<b>Totalt, socialtjänst</b>	<b>492</b>

<sup>3</sup> Gemensam tillsyn i 14 integrerade verksamheter mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvård

<sup>4</sup> Gemensam tillsyn där granskningen av hälso- och sjukvården var begränsad

<sup>5</sup> Gemensam tillsyn där granskningen av hälso- och sjukvården var begränsad

<sup>6</sup> Tillsyn av handläggning av utredningar i 262 kommuner och hanteringen av anmälningar i ett urval av kommuner

# Metoder i tillsynen

---

## Syftet med tillsynen

Tillsynens syfte var att öka säkerheten, kvaliteten och likvärdigheten i de vård- och behandlingsinsatser som kommunerna och landstingen tillhandahåller.

## Uppdragets inriktning

Socialstyrelsen och länsstyrelserna skulle särskilt *utöva verksamhetstillsyn* av verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Uppdraget hade också inriktningen att *granska, verka för och stödja* införande av kunskapsbaserad vård, att *undersöka* om det fanns brister i samverkan som innebar att personer inte fick sina behov tillgodosedda och att granska *hur* barns och närståendes situation uppmärksammades och vilka insatser de fått.

## Organisatorisk samverkan

Socialstyrelsen och länsstyrelserna fick i uppdrag att samverka inom de områden som berörde dem båda.

Under 2008 och 2009 ansvarade Socialstyrelsen och länsstyrelserna var för sig för att organisera och genomföra tillsynsinsatserna. Två projektledare tillsattes med uppdrag att leda respektive tillsyn och att samordna projekten. De ansvarade för varsin arbetsgrupp som skulle ta fram nödvändigt material för att genomföra tillsynen. För att samordna tillsynen deltog projektledarna i båda arbetsgrupperna. Dessutom arrangerades gemensamma konferenser för alla inspektörer som deltog i uppdraget. För den tillsyn som Socialstyrelsen och länsstyrelserna genomförde tillsammans tillsattes en särskild styrgrupp.

Från den 1 januari 2010 tog Socialstyrelsen över hela ansvaret för att styra och genomföra projektet. De två arbetsgrupperna deltog i att slutföra den operativa delen av tillsynen, och har medverkat i att analysera, komplettera och bearbeta underlagen.

## Vägledande för tillsynen

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården var vägledande i tillsynen, liksom Socialstyrelsens kriterier för bedömning av kvalitet i missbruks- och beroendevården [1]. I begreppet kvalitet inom beroendevården ingår exempelvis att vården är tillgänglig, att alkohol- och drog rådgivning kan erbjudas, att vård- och behandlingsinsatser för särskilda målgrupper kan erbjudas, att de metoder som används är kunskapsbaserade och att det finns en organiserad samverkan. Andra viktiga kvalitetsfaktorer

är ledning och styrning, personalens kompetens samt resultatuppföljning av vården.

Socialstyrelsen har tillsyn över socialtjänsten enligt 13 kap. 1 § SoL. Vidare har Socialstyrelsen tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal enligt 7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, (till och med 31 december 2010 enligt numera upphävda lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område).

De verksamheter som granskades styrs av olika lagar, som ställer olika krav på huvudmännen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd är olika formulerade när det gäller krav, detaljeringsgrad och i vilken utsträckning de är tvingande eller utgör rekommendationer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

## Urval av tillsynsobjekt

De nationella arbetsgrupperna fastställde ramarna för urval av tillsynsobjekt inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten, men det slutliga urvalet gjordes regionalt. Inom hälso- och sjukvården gjordes urvalet så att det blev en bred representation av olika verksamheter som möter patienter med missbruks- och beroendeproblem och med geografisk spridning på större och mindre orter över landet. Den nationella arbetsgruppen fastställde vilka typer av verksamheter som skulle granskas. Det gjordes inte lika många inspektioner i varje tillsynsregion, bland annat på grund av att regionerna hade olika stort utbud av missbruks- och beroendevård.

Urvalet av tillsynsobjekt inom socialtjänsten kunde anpassas till regionala förhållanden, utom i de två uppdrag där samtliga verksamheter skulle ingå. Verksamheterna valdes exempelvis utifrån när de tidigare inspekterats och utifrån tidigare uppmärksammade brister. Den nationella arbetsgruppen fastställde hur uppdraget skulle avgränsas och vilka typer av verksamheter tillsynen omfattade, men det slutliga urvalet gjordes av respektive länsstyrelse. Tillsynen avgränsades generellt till verksamheter för vuxna personer från 18 år med missbruk och beroendeproblem.

I bilaga 1 redovisas fördelningen av den verksamhetstillsyn som genomfördes per tillsynsregion. Hur uppdraget genomfördes och avgränsades presenteras mer utförligt i resultatdelen under varje avsnitt.

## Utveckling av tillsynen

Tillsynen skulle genomföras på ett så likvärdigt sätt som möjligt, men med utrymme för regionala skillnader och kontextbundna faktorer (såsom att olika lagstiftningar reglerar området). Enligt regeringsuppdraget skulle tillsynen ske i form av både anmälda och oanmälda inspektioner. Tillsynsmyndigheterna skulle också enligt uppdraget utveckla brukar- och patientperspektivet och pröva former för brukarmedverkan.

Socialstyrelsen och länsstyrelserna hade delvis olika uppdrag. Vissa frågeställningar var gemensamma, men andra var anpassade till att även tillsynsobjekten hade olika uppdrag. De nationella arbetsgrupperna tog fram enkäter, strukturerade intervjuformulär och mallar för att granska dokumen-

tationen. Frågor som rör kunskapsbaserad vård, barn, närstående och samverkan belystes i all verksamhetstillsyn.

Inom hälso- och sjukvården granskades verksamheterna med utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

För att tillsynen inom socialtjänsten skulle vara enhetlig mellan länsstyrelserna utarbetade den nationella arbetsgruppen vägledande instruktioner för tolkningar av uppdraget och av termer som rättssäkerhet, kvalitet, delaktighet och barn- och närståendeperspektiv, för respektive deluppdrag. Arbetsgruppen tog också fram manualer, så att vissa nyckelfrågor kunde besvaras vid varje tillsyn.

## Samverkan

Socialstyrelsen och länsstyrelserna upprättade regionala tillsynsplaner och identifierade gemensamma tillsynsobjekt utifrån kriterierna geografisk spridning, olika befolkningsunderlag och tidigare uppmärksammade brister. De utvalda verksamheterna förmodades bedriva såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst.

Totalt gjorde Socialstyrelsen och länsstyrelserna 50 inspektioner gemensamt. Dessa inspektioner genomfördes i huvudsak under 2009 på så kallade integrerade beroendekliniker, i öppenvården och på HVB.

Vid de gemensamma inspektionerna fick verksamheterna samordnad information inför besöket. Inspektörerna genomförde till största delen intervjuerna gemensamt, och kunde belysa frågor som rörde både hälso- och sjukvård och socialtjänst samtidigt. Socialstyrelsen och länsstyrelserna skrev separata beslut under 2008 och 2009, men samordnade dem i tid så långt det var möjligt.

## Anmälda och oanmälda inspektioner

Eftersom granskningsmetoden inom hälso- och sjukvården valdes utifrån verksamheternas kvalitetsarbete, som verksamhetscheferna är närmast ansvariga för, var det angeläget att verksamhetscheferna var närvarande vid inspektionerna. Därför beslutade styrgruppen att inspektionerna skulle vara föranmälda i första hand, men oanmälda när det behövdes en uppföljande granskning av eventuella missförhållanden.

De flesta inspektionerna var föranmälda, men några länsstyrelser<sup>7</sup> använde oanmälda inspektioner som metod vid granskningen av socialnämndernas hantering av anmälningar. Tillsynsmyndigheterna gjorde också oanmälda besök när de misstänkte missförhållanden eller som en uppföljande tillsyn då brister hade uppmärksammats.

## Brukarmedverkan

Tillsynsmyndigheterna använde flera metoder för att utveckla brukar- och patientperspektivet i tillsynen. På nationell nivå samverkade projektledarna

---

<sup>7</sup> Länsstyrelsen i Skåne, Blekinge och Jönköpings län

med Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor<sup>8</sup>. Vid tre tillfällen deltog projektledarna vid rådets möten för att hämta in synpunkter från brukarorganisationerna och redovisa iakttagelser från tillsynen. Några länsstyrelser träffade också lokala brukarorganisationer inför planeringen av tillsynen för att diskutera vad brukarorganisationerna såg som angelägna områden att granska. Länsstyrelsen i Skåne län (Socialstyrelsens tillsynsenhet för region syd från 2010) hade dessutom flera träffar med lokala brukarorganisationer för att redovisa och diskutera iakttagelserna från tillsynen.

Vidare intervjuade inspektörerna regelmässigt brukare i socialtjänstens öppenvård och inskrivna på HVB och behandlingshem om hur de uppfattade verksamheten och möjligheten att delta i planeringen av vården. Brukarernas synpunkter var en av informationskällorna när inspektörerna bedömde verksamheternas kvalitet och rättssäkerhet. Sammanlagt har synpunkter från omkring 510 brukare tagits till vara i tillsynen.

I beroendevården lämnade inspektörerna också ut en patientenkät, och 544 svar kom in och sammanställdes.

Socialstyrelsen kommer att arrangera regionala uppföljningskonferenser kring resultatet av tillsynen och bjuda in brukarorganisationer samt huvudmän och företrädare för verksamheterna under hösten 2011.

## Sammanställning av uppgifter

Uppgifter från tillsynen inom hälso- och sjukvården har sammanställts i databaser.

Inom socialtjänsten användes webbaserade granskningsformulär i två av uppdragen (granskningen av utredningar och HVB). I formulären matades uppgifter från inspektionerna in i en databas så att resultaten kunde sammanställas på kommunnivå, länsnivå, regional nivå och nationell nivå. Beslut från tillsynen av socialtjänsten registrerades i en nationell databas, Natlos både före och efter att länsstyrelsernas tillsyn övergått till Socialstyrelsen för att få en jämförbarhet.

Resultaten i rapporten baseras på de uppgifter som finns registrerade i de nationella databaserna. Det finns ett bortfall i registreringarna som motsvarar cirka 3 procent av verksamheterna, mest vanligt vid utredningar.

## Tillsynsmyndighetens beslut

Inspektörerna återkopplade de preliminära resultaten för verksamheterna i samband med tillsynen och sammanställde därefter uppgifterna från inspektionen till beslut.

De verksamheter som kritiserats eller fått krav på åtgärder skulle redovisa vad de gjort eller vad de avsåg att genomföra för att rätta till de påtalade bristerna. Tillsynsmyndigheten kunde också kräva att verksamheterna upprättade en plan för att åtgärda de uppmärksammade bristerna. Ibland genomförde Socialstyrelsen dessutom en ny tillsyn. Socialstyrelsen eller länsstyrelserna krävde inte redovisningar i alla beslut där det riktats kritik exempelvis när bristerna var av mindre omfattning eller när verksamheterna redan hade

---

<sup>8</sup> Rådet består av företrädare för enskilda organisationer och representanter från Socialstyrelsen.

rättat till bristerna. Som regel bedömdes tillsynsmyndigheterna att de åtgärder som genomförts av verksamheterna var tillräckliga.

## **Tillsynsmyndigheterna benämns Socialstyrelsen**

Socialstyrelsen används i resten av rapporten som benämning för tillsynsmyndigheterna även om länsstyrelserna svarade för tillsynen av socialtjänst under åren 2008–2009.

# Planering, styrning och kunskapsbaserad vård

---

## Inledning

Detta avsnitt innehåller iakttagelser från tillsynen om övergripande planering, uppdrag, mål och uppföljning samt hur Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården [1] har implementerats inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Landstingen ska enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, erbjuda en god hälso- och sjukvård till dem som är bosatta inom landstingets område. Kommunerna svarar för socialtjänsten och har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunerna får det stöd och den hjälp som de behöver, 2 kap 1 och 2 §§ SoL. Socialnämnden utför kommunens uppgifter inom socialtjänsten och ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. I SoL finns uttryckt ett särskilt ansvar för att personer med missbruksproblem ska få hjälp och vård, 3 kap 7 § och 5 kap 9 § SoL.

## Uppdraget

I uppdraget ingick att granska och stödja landstingens insatser för att åstadkomma en kunskapsbaserad vård i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården [1] och att verka för att kommunerna planerar för de resurser som de behöver för att åstadkomma en kunskapsbaserad vård i enlighet med riktlinjerna.

## Genomförandet

Socialstyrelsen riktade en enkät 2009 till vårdgivarna om deras beräkning av vårdbehov och utbudet av missbruks- och beroendevård. Tillsynen har dock inte genomförts på vårdgivarnivå och inga beslut har heller riktats till denna nivå. Uppgifterna om verksamheternas uppdrag, mål och uppföljningar grundar sig på information från verksamhetstillsynen inom hälso- och sjukvården.

Frågor om mål, riktlinjer, uppföljning, kvalitetsarbete och utbud har inte ställts i all granskning av kommunernas socialtjänst. Uppgifterna har hämtats från databasen Natilos och har kompletterats med uppföljande frågor till tillsynsregionerna om gjorda iakttagelser från den omfattande tillsynen.

I sju län genomförde Socialstyrelsen (länsstyrelserna) under åren 2008 – 2009 kartläggningar av hur kommunerna arbetade med införande av kunskapsbaserad vård i enlighet med de nationella riktlinjerna och det har också belysts i 90 kommuner i samband med tillsyn. Även enkätsvaren från vård-

givarna inom hälso- och sjukvården innehöll uppgifter om införande av kunskapsbaserad vård.

## Övergripande planering

### Landstingens bedömning av vårdbehovet och utbud

I en enkät inom ramen för tillsynen fick vårdgivarna svara på hur stort vårdbehovet var inom deras landsting eller region när det gällde missbruks- och beroendevård och hur de beräknade behovet.

Det fanns stora skillnader i de 19 svar som kom in. Endast hälften av vårdgivarna angav hur stort behovet var, och beräkningarna var gjorda på många olika sätt. Flertalet vårdgivare (17 av 19) uppgav att de helt eller delvis kunde tillgodose det behov som fanns. Delvis kunde betyda att en viss vårdform helt saknades i landstinget eller regionen, eller att missbruks- och beroendevård helt eller delvis saknades i någon del av landstinget eller regionen.

### Vårdutbud inom kommunernas socialtjänst

Socialstyrelsen kartlade inte utbudet av vård i tillsynen, utan granskade olika verksamheter. Eftersom tillsynen var omfattande inom socialtjänstområdet så har generella iakttagelser ändå kunnat göras.

I kommunerna fanns som regel tillgång till öppenvårdsinsatser, men utbudet av insatser skiljde sig åt. Mindre kommuner som låg nära större kommuner hade ibland samverkansavtal som garanterade tillgång till öppenvård. Små kommuner kunde också driva en öppenvårdsverksamhet tillsammans. Dessutom var det vanligt att kommuner gjorde överenskommelser med varandra när annan vård upphandlades.

Kommuner med få invånare, exempelvis i Norrlands inland, kunde dock sakna strukturerad öppenvård helt. Det fanns också exempel på att kommuners utbud av insatser var så begränsat att de inte kunde garantera individuellt anpassad vård för dem som behövde det. Kommunerna saknade vissa insatser i egen regi och hade inte köpt in tjänster från och skrivit avtal med en annan kommun eller huvudman.

### Ledning och styrning inom landsting och kommuner

#### *Uppdrag och mål*

Nära två tredjedelar av hälso- och sjukvårdsverksamheterna som ingick i tillsynen saknade tydliga uppdrag från vårdgivaren för missbruks- och beroendevården, både inom den specialiserade vården och inom primärvården. Uppdragen kunde dessutom ha mycket olika innehåll och omfattning.

Det fanns inte alltid tydliga mål för socialnämndernas missbruks- och beroendevård. Det fanns skillnader i hur ledning och styrning uttrycktes i form av policydokument och riktlinjer. Många kommuner uppgav också att de hade ett ledningssystem för kvalitetsarbete eller höll på att införa ett sådant, men mycket arbete återstod.

### *Uppföljning och utvärdering*

Få vårdgivare (region, landsting, motsvarande) efterfrågade resultat från missbruks- och beroendevården eller hade gett direktiv om uppföljning och utvärdering. Flera verksamheter följde ändå upp och utvärderade sin verksamhet, men hade ingen given kanal för att kommunicera detta till uppdragsgivaren. Redovisningen av missbruks- och beroendevården kunde också ingå i redovisningen för en psykiatrisk klinik, men inte med något eget resultat.

Socialnämnderna har som regel verksamhetsdata och statistik om biståndsbedömda insatser för enskilda. Socialtjänsten använde sig i vissa fall av standardiserade instrument för att få en bild av de enskildas hjälpbehov, framför allt ASI. Detta instrument ger också möjlighet att systematiskt följa upp situationen för enskilda, både individuellt och på aggregerad nivå. Hitills har socialtjänsten dock mest använt ASI för att bedöma individuella behov, och endast i vissa fall för att följa upp resultat på gruppnivå. Tillsynen visade att det finns brister i att följa upp och utvärdera de insatser som ges.

## De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården

### Bakgrund

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård [1] publicerades år 2007 och håller för tillfället på att revideras. Riktlinjerna redovisar de behandlingsmetoder som har dokumenterad effekt och innehåller ett antal rekommendationer om lämpliga insatser för olika målgrupper. De beskriver också förutsättningar för att riktlinjerna ska få genomslag. Exempel på sådana förutsättningar är att hälso- och sjukvården samverkar med socialtjänsten, att vården är specialiserad och att vårdpersonalen får tillgång till kompetensutveckling.

De nationella riktlinjerna [1] är också utgångspunkt för utvecklingsarbetet ”Kunskap till praktik”, som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) driver sedan år 2008. Satsningen syftar till att förbättra den svenska missbruks- och beroendevården. Det handlar om att sprida och förankra en evidensbaserad kunskap och att utveckla en evidensbaserad praktik. SKL har gett stöd till kommuner och informerat och utbildat i metoder och arbetssätt. I arbetet ingår också att bygga upp en organisatorisk struktur för erfarenhetsutbyte och samverkan mellan kommuner och landsting, och med forskning och utbildningsanordnare. Alla landsting, 165 kommuner och 22 stadsdelar deltog i ”Kunskap till praktik”, enligt en SKL:s Lägesbeskrivning och motiv för en ny fas i Kunskap till praktik från augusti 2010 [9].

### Landsting

SKL:s projekt ”Kunskap till praktik” var påbörjat under 2009, men bara i vissa delar av landet. Det framgår av enkäten till landstingen och regionledningarna från 2009. Senare i tillsynen framgick att arbetet med att implementera riktlinjerna fortsatte. Vid ungefär en femtedel av primärvårdsverk-

samheterna hade riktlinjerna haft betydelse för bland annat arbetssätt och val av metoder. Vidare deltog barnmorskemottagningarna i stora delar av landet ofta i Folkhälsoinstitutets projekt ”Riskbruksprojektet” [10] som avslutades 2010, och kom därigenom att regelmässigt använda screeningmetoder som AUDIT. En tredjedel av primärvårdsverksamheterna angav dock att de inte kände till riktlinjerna. Inom den specialiserade beroendevården var riktlinjerna däremot väl kända, och verksamheterna hade genomfört egna lokala och regionala utbildningar innan SKL:s projekt startade. Vid cirka tre av fyra verksamheter hade riktlinjerna haft betydelse för arbetet. Samtidigt angav verksamheterna att riktlinjerna mest bekräftade att de redan arbetade med väl kända och beprövade metoder och kunskaper. Delar av riktlinjerna upplevdes också som inaktuella och ”smala”.

Vidare gav enkätsvaren exempel på hur olika vårdverksamheter samverkade. Vissa landsting och regioner hade slutit avtal med olika samarbetspartner i ökad utsträckning till följd av projektet ”Kunskap till praktik”

## Kommunernas socialtjänst

I sju län sammanställde länsstyrelserna i december 2008–2009 enkätsvar om hur kommunerna hade implementerat en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård inom socialtjänsten.<sup>9</sup> Svaren visade att både ledningarna och tjänstemännen inom socialtjänsten kände till de nationella riktlinjerna och innehållet i dem, med enstaka undantag. Kommunerna hade dock infört riktlinjerna på olika sätt, och arbetat på olika sätt med att säkerställa att de användes med varaktighet. Regionala satsningar och initiativ som startat redan före SKL:s satsning ”Kunskap till praktik” hade haft betydelse för hur långt kommunerna hunnit i arbetet. Län som startat övergripande samverkan kring de nationella riktlinjerna var också bland de första att delta i SKL:s satsning. De flesta kommuner hade dock börjat arbeta med att implementera riktlinjerna, visar kartläggningarna i länen och tillsynen av enskilda kommuner (cirka 90 stycken). Arbetet med att införa riktlinjerna innebar exempelvis gemensamma utbildningar med personal från andra huvudmän, metodstöd, planering av behandlingsresurser och samverkan på olika nivåer.

Inom offentligt drivna HVB kände ledningarna till riktlinjerna i samtliga hem, och i majoriteten av hemmen också alla eller de flesta medarbetare. SKL:s projekt har inte omfattat enskilt bedrivna HVB. Vid åtta av tio sådana HVB var riktlinjerna kända av huvudmannen och föreståndaren, och i drygt hälften av hemmen var de kända av alla eller de flesta medarbetare.

## Sammanfattande iakttagelser

Tillsynen visade att tillgången till stöd och vård varierade mellan kommunerna och landstingen. Vissa insatser kunde saknas inom hälso- och sjukvården i delar av ett landsting, och ibland saknades öppenvårdsinsatser inom socialtjänsten.

Många verksamheter saknade också en tydlig styrning och uppföljning av missbruks- och beroendevården från vårdgivare och huvudmän inom hälso-

---

<sup>9</sup> Stockholms län enkät dec. 2008, Uppsala, Jönköping, Skåne, Blekinge, Kalmar, Örebro under 2009

och sjukvården och socialtjänsten. Inom primärvården och beroendevården saknade cirka två av tre verksamheter ett tydligt uppdrag från vårdgivaren för arbetet med missbruk och beroende. Dessutom hade få vårdgivare gett direktiv om uppföljning och utvärdering. Vidare uppgav många kommuner att de hade ledningssystem för kvalitetsarbete eller att det pågick ett utvecklingsarbete, men det fanns brister när det till exempel gällde att systematiskt säkra kvaliteten och att följa upp insatser.

Inom den specialiserade beroendevården i hälso- och sjukvården fanns stor kunskap och kännedom om de nationella riktlinjerna redan när tillsynen inleddes. Kommunerna hade också kommit långt i arbetet med att implementera riktlinjerna i län där det tidigt fanns regionala samverkansprojekt och gemensamma satsningar. Vid tidpunkten för tillsynen arbetade de flesta kommuner med att införa riktlinjerna.

# Hur behov av stöd och vård uppmärksammas, bedöms och utreds

---

## Inledning

I detta avsnitt redovisas hur behovet av stöd och vård uppmärksammas, bedöms och utreds inom primärvården samt inom socialtjänstens myndighetsutövning. Socialtjänstens förebyggande insatser och uppsökande arbete ingick dock inte i granskningen.

Människor kommer i kontakt med missbruks- och beroendevården inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten på olika sätt. Primärvården kan till exempel uppmärksamma en riskabel alkohol- eller droganvändning hos personer som söker för andra problem och sjukdomar. Till den specialiserade beroendevården inom hälso- och sjukvården kommer man i regel efter en annan vårdkontakt, med eller utan remiss.

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket, 5 kap 9 § SoL. Till socialtjänstens öppenvård kan personer som regel vända sig direkt för kortare rådgivning. De kan ansöka om bistånd (stöd och hjälp) från socialtjänsten för sina missbruksproblem eller för andra sociala problem. När någon ansöker om hjälp eller stöd ska socialnämnden utreda behovet och besluta om bistånd kan beviljas. Socialnämnden kan också inleda en utredning efter att anhöriga och andra har anmält sin oro för personens missbruk. Vidare kan socialtjänsten få kännedom om enskildas missbruks- och beroendeproblem i sin uppsökande verksamhet.

## Primärvården

### Uppdraget

I uppdraget ingick att genomföra verksamhetstillsyn av den missbruks- och beroendevård som bedrivs inom primärvården.

### Genomförandet

Totalt gjordes 96 inspektioner fördelat på 83 vårdcentraler och familjecentraler samt 13 barnmorskemottagningar. Granskningen utgick från ett kvalitets- och patientsäkerhetsperspektiv.

De granskade verksamheterna utgör ungefär en tiondel av samtliga i landet. Urvalet har skett utifrån kommunernas storlek, utifrån vilka kommuners öppenvård som skulle inspekteras gemensamt och utifrån hur lång tid som hade gått sedan respektive vårdcentral senast hade inspekterats. Socialstyrelsen genomförde gruppintervjuer med verksamhetschef och personal som möter patienter med missbruks- och beroendeproblem samt granskade några patientjournaler.

## Vårdcentraler och barnmorskemottagningar

Vårdcentraler och barnmorskemottagningar besöks av ett tvärsnitt av hela befolkningen. Vårdcentralerna tar emot patienter med i stort sett alla sjukdomar, såväl kroppsliga som psykiska, och behöver därför kunna identifiera flertalet sjukdomar. I många fall ska vårdcentralerna kunna ge patienterna den vård och behandling de behöver, och vissa gånger kan och ska vårdcentralerna remittera patienterna till den specialiserade vården. Vårdcentraler kan också behöva konsultera specialister i beroendevården eller psykiatrin.

Barnmorskemottagningarna har en specifik målgrupp som i huvudsak utgörs av friska gravida kvinnor, även om en del patienter har sjukdomar och andra problem. På mottagningarna måste man kunna utreda och uppmärksamma särskilda behov och riskfaktorer för gravida. Däremot har man inte primärt ansvar för att vårda och behandla de missbruks- och beroendeproblem som man upptäcker. I stället samarbetar barnmorskemottagningarna ofta med den kommunala öppenvården och med vårdcentralerna. Personal från barnmorskemottagningar kan också ingå i lokala eller regionala samverkansgrupper kring riskbruk och missbruks- och beroendeproblem.

När Socialstyrelsen jämförde vårdcentraler och barnmorskemottagningar över landet sågs stora skillnader. Screeninginstrumentet AUDIT<sup>10</sup> användes till exempel generellt i stor utsträckning, men i vissa delar av landet användes instrumentet nästan inte alls. I vissa vårdvalsöverkommelser ingick ett uppdrag till primärvården att genomföra ett visst antal AUDIT-undersökningar.

Vidare finns det psykosociala team eller livsstilmottagningar på vissa vårdcentraler. Där arbetar ofta sjuksköterskor med särskild utbildning i hälso- och livsstilsfrågor eller psykiatri och beroende, som kan göra både förebyggande och behandlande insatser. Det förekommer också att sjuksköterskor från beroendevården är konsulter och resurser ute på vårdcentralerna.

Drygt tre fjärdedelar av vårdcentralerna och barnmorskemottagningarna angav att väntetider inte var något problem hos dem. Färre än en av tio ansåg sig ha väntetider som utgjorde ett problem. De flesta hade rutiner för tolkanvändning.

## Personalens kompetens

Ungefär en tredjedel av primärvårdsverksamheterna ansåg att den egna personalen inte hade tillräcklig kompetens för att utföra sitt arbete med missbruks- och beroendevård. Dessa uppgifter bygger på behov och förväntningar inom verksamheternas eget område, och innebär inte att kompetensen inom primärvården kan jämföras med kompetensen inom den specialiserade beroendevården. Verksamheterna har olika uppdrag och utför vård och behandling på olika nivåer med patienter som (oftast) har olika diagnoser. De flesta vårdcentralerna och barnmorskemottagningarna ansåg dock att personalen hade rätt och tillräcklig utbildning för de instrument och metoder som användes.

Vidare hade vårdcentralerna anställt beteendevetare i allt större utsträckning på senare år, men inte överallt. Beteendevetarna var sällan en resurs för

---

<sup>10</sup> Alcohol Use Disorders Identification Test

bara en viss patientkategori, utan skulle räcka till för många. Det fanns också skillnader mellan vårdcentralerna när det gällde vårdens struktur och när det gällde den övriga personalens kompetens, både i fråga om grundutbildning och olika påbyggnadsutbildningar.

## Metoder

Vissa screeningmetoder var väl utbredda och användes i stor utsträckning inom primärvården. Verksamheterna hade dock olika rutiner för att använda metoderna. En del erbjöd patienter med vissa symtom eller sjukdomar att göra en AUDIT-undersökning och att ta prover för biokemiska markörer, medan andra erbjöd AUDIT till ett slumpmässigt urval patienter eller till alla. Sammantaget användes AUDIT hos tre fjärdedelar av verksamheterna, men med regionala skillnader. I Region Skåne var användningen till exempel mindre utbredd inom primärvården.

Det förekom också andra former av samtal och checklistor för att upptäcka missbruk och beroende, till exempel Alkonackan och ADT-samtal.<sup>11</sup> Vid många barnmorskemottagningar användes metoden ABCD-samtal<sup>12</sup> där man går igenom bruk och missbruk av olika substanser. Inom vissa lands-ting kunde barnmorskemottagningarna också få särskilda budgetmedel för att utföra AUDIT i stor omfattning. Där barnmorskemottagningen var en del av vårdcentralen stod barnmorskemottagningen för missbruksscreeningen och för arbetet med tidig upptäckt. Vidare hade många vårdcentraler information i väntrummet om AUDIT tillsammans med annat material om risk- och missbruk. Metoder som DUDIT<sup>13</sup> och ASI användes däremot mycket sällan i primärvården.

Många av verksamheterna tog prover för biokemiska markörer. Cirka tre fjärdedelar av verksamheterna tog proverna ASAT, ALAT, GT och CDT, som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Cirka två tredjedelar av verksamheterna tog också prover för hepatit C och hiv vid behov.

*Tabell 2. Användningen av olika läkemedel för missbruk och beroende i primärvården (svar från 96 verksamheter)*

Läkemedel	Andel verksamheter som använde läkemedlet
Antabus	74 %
Campral	59 %
Naltrexon	18 %
Bensodiazepiner	7 %
Heminevrin	36 %

Av de läkemedel som nämns i riktlinjerna användes Antabus mest medan Campral var mindre vanligt och Naltrexon ganska ovanligt (tabell 2). Bensodiazepiner kan enligt riktlinjerna ges mot abstinensbesvär men bör användas med försiktighet och med beaktande av risken för beroendeutveckling. Dessa läkemedel användes i mycket liten utsträckning i primärvården till

<sup>11</sup> Alkohol, droger, tobak

<sup>12</sup> Alkohol, Borttagande eller Bevarande av läkemedel, Cigaretter och Droger

<sup>13</sup> DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test)

patienter med missbruks- och beroendeproblem. Drygt en tredjedel av primärvårdsverksamheterna använde Heminevrin, som är ett läkemedel mot abstinensbesvär och som enligt riktlinjerna endast bör användas i slutenvård och med stor återhållsamhet. Andra läkemedel som användes var lugnande och sömngivande medel, till exempel Lergigan, Theralen och Propavan samt B-vitaminer.

*Tabell 3. Användningen av psykosociala behandlingsmetoder i primärvården (svar från 96 verksamheter)*

Metod	Andel verksamheter som använder metoden
MI	57 %
KBT	22 %
Psykodynamisk psykoterapi	12 %
Familjeterapi	2 %

Motiverande intervju (MI)<sup>14</sup>, som rekommenderas i riktlinjerna, var den mest använda psykosociala behandlingsmetoden i primärvården (tabell 3). Kognitiv beteendeterapi (KBT) erbjöds vid knappt en fjärdedel av primärvårdsverksamheterna medan psykodynamisk psykoterapi var ovanligt och familjeterapi nästan inte förekom. En del verksamheter erbjöd mer än en av terapimetoderna. Andra behandlingar var stödsamtal i olika former, som gavs av olika personalgrupper.

### Insatser för kvinnor

Relativt få verksamheter inom primärvården utförde särskilda insatser för kvinnor med missbruks- och beroendeproblem. En tredjedel av verksamheterna erbjöd dock insatser för gravida kvinnor med missbruks- och beroendeproblem, 23 vårdcentraler och 9 barnmorskemottagningar. Vidare erbjöds spädbarnsmödrar med missbruks- och beroendeproblem speciella insatser vid en fjärdedel av primärvårdsverksamheterna, 20 vårdcentraler och 4 barnmorskemottagningar.

### Delaktighet

Primärvården uppgav att patienterna var delaktiga i att planera sin vård vid flertalet vårdcentraler och barnmorskemottagningar. Vid ungefär en tredjedel av primärvårdsverksamheterna medverkade patienterna i att dokumentera planeringen i form av till exempel en vårdplan.

### Lagstadgad anmälningsskyldighet i primärvården

Nästan alla primärvårdsverksamheter uppgav att de kände till regelverket för anmälningar om barn som behöver socialnämndens insatser, och att de gjorde anmälningar när det behövdes och i den utsträckning som förutsätts i

<sup>14</sup> MI, Motiverande Intervju, en psykosocial behandlingsmetod som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för kort rådgivning

14 kap. 1 § SoL. Verksamheterna saknade dock skriftliga riktlinjer för anmälningsskyldigheten i stor utsträckning (tabell 4).

Tabell 4. Andelen verksamheter som hade skriftliga rutiner för anmälningar (svar från 96 verksamheter)

Anmälningsskyldighet	Andel som har skriftliga rutiner
Enligt 14 kap. 1 § SoL (om att barn kan behöva skydd)	36 %
Enligt 6 § LVM	31 %
Enlig körkortslagen (1998:488)	34 %
Enligt vapenlagen (1996:67)	42 %
Enligt smittskyddslagen (2004:168)	68 %

Mindre än hälften av verksamheterna ansåg sig uppfylla annan lagstadgad anmälningsskyldighet än den som gäller barn. Ungefär en tredjedel angav till exempel att de delvis eller inte alls uppfyllde sin lagstadgade skyldighet att anmäla enligt LVM, vapenlagen och körkortslagen.

Den vanligaste anledningen till påpekanden, kritik och krav på åtgärder i Socialstyrelsens beslut till primärvården rörde avsaknaden av skriftliga rutiner för att säkerställa den lagstadgade anmälningsskyldigheten.

### Kvalitetsarbete i primärvården

Ungefär en tredjedel av primärvårdsverksamheterna hade mål för sin missbruks- och beroendevård, och ungefär lika många följde upp sina mål (tabell 5). En fjärdedel använde en metod för uppföljningen.

Tabell 5. Andelen verksamheter som hade mål och följde upp målen (svar från 96 verksamheter)

Mål och uppföljning	Andel
Hade mål för sin verksamhet	33 %
Följde upp sina mål	32 %
Använde en metod för uppföljning (t.ex. ASI eller balanserade styrkort)	24 %

Flertalet verksamheter i primärvården hade skriftliga rutiner för att vidta åtgärder när en patient har komplexa vårdbehov som verksamheten inte själv kan tillgodose – detta gäller ofta patienter med samsjuklighet i olika former (tabell 6). De allra flesta verksamheter hade också skriftliga rutiner för informationsöverföring mellan sig och andra aktörer eller verksamheter, och för det mesta ingick det att be om patientens medgivande i rutinerna. Vidare hade flertalet verksamheter rutiner för att ta hand om patienters klagomål och synpunkter. Något mindre än hälften hade någon person eller funktion som ansvarade för att bevaka och informera om nya rön och forskningsresultat (evidens, beprövad erfarenhet) inom missbruks- och beroendevården.

Tabell 6. Andelen verksamheter som hade skriftliga rutiner för viss annan kvalitets-säkring (svar från 96 verksamheter)

Hade rutiner som säkerställer ...	Andel
Att rätt åtgärder vidtas vid samsjuklighet	81 %
Informationsöverföring	81 %
Patientmedgivande vid informationsöverföring	64 %
Att patientsynpunkter och -klagomål tas om hand	85 %
Att nya rön, forskningsresultat och metoder bevakas och informeras om	42 %

Knappt tre fjärdedelar av verksamheterna ansåg att deras journaler uppfyllde kraven på spårbarhet och vid ungefär en tredjedel av verksamheterna inom primärvården hade en person eller någon funktion uppdrag att granska dokumentationen i journalerna ur kvalitetssäkringssynpunkt.

I några fall hade Socialstyrelsen i beslut kritiserat bristande samverkan, brister i dokumentationen och brister i användningen av metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

### Socialstyrelsens beslut

Socialstyrelsen fattade beslut med påpekanden eller krav på åtgärd eller uppföljning i flertalet, 70 av 96 granskade verksamheter. De flesta beslut med påpekanden eller krav på åtgärder eller uppföljning i hälso- och sjukvården gällde brister i kvalitetsarbetet. Krav ställdes exempelvis på att skriftliga rutiner skulle upprättas för all anmälningsskyldighet. Det fanns också patientjournaler där det var svårt att spåra vilka åtgärder som genomförts och hur vården utförts.

### Sammanfattande iakttagelser

Primärvården hade ofta mål för sin verksamhet som helhet, men det saknades ofta uttalade mål och uppdrag för arbetet med missbruk och beroende. Arbetet bedrevs också på olika sätt i olika delar av landet.

En av tre mottagningar ansåg inte att personalen hade tillräcklig kompetens för sitt arbete med missbruks- och beroendevård. Däremot ansåg de flesta att personalen hade tillräcklig utbildning för de metoder som användes.

Metoderna följde de nationella riktlinjerna, och flertalet av verksamheterna använde screeningmetoder för att upptäcka missbruk och beroende, liksom provtagning för biokemiska markörer. Det var mindre vanligt med metoder som närmare bedömer vilken typ av behandling som behövs eller renodlade behandlingsprogram. Vidare kunde KBT erbjudas på de mottagningar där personalen hade rätt kompetens. Inom primärvården användes också läkemedel som rekommenderas i riktlinjerna, med undantag för att en relativt stor andel av mottagningarna använde Heminevrin.

Tillgängligheten till primärvården var i allmänhet god. I en tredjedel av verksamheterna planerades vården tillsammans med patienten. I allmänhet fanns också rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas när en person har komplexa vårdbehov som inte kan tillgodoseas i den egna verksamheten, liksom rutiner för informationsöverföring.

Många verksamheter saknade däremot skriftliga rutiner för att säkerställa den lagstadgade anmälningsskyldigheten. Verksamheterna ansåg sig visserligen uppfylla anmälningsskyldigheten gällande barn som kan behöva stöd, men mindre än hälften ansåg att de uppfyllde anmälningsskyldigheten enligt vapenlagen, körkortslagen och LVM.

## Anmälningar till socialtjänsten

### Uppdraget

Uppdraget var att granska hur kommunerna hanterar anmälningar från närstående eller andra om att personer behöver hjälp för sitt missbruk.

### Genomförandet

Tillsynen omfattade 120 kommuners och stadsdelars handläggning av anmälningar till socialtjänsten om personer som kan behöva hjälp för sitt missbruk eller beroende. Granskningen avsåg de anmälningar som inte ledde till en utredning. Socialstyrelsen granskade den dokumentation som rörde enskilda personer och intervjuade handläggare och chefer. Dessutom ingick så kallade LOB-meddelanden, lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m., (LOB), från polisen i granskningen i vissa kommuner.

### Är handläggningen lagenlig?

En anmälan som rör vuxna innebär inte självklart att socialnämnden ska inleda en utredning. Frågan måste avgöras från fall till fall, vid en så kallad förhandsbedömning. Bedömningen innebär att nämnden bildar sig en uppfattning om personens situation och inställning till att ta emot hjälp med utgångspunkt från de uppgifter som finns i exempelvis en anmälan. Förhandsbedömningen ska utmynna i ett ställningstagande om en utredning ska inledas eller ej.

Socialtjänsten ska som regel handlägga ärenden som rör vuxna i samförstånd med den berörda. Om en person deklarerar att han eller hon inte vill ha någon hjälp från socialtjänsten kan nämnden vanligtvis inte inleda en utredning. Endast när det finns lagliga förutsättningar kan det bli fråga om tvångsvård enligt LVM eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Myndigheter som regelbundet kommer i kontakt med personer med missbruks- och beroendeproblem är skyldiga att anmäla om någon kan behöva vård enligt LVM.

### *Riktlinjer och rutiner*

Socialnämnderna hade som regel tillgång till statistik om anmälningar och LOB-meddelanden, men få verkade analysera statistiken eller följa upp hanteringen av anmälningar inom ramen för sitt kvalitetsarbete.

Tillsynen visade att knappt var fjärde kommun helt eller delvis saknade riktlinjer eller skriftliga rutiner för handläggningen.

### *Aktivitet i arbetssätt och handläggning*

Socialnämndernas aktivitet och arbetssätt varierade. I en del kommuner arbetade socialtjänsten aktivt och engagerat med att söka få kontakt med den person anmälan gällde, medan man i andra kommuner hade ett mer passivt förhållningssätt. I de flesta kommuner försökte dock socialtjänsten på olika sätt att få personlig kontakt med den berörda för att göra en bedömning av om en utredning kan eller ska inledas av den enskildes hjälpbehov.

Vid LOB-meddelanden fick den enskilde ofta endast information om hur man når socialtjänsten och vilket stöd som finns. I vissa fall erbjöds en besökstid. Många kommuner prioriterade unga vuxna, och gjorde större ansträngningar för att nå den gruppen med besökstider för samtal och fler kontaktförsök.

I några fall kritiserade Socialstyrelsen socialnämnden för att den agerat utan rättslig grund. Exempelvis hade en kommun som förhållningssätt att alltid inleda utredningar när anhöriga gjorde anmälningar, utan att bedöma om det fanns rättsliga förutsättningar för en utredning. I vissa fall hade även socialtjänsten kontaktat utomstående eller inhämtat information inom ramen för förhandsbedömningen i en sådan omfattning att det närmast rörde sig om en utredning.

Knappt 15 procent av de granskade social- eller stadsdelsnämnderna levde inte upp till kravet att aktivt sörja för att enskilda får den hjälp och vård som de behöver för att komma ifrån sitt missbruk, bedömde Socialstyrelsen. Det handlade om att socialtjänsten inte haft kontakt med de berörda eller försökt att motivera till en kontakt vid uppgifter om påtagliga missbruks- eller beroendeproblem. En grupp som riskerade att hamna mellan stolarna var personer som vistades tillfälligt i en kommun. Förhandsbedömningen kunde till exempel innehålla enbart en notering om att personen inte bodde i kommunen, utan att hemkommunen hade underrättats.

### *Förhandsbedömningarna sker inte tillräckligt skyndsamt*

Det finns ingen exakt gräns för hur snabbt socialnämnden ska bedöma om en utredning ska inledas, men bedömningen ska ske skyndsamt, 11 kap. 1 § SoL. Om anmälan är allvarlig kan det vara nödvändigt att göra bedömningen samma dag, men det kan finnas rimliga skäl till längre handläggningstider när det är svårt att nå en person trots kontaktförsök.

Socialstyrelsen kritiserade knappt en tredjedel av de granskade social- och stadsdelsnämnderna för att handläggningen inte varit tillräckligt skyndsamt. Socialtjänsten hade då som regel dröjt en till två månader med en stor andel av förhandsbedömningarna, eller i enstaka ärenden längre tid.

**Är ställningstaganden att inte inleda utredning tillräckligt underbyggda?**

### *Socialnämndens ställningstaganden behöver motiveras bättre*

Ett ställningstagande att inte inleda en utredning ska dokumenteras enligt 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS, nedan kallad SOSFS 2006:5. Det ska

framgå att socialnämnden inte kommer att inleda en utredning, datum och en motivering till ställningstagandet samt namn och befattning på den som gjort ställningstagandet. Förhandsbedömningen ska inte ha formen av en mindre utredning och kan bara bygga på information från den som anmälan gäller, innehållet i anmälan eller information från anmälaren och uppgifter inom socialtjänsten.

Socialstyrelsen kritiserade en fjärdedel av social- och stadsdelsnämnderna för att nämndens ställningstagande grundats på ett bristfälligt underlag eller för att motiveringarna varit otillräckliga. De brister som påtalades var att socialtjänsten inte tagit nödvändiga kontakter eller gjort behövliga kontroller, eller att handläggningen inte dokumenterats. I några kommuner saknades helt dokumentation av socialnämndens ställningstaganden att inte inleda utredning, och i enstaka fall gällde detta anmälningar som gjorts med stöd av LVM. Det förekom också att socialtjänsten inte hade gjort någon förhandsbedömning utan endast informerat om och hänvisat den enskilde till den interna öppenvården.

Vidare fanns standardiserade motiveringar i en del ställningstaganden, utan någon bedömning av innehållet i anmälan eller andra uppgifter. Exempel på sådana motiveringar var att personen inte var känd sedan tidigare eller inte hade hört av sig. För vissa anmälningar, med allvarligt innehåll, gick det inte att utläsa varför en utredning inte inletts, eller varför socialtjänsten inte tagit fler kontakter för att ta reda på behovet av vård och stöd.

I cirka var femte kommun ställde sig Socialstyrelsen tveksam till socialtjänstens bedömning att inte inleda utredning, och saknade ett tydligare ställningstagande till om LVM var tillämplig. I vissa fall ansåg Socialstyrelsen också att socialnämnden borde ha inletts en utredning oavsett den enskildes samtycke utifrån uppgifter i någon eller några anmälningar. I dessa fall hade läkare eller andra samverkanspartner med anmälningsskyldighet enligt LVM gjort anmälningar. I något fall gällde anmälan ungdomar som missbrukade både alkohol och droger, ibland kombinerat med psykisk ohälsa och kriminalitet.

## Socialstyrelsens beslut

Socialstyrelsen riktade kritik till flertalet av de granskade socialnämnderna för bristerna i hantering av anmälningar, kritik riktades i 74 av totalt 120 granskningar. Kritiken gällde även att barn inte uppmärksammades tillräckligt vid förhandsbedömningar (beskrivs under avsnittet barn). I några fall gjordes uppföljande tillsyn i form av enskilda tillsynsärenden då Socialstyrelsen gjort en bedömning att LVM borde ha inletts för en person.

De åtgärder socialnämnderna redovisade för att rätta till brister i handläggningen av anmälningar handlade mestadels om att nämnden hade upprättat rutiner och riktlinjer för att hantera och dokumentera förhandsbedömningar. De hade exempelvis infört rutiner för att säkerställa att det var motiverat när socialtjänsten beslutade att inte inleda en utredning. Rutinerna kunde också säkerställa att socialtjänsten vid förhandsbedömningen uppmärksammade och dokumenterade om det fanns barn i den berördas närhet.

## Sammanfattande iakttagelser

Det fanns brister i socialnämndens hantering av anmälningar i drygt hälften av de granskade kommunerna och stadsdelarna. Dels fanns formella brister i handläggningen, dels bedömdes att socialtjänsten grundade sina ställningstaganden på otillräckliga underlag. Främst handlade problemen om att förhandsbedömningar drog ut på tiden, att dokumentationen inte följde gällande föreskrifter och att ställningstaganden till att inte inleda utredning var bristfälligt underbyggda och motiverade. I vissa fall var Socialstyrelsen tveksam till socialnämndens bedömning att inte inleda en utredning och saknade ett tydligare ställningstagande till om LVM var tillämplig.

Vidare fanns skillnader i kommunernas arbetssätt och aktivitet för att få kontakt med de berörda inom ramen för förhandsbedömningarna. Anmälningarnas innehåll påverkade vilken kontakt som togs, men också i hög grad socialtjänstens arbetssätt. I de fall socialtjänsten haft kontakt med den enskilde var ofta ställningstagandet tillräckligt underbyggt, med en bedömning av personens behov och inställning till att ta emot stöd.

## Handläggning av utredningar

### Uppdraget

Uppdraget var att granska om socialtjänstens handläggning och dokumentation av utredningar i samtliga kommuner skedde på ett rättssäkert sätt, och om brukarna fick möjlighet att komma till tals. I förekommande fall skulle även kommunens riktlinjer för handläggningen granskas.

Framför allt granskades om handläggningen följde lagen, om socialtjänsten tillgodosåg de enskildas rätt till individuellt anpassade insatser och om socialtjänsten tog till vara de enskildas synpunkter vid planering och val av insatser.

### Genomförandet

#### *Omfattning*

Uppdraget att granska samtliga kommuner genomfördes inte fullt ut, utan tillsynen genomfördes i 262 kommuner och stadsdelar. Totalt finns 290 kommuner och dessutom stadsdelar främst i storstadslänen. Anledning till att tillsynen inte kunde genomföras som planerats var att en del av den personal som arbetade med missbruks- och beroendevård inom länsstyrelserna inte gick över till Socialstyrelsen den 1 januari 2010.

Utredningarna var initierade av såväl ansökningar från den enskilde som anmälningar från en annan aktör, men yttranden till andra myndigheter ingick inte i granskningen. Granskningen av socialnämndernas handläggning och dokumentation av utredningar pågick under 2008–2010.

#### *Metod*

I tillsynen granskades slumpmässigt utvalda avslutade utredningar. Granskningen genomfördes på två olika sätt. I några län<sup>15</sup> användes kollegie-

---

<sup>15</sup> Kollegiegranskning har använts som metod i följande län: Stockholm, Gotland, Örebro och Skåne.

granskning som metod. Det andra tillvägagångssättet innebar att Socialstyrelsens inspektörer granskade ett antal utredningar per kommun och intervjuade socialtjänstens personal. Socialstyrelsen begärde även att få ta del av kommunernas riktlinjer för handläggningen om sådana fanns. Sammantaget granskades drygt 2 700 utredningar. I tillsynen användes webbaserade granskningsformulär, och uppgifterna från de granskade utredningarna samlades i en databas. Resultaten baseras på de 2 734 granskade utredningar som finns registrerade. Socialstyrelsens personal granskade 1 704 utredningar och socialtjänstens personal 1 243. Ett antal (213) utredningar granskades dubbelt, då vissa län använde kollegiegranskning som metod. Vid sammanställningen av resultaten har dubbletterna rensats bort.

Kollegiegranskning innebär att socialtjänstens personal granskar varandras utredningar utifrån en fastställd mall, och att Socialstyrelsen kontrollgranskar några utredningar per kommun. Med denna metod hinner man granska fler utredningar och kan därmed ge en bredare och mer nyanserad bild av läget. Kollegiegranskning har också satt i gång lärandeprocesser i kommunerna och förbättrat utredningarnas kvalitet, visar erfarenheter från länsstyrelser som använt metoden tidigare.

### Allmänt om målgruppen och utredningarna

Drygt en tredjedel av utredningarna gällde kvinnor. Hälften av personerna var ensamstående och omkring 15 procent bodde tillsammans med föräldrar, sambo eller maka/make. En tredjedel av ärendena gällde personer som hade barn, varav 40 procent uppgavs ha barn som bodde hemma. I nästan 10 procent av utredningarna saknades dock uppgifter om hemmaboende barn.

Merparten av utredningarna gällde personer som varit kända sedan tidigare inom socialtjänsten (74 procent), varav drygt hälften hade varit kända i mer än fyra år. Drygt 40 procent hade kontakt med flera enheter. Oftast var personerna också aktuella för försörjningsstöd eller hade kontakt med en barn- och familjeenhet.

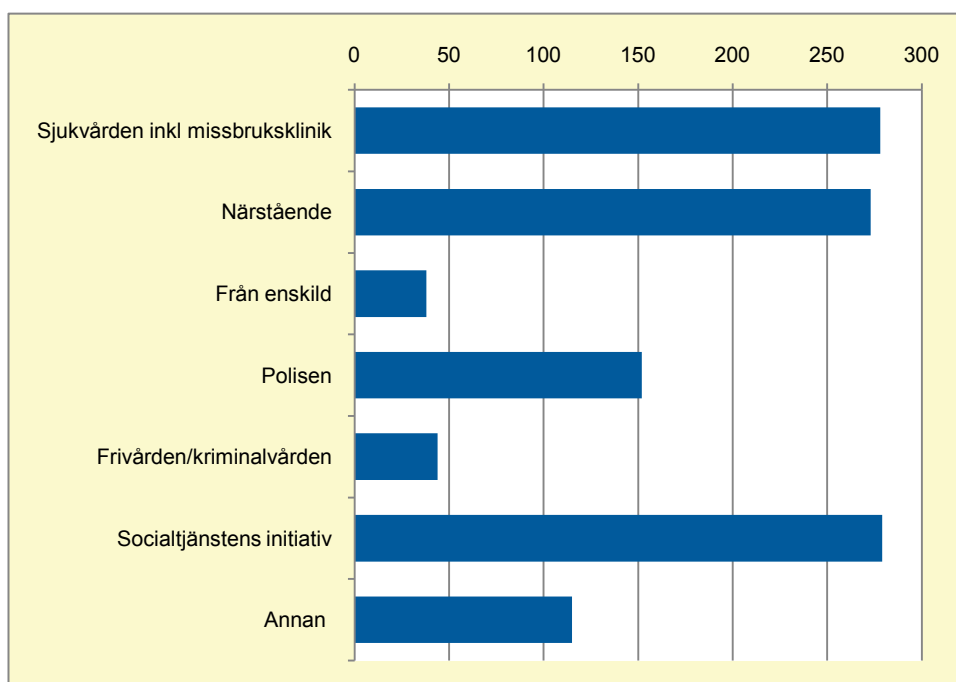
Knappt 15 procent av utredningarna gällde personer som inte tidigare varit aktuella inom socialtjänsten. För drygt 10 procent av utredningarna saknades uppgift om personen hade haft kontakt med socialtjänsten tidigare.

### *Ansökan och anmälan*

Drygt två tredjedelar av de granskade utredningarna gällde ansökan om bistånd. Resterande hade initierats genom en anmälan till socialtjänsten om att en person missbrukade alkohol, narkotika eller läkemedel.

Hälso- och sjukvården inklusive beroendekliniker stod för omkring en tredjedel av anmälningarna. En tredjedel var initierade av socialtjänsten och en nästan lika stor andel kom från närstående. Därefter följde anmälan från polisen, annan aktör, kriminalvården och enskild person (diagram 1). Med annan aktör avses till exempel skolpersonal, arbetsgivare, hyresvärd eller personal från boenden. Flera aktörer kunde ha gjort en anmälan gällande samma person.

Diagram 1. Anmälningar om missbruk



En tredjedel av de utredningar som initierats av en anmälan genomfördes med stöd av 7 § LVM, det vill säga utredningen inleddes oavsett den enskildas samtycke.

### *Missbruk och regionala skillnader*

Omkring 40 procent av utredningarna uppgavs gälla personer som missbrukade alkohol och drygt 20 procent personer som brukade narkotika. Knappt 20 procent gällde personer med ett blandmissbruk av alkohol, narkotika och läkemedel i olika kombinationer. En mycket liten del av utredningarna (1 procent) gällde personer som enbart missbrukade läkemedel.

Det fanns regionala skillnader när det gällde typ av missbruk. I Skåne och Kronobergs län gällde till exempel de flesta utredningar personer som missbrukade narkotika, medan missbruk av alkohol var vanligare i Örebro, Norrbottens och Dalarnas län.

Drygt 15 procent av utredningarna var rubricerade som ”annat” och gällde till exempel hemlöshet, spelmissbruk, metadon- eller subutexbehandling, vårdvistelse, narkotikabrott, våld i familjen eller psykisk ohälsa.

### *Insats under utredningstiden*

I över hälften av ärendena fanns pågående insatser redan under utredningstiden. Detta gällde både de ärenden som initierats av en ansökan och de som initierats av en anmälan. De vanligaste insatserna var kontakt med en missbruks- och beroendemottagning, strukturerad intern öppenvård, samtal med handläggare samt placering i boende eller behandlingshem. Av dem som fick en ”annan” insats under utredningstiden var kontakt med hälso- och sjukvården eller psykiatrin vanligast.

### *Systematiska bedömningsinstrument*

I drygt 40 procent av utredningarna användes systematiska bedömningsinstrument (ASI, DOK<sup>16</sup>, AUDIT, DUDIT, ADDIS<sup>17</sup>, DUR<sup>18</sup>, ADAD<sup>19</sup> eller MAPS<sup>20</sup>). Detta gällde både de utredningar som initierats av en anmälan och de som initierats av en ansökan. Det visade sig att de enskildas hela livssituation beskrevs mer allsidigt i de utredningar där systematiska bedömningsinstrument använts till stöd för arbetet. En iakttagelse var dock att socialtjänsten inte alltid hade gjort en bättre bedömning av den enskildes behov trots att exempelvis en ASI-intervju var genomförd. En förutsättning för detta är att bedömningsinstrumenten är väl förankrade hos handläggarna och att de används som en integrerad del i utredningen. Tillsynen visade att handläggarna inte alltid använde fakta från ASI-intervjun när de analyserade vårdbehovet.

Vidare hade bedömningsinstrumenten fått olika genomslagskraft i kommunerna. Stockholms och Jönköpings län utmärkte sig: där hade ASI använts i mer än hälften av utredningarna. Därefter följde Västerbottens, Skåne, Södermanlands, Kalmar och Värmlands län, där ASI hade använts i omkring 35–40 procent av utredningarna.

### **Rättssäker handläggning**

En korrekt handläggning har avgörande betydelse för dem som berörs. Reglerna om handläggning och dokumentation syftar till att de enskilda ska få sin sak prövad och avgjord på ett opartiskt och sakligt sätt. Granskningen fokuserade på några centrala aspekter för de enskildas rättssäkerhet: handläggningstiden, de enskildas möjligheter till insyn och socialnämndens dokumentation av handläggningen.

### *De flesta utredningar handläggs skyndsamt*

Det finns inga bestämda tidsgränser för att genomföra utredningar som gäller vuxna personer, men lagen anger ett allmänt skyndsamhetskrav. Det innebär att en utredning ska inledas utan dröjsmål, 11 kap. 1 § SoL, och genomföras så snabbt som möjligt utan att säkerheten eftersätts, 7 § förvaltningslagen (1986:223), FL.

Tillsynen visade att de flesta utredningar handlades skyndsamt. Över 80 procent hade avslutats inom fyra månader, varav närmare hälften inom en månad. Det fanns endast marginella skillnader i handläggningstid om utredningen initierats av en anmälan jämfört med en ansökan. Vidare inleddes två tredjedelar av utredningarna inom 1–2 veckor efter att en anmälan eller ansökan hade kommit in. I drygt 15 procent av utredningarna kunde man dock inte utläsa hur lång tid det tagit från anmälan eller ansökan inkom tills beslut om att inleda en utredning fattats.

Socialstyrelsen kritiserade knappt 15 procent av kommunerna och stadsdelarna för att de inte hade handlagt utredningarna tillräckligt skyndsamt.

---

<sup>16</sup> DOK (Dokumentation och utvärdering av missbrukarvården)

<sup>17</sup> ADDIS (Alkohol Drog Diagnos Instrument)

<sup>18</sup> DUR (Dokumentation Utvärdering Resultat)

<sup>19</sup> ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis)

<sup>20</sup> MAPS (Monitoring Area and Phase System)

Handläggningstiden hade då till exempel varit orimligt lång, eller så hade det dröjt lång tid (1–2 månader) från det att en person ansökt om bistånd tills socialnämnden hade inlett en utredning. I några fall gällde kritiken att handläggningstiden inte framgick, eftersom socialtjänsten inte hade dokumenterat när ansökan eller anmälan kommit in.

### *Handläggningen kan dokumenteras tydligare*

Det bör framgå av dokumentationen att socialtjänsten har informerat om hur ärendet handläggs. På så sätt garanteras de enskildas rättssäkerhet och insyn i handläggningen.

Tillsynen visade dock att socialtjänsten bättre behöver dokumentera hur den har tillämpat bestämmelserna i förvaltningslagen i sin myndighetsutövning, 11 kap. 8 § SoL. I närmare hälften av utredningarna framgick det inte av dokumentationen att socialtjänsten informerat den berörda om att en utredning inletts, vilket lagrum som gällde och att den enskilde tagit del av utredningen. I en fjärdedel av utredningarna som inletts oavsett den enskildas samtycke, det vill säga med stöd av 7 § LVM, fanns det inte dokumenterat att den berörda informerats om utredningen och socialtjänstens beslut.

Socialstyrelsen kritiserade 99 kommuner och stadsdelar för bristfällig dokumentation av handläggningen.

### *Oklart hur socialnämnden underrättar berörda om sina beslut*

Socialnämnden avslutar ett ärende genom ett beslut. Beslutet ska dokumenteras i den enskildes personakt, 11 kap. 5 § SoL. Det som framkommit i utredningen och har betydelse för nämndens beslut bör dokumenteras i ett beslutsunderlag, 5 kap. 3 § SOSFS 2006:5. Vidare bör det framgå av journalen att den enskilde har underrättats om beslutet och om det finns möjlighet att överklaga.

De flesta utredningar i tillsynen (91 procent) var sammanställda som ett eget dokument, det vill säga hade dokumenterats som ett beslutsunderlag. I en fjärdedel av utredningarna framgick dock inte att den enskilde hade underrättats om socialnämndens beslut. Dessutom gick det i 90 procent av ärendena inte att utläsa hur eller om den berörda hade informerats om möjligheten att överklaga beslutet. Å andra sidan bedömdes detta inte vara aktuellt i merparten av ärendena (67 procent).

Omkring 10 procent av de granskade social- och stadsdelsnämnderna kritiserades för att dokumentationen inte visade att den enskilde hade underrättats om nämndens beslut eller informerats om rätten att överklaga beslutet.

### *Socialtjänstens slutsatser behöver motiveras bättre*

I merparten av de granskade utredningarna (80 procent) hade socialtjänsten gjort en bedömning av den enskildes behov. För en femtedel av utredningarna ställde sig dock inspektörerna tveksamma till utredarens bedömning, eftersom det inte alls eller endast delvis gick att följa hur utredaren hade dragit sina slutsatser.

Omkring 15 procent av social- och stadsdelsnämnderna kritiserades för att beslutsunderlaget var så bristfälligt att det inte gav tillräcklig grund för be-

slut eller att socialtjänstens bedömning av den enskildes behov inte framgick av utredningen.

### Tillgodoses rätten till individuellt anpassade insatser?

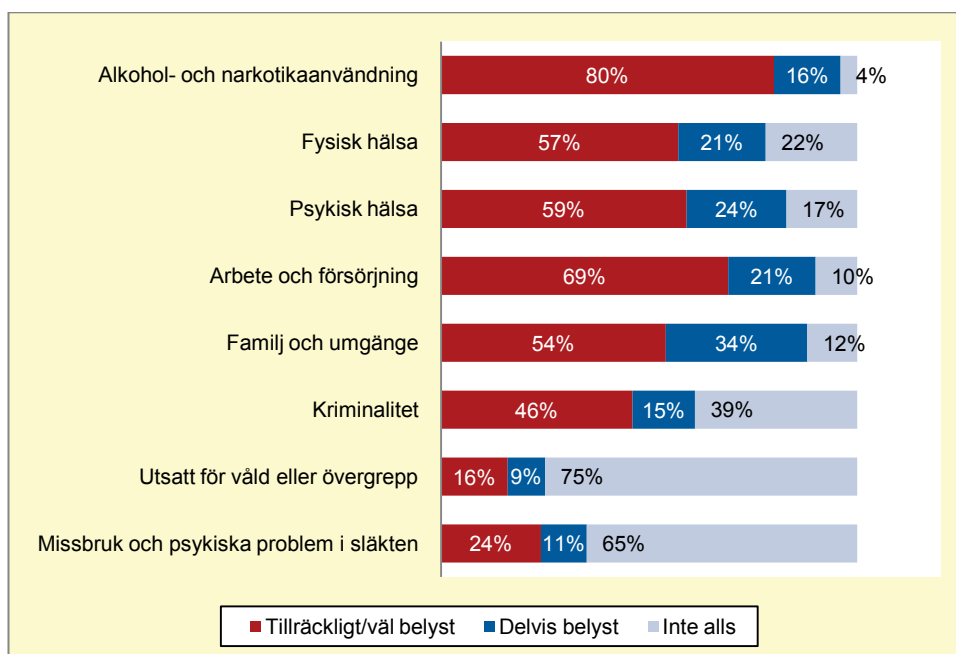
En utredning ska innehålla tillräckliga, väsentliga och ändamålsenliga uppgifter, 4 kap. 1 § SOSFS 2006:5. I en rättssäker handläggning ingår att socialnämnden bedömer den enskildes behov av hjälp och att insatsen är individuellt anpassad. För att kunna fatta beslut behöver socialnämnden därmed kartlägga de förhållanden som är relevanta för att bedöma behovet hos en person med missbruksproblem.

#### *De enskildas situation kan beskrivas mer allsidigt*

I granskningen av utredningar bedömde Socialstyrelsen om socialtjänsten hade belyst den enskildes situation tillräckligt väl när det gällde missbrukets svårighetsgrad och personens sociala situation (diagram 2).

Den enskildas alkohol- och narkotikaanvändning var tillräckligt väl beskrivet i de flesta av utredningarna. I något mer än hälften av utredningarna bedömdes personens fysiska och psykiska hälsa ha utretts väl, men nästan var femte utredning saknade helt uppgifter om hälsa. Vidare kunde familj och umgänge ha beskrivits bättre i närmare hälften av utredningarna. Dessutom saknade de flesta utredningar uppgifter om huruvida personen varit utsatt för våld eller övergrepp.

Diagram 2. Hur de enskildas situation beskrivs i utredningarna



Förutom att utredningarnas kvalitet kunde förbättras bedömde Socialstyrelsens inspektörer att 85 procent av utredningarna gav tillräcklig grund för beslut

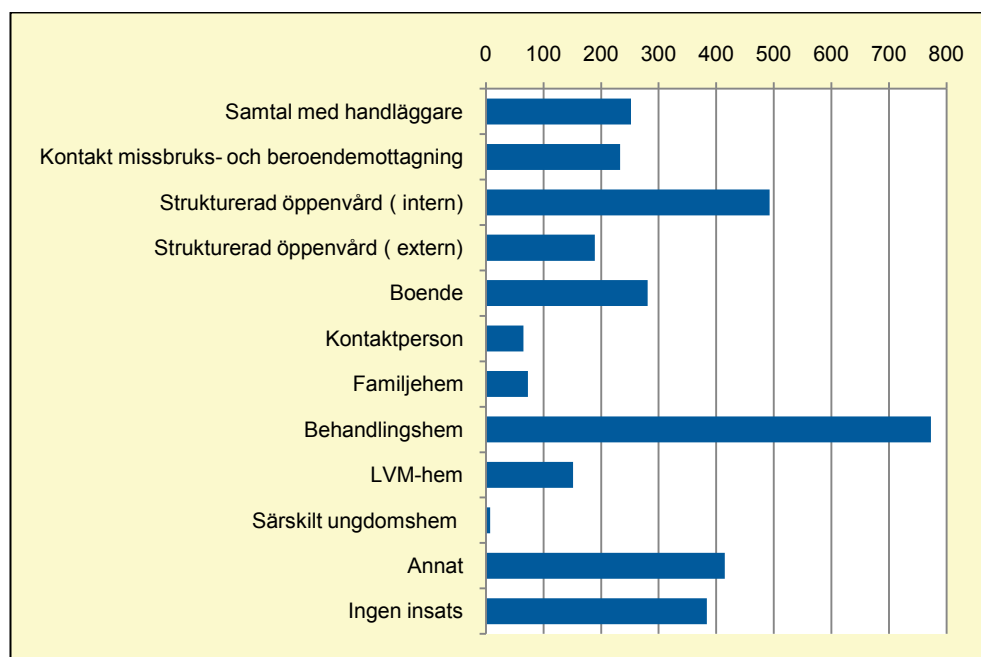
Socialstyrelsen kritiserade drygt 5 procent av de granskade kommunerna och stadsdelarna för att socialnämnden inte tillgodosåg den enskildes rätt till individuellt anpassade insatser. Kritiken grundades främst på att den enskildes situation inte var allsidigt belyst. Andra brister var att det saknades en bedömning av den enskildes behov och hur de kan tillgodoses, att utredningen inte gav tillräcklig grund för beslut, att det saknades beslutsunderlag eller att socialnämnden hade avslagit ansökan om bistånd utan motivering.

### *De flesta utredningar leder till en insats*

Omkring 85 procent av de utredningar som initierats av en ansökan från en enskild person ledde till ett beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen. 10 procent avslutades utan beslut om insats, och 4 procent ledde till ett avslag på ansökan om bistånd.

De insatser som utredningarna oftast ledde till var placering på behandlingshem, intern strukturerad öppenvård och ”annat. Med ”annat” avsågs till exempel stöd till sysselsättning, stödsamtal med psykolog, stödsamtal med alkohol- och drogterapeut, drogkontroller eller remiss till metadon- eller subutexbehandling (diagram 3).

*Diagram 3. Insatser*



Även de utredningar som inletts till följd av en anmälan (drygt 850 stycken) ledde i stor utsträckning fram till ett beslut om bistånd enligt SoL. Drygt hälften av utredningarna avslutades med beslut om insats. En fjärdedel avslutades utan insats och en femtedel ledde till någon form av tvångsingripande (omedelbart omhändertagande enligt LVM, ansökan om vård enligt LVM eller LVU).

Intern öppenvård, boende och behandlingshem var vanligare insatser när utredningen hade initierats av en ansökan. Däremot verkade insatsen kon-

takt med missbruks- och beroendemottagning vara lika vanlig oavsett om utredningen hade inletts till följd av en ansökan eller en anmälan.

Det fanns vissa marginella skillnader mellan män och kvinnor när det gällde vilka insatser som utredningen ledde fram till. Fler män beviljades boende och extern öppenvård, medan frivillig institutionsvård var lika vanlig för båda könen. Däremot ledde en större andel av utredningarna som gällde kvinnor till placering på LVM-hem.

Variationerna mellan stora och små kommuner<sup>21</sup> var förhållandevis små, men det fanns några skillnader. Kontakt med missbruks- och beroendemottagning var till exempel vanligast i storstadskommunerna, liksom insatsen boende, som knappt förekom alls i de minsta kommunerna (25 000 invånare eller färre).

Vidare beviljade storstadskommunerna och de minsta kommunerna mer extern öppenvård än de medelstora kommunerna. Insatsen intern öppenvård var vanligast i små, medelstora och stora kommuner (12 500–200 000 invånare).

Insatsen placering på behandlingshem (frivillig institutionsvård) beviljades i ungefär lika stor omfattning oavsett om kommunen var liten, medelstor eller en storstadskommun. Undantaget var stora kommuner (50 000–200 000 invånare), där andelen var lägre. De stora kommunerna hade däremot högst andel placeringar på LVM-hem, medan storstadskommunerna hade lägst andel.

## Finns det riktlinjer som styr valet av insats?

I uppdraget ingick att granska kommunernas riktlinjer för handläggningen, om sådana riktlinjer fanns. Framför allt har Socialstyrelsen uppmärksammat om riktlinjerna styrde socialnämndens val av insats på ett sådant sätt att behovet av individuellt anpassade insatser inte tillgodosågs. Socialstyrelsen kritiserade ett fåtal kommuner för att deras riktlinjer direkt stred mot lagstiftningen och äventyrade en individuellt anpassad vård. Det fanns till exempel riktlinjer som sa att öppenvården skulle prioriteras utom där det fanns skyddsaspekter eller att ambitionsnivån var lägre för äldre personer med missbruksproblem. En kommun hade riktlinjer som angav att rådgivning och behandling skulle erbjudas till i första hand personer upp till 25 år.

Tillsynen visade dock att det var vanligare att kommunerna saknade riktlinjer och rutiner till stöd för handläggningen än att det förekom riktlinjer som begränsade enskildas insatser.

Knappt 15 procent av kommunerna fick kritik som gällde riktlinjerna, i de flesta av fallen för att det saknades riktlinjer och rutiner för handläggningen.

## Får den enskilde komma till tals?

Att den enskilde görs delaktig och har insyn i socialtjänstens handläggning är av primärt intresse för att upprätthålla rättssäkerheten. I tillsynen granskades om den enskilde fick komma till tals i utredningen, om socialtjänsten

---

<sup>21</sup> Indelningen av kommunerna har gjorts utifrån befolkningsuppgifter (2009) enligt följande: 1: >200000, 2: 50001-200000, 3: 25001-50000, 4: 12501-25000, 5: <=12500.

tog till vara den enskildes synpunkter och om dokumentationen visade att den berörda varit delaktig vid planering och val av insats.

### *Den enskilde kommer till tals, men dokumentationen kan förbättras*

85 procent av utredningarna hade gjorts i samråd med den berörda. Mestadels hade utredaren haft personlig kontakt med henne eller honom (i 96 procent av ärendena). Här fanns ingen skillnad mellan utredningar som gällde ansökan från den enskilde och dem som gällde anmälan från en annan aktör. I nära 40 procent av utredningarna gick det dock inte att utläsa att den berörda gett sitt samtycke till de kontakter som tagits i utredningen.

När socialtjänsten använde bedömningsinstrument i utredningarna som bygger på att den enskilde beskriver sin situation, framgick att de berörda kom till tals och var delaktiga vid planering och val av insats. Generellt kunde socialtjänsten dock ha dokumenterat tydligare hur de tagit till vara de enskildas synpunkter. I var tionde utredning framkom inte hur den enskilde såg på sin situation.

I merparten av utredningarna var den berörda överens med socialtjänsten om valet av insats, även om det fanns en skillnad mellan utredningar som initierats på olika sätt. Utredningar som initierats av en ansökan om bistånd avslutades till 80 procent med att den enskilde och socialtjänsten var överens om valet av insats. Motsvarande andel för de utredningar som inletts till följd av en anmälan var närmare två tredjedelar.

När den enskilde inte var överens med socialtjänsten ville han eller hon i första hand ha mindre omfattande insatser. En mindre andel (3 procent) efterfrågade andra eller mer omfattande insatser. I nära 15 procent av utredningarna framgick dock inte den berördas vilja och inställning till socialtjänstens förslag.

Socialstyrelsen kritiserade närmare 10 procent av de granskade kommunerna och stadsdelarna för brister som gällde den enskildes delaktighet och möjligheter att komma till tals. Det handlade till exempel om att den enskildes synpunkter inte framgick och att socialtjänsten inte hade inhämtat eller dokumenterat samtycke till de kontakter som tagits i utredningen. En annan brist kunde vara att socialtjänsten inte hade underrättat den berörda om beslutet och grunderna för det.

## **Socialstyrelsens beslut**

Socialstyrelsen riktade kritik i 110 av kommunernas handläggning och dokumentation av utredningar, i detta ingår även exempelvis kritik när barn inte uppmärksammades i handläggningen (se avsnitt om barn).

För att förbättra handläggningen av utredningarna redovisade socialnämnderna ofta att de vidtagit en kombination av åtgärder. I de flesta redovisningar ingick att utarbeta riktlinjer för handläggning eller nya rutiner och checklistor i handläggningen. Personal inom missbruks- och beroendevården utbildades exempelvis i barns behov och i handläggning och dokumentation. I 19 fall infördes också bedömningsinstrumentet ASI eller skulle börja användas mer systematiskt än tidigare, så att beslutsunderlaget blev mer

allsidigt. En del kommuner hade också börjat implementera de nationella riktlinjerna, och fyra kommuner hade förstärkt med personal.

## Sammanfattande iakttagelser

Socialtjänsten tillgodosåg inte helt *den enskildes rättssäkerhet* i sin handläggning och dokumentation av utredningarna. Dokumentationen behöver bli bättre, så att det tydligt framgår att socialnämnden har tillämpat bestämmelserna i gällande lagstiftning i sin myndighetsutövning.

Socialstyrelsen kritiserade drygt 40 procent av kommunerna och stadsdelsnämnderna för brister i handläggningen och dokumentationen av utredningar. Kritiken gällde i huvudsak att de formella kraven på handläggningen inte var uppfyllda, men i viss utsträckning också att underlaget för socialnämndens beslut var bristfälligt.

Merparten av utredningarna handlades skyndsamt, och ofta hade den enskilde en pågående insats redan under utredningstiden. De flesta utredningar ledde också till ett beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL.

Tillsynen gav inget entydigt svar på om socialnämnden tillgodosåg den enskildes *rätt till individuellt anpassade insatser*. Det som talar för att så var fallet är att det i merparten av utredningarna (80 procent) framgick att socialtjänsten hade bedömt den enskildes behov, att det var en variation av insatser som har beviljats och att den enskilde och socialtjänsten verkade vara överens om valet av insats i de flesta fall. Å andra sidan kritiserade Socialstyrelsen ett antal kommuner för att den enskildes situation inte var tillräckligt allsidigt belyst och för att beslutsunderlaget var bristfälligt.

Att socialnämnder saknade *riktlinjer och rutiner* för handläggningen har Socialstyrelsen oftare uppmärksammat som en brist än att det fanns riktlinjer som begränsade eller styrde valet av insats.

Den enskildes möjligheter till *delaktighet och insyn* behöver också uppmärksammas mer. Socialnämnderna uppfyllde inte alltid kraven på insyn och öppenhet i sin myndighetsutövning. I närmare hälften av ärendena kunde man inte utläsa att den berörda hade informerats om utredningen eller nämndens beslut, eller gett sitt samtycke till vilka kontakter som tagits. I var tionde utredning framgick inte heller den enskildes syn på sin situation, och i 15 procent av utredningarna framgick inte hans eller hennes inställning till den föreslagna insatsen.

# Öppenvård och beroendevård

---

## Uppdraget

I uppdraget ingick att granska verksamheter som bedrev öppenvård inom socialtjänstens område. Inom hälso- och sjukvården ingick att granska specialiserad missbruks- och beroendevård. Tillsynen gällde ett urval av dessa verksamheter, både enskilda och offentliga.

## Genomförandet

### Omfattning och inriktning

Totalt gjordes drygt 190 inspektioner av öppenvård, beroendevård och integrerade verksamheter.

Inom socialtjänstens område granskades om öppenvården erbjöd insatser av god kvalitet utifrån individuella behov samt om den berörda hade deltagit i planeringen och uppföljningen, och fått möjlighet att påverka sin behandling. Inom hälso- och sjukvården utgick granskningen från ett kvalitets- och patientsäkerhetsperspektiv.

Ett urval gjordes av öppenvårdsverksamheter som tog emot vuxna personer från 18 år. 93 verksamheter inom socialtjänstens område granskades, varav 78 med offentlig huvudman och 15 med enskild huvudman. Kommunal öppenvård kunde drivas integrerat eller gemensamt med andra huvudmän. Antalet granskningar i varje län eller region hade ingen direkt koppling till antalet öppenvårdsverksamheter totalt i länen. I fem län gjordes inga eller bara någon enstaka tillsyn: Värmlands, Kronobergs, Jämtlands, Uppsala och Sörmlands län.

Tillsynen omfattade allt från typiska öppenvårdsmottagningar till verksamheter som endast bedrev ett specifikt behandlingsprogram riktat mot en särskild målgrupp. Antalet personer som fick stöd och vård inom öppenvård varierade från cirka 250 till 5–6 vid tidpunkten för inspektionen.

I hälso- och sjukvårdens beroendevård granskades 99 verksamheter. Av dem hörde 42 till en beroendeklinik, 41 till en psykiatrisk klinik och 16 var så kallade integrerade verksamheter som kommunen och landstinget eller regionen drev gemensamt. Därutöver granskades läkemedelshanteringen och dokumentationen hos 17 kommunala öppenvårdsmottagningar. Därmed omfattade tillsynen alla beroendekliniker i landet, liksom alla psykiatriska kliniker som bedrev beroendevård. Det innebär inte att alla avdelningar och mottagningar granskades, men minst en vårdenhet vid varje klinik.

## Metod

Inom socialtjänstens öppenvård hämtades uppgifter in från verksamheterna via en enkät inför inspektionen och uppgifter om personalens kompetens skulle bifogas underlaget. Ledning och personal intervjuades vid tillsynsbe-

söket och också några brukare. Dessutom granskades dokumentation som rörde enskilda.

I hälso- och sjukvårdens verksamheter genomförde inspektörerna gruppintervjuer med verksamhetschefer och personal som arbetade med patienter med missbruks- och beroendeproblem. I samband med inspektionerna granskades också några patientjournaler med avseende på hur familjesituationen var dokumenterad och på hur spårbara aktuella vårdåtgärder var i journalerna. En enkät lämnades ut som besvarades anonymt av patienter.

## Öppenvård enligt socialtjänstlagen

I den här rapporten används fortsättningsvis ordet öppenvård för den öppenvård som bedrivs enligt SoL. Öppenvård som riktar sig till personer med missbruks- och beroendeproblem är ett mångfacetterat begrepp och inbegriper i princip all verksamhet som inte sker i slutna former. Det saknas en kategorisering av den öppenvård som bedrivs inom socialtjänstens område.

I genomförandet av uppdraget avgränsades öppenvård till att gälla *särskilt organiserade verksamheter som erbjuder psykosocial behandling med en tydlig inriktning mot missbruks- och beroendeproblem* enligt definition av psykosocial behandling i de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården sidan 30 [1]. En typisk öppenvårdsmottagning definierades som en verksamhet där personer med riskbruk eller missbruk erbjuds psykosocial behandling i samtalsform och eventuell läkemedelsbehandling. Verksamheter som enbart erbjuder psykosocialt stöd eller sociala insatser som boendestöd och arbetsträning ingick inte i urvalet.

## Hälso- och sjukvårdens specialiserade beroendevård

I den här rapporten kallas fortsättningsvis all specialiserad beroendevård inom hälso- och sjukvården för beroendevård, oavsett var och i vilken form den bedrivs (slutenvård, öppenvård, sjukhusanknutna mottagningar etc.). Beroendevård bedrivs i olika form och organisation inom olika delar av hälso- och sjukvården, och vid enheter med varierande specialisering. I delar av landet finns till exempel missbruks- och beroendevården inom särskilda beroendekliniker. Det finns specialiserade beroendekliniker vid universitetssjukhusen och i större städer. På andra håll utför de psykiatriska klinikerna denna vård.

Där beroendevården bedrivs vid de psykiatriska klinikerna kan det finnas beroendemottagningar och avgiftningsplatser på en avdelning. Ibland sker vården tillsammans med annan psykiatrisk vård och behandling inom allmänpsykiatri. Det kan också finnas särskilda beroendeteam eller personal med särskild kompetens för missbruks- eller beroendeproblem. Vissa beroendeenheter inom de psykiatriska klinikerna kräver dock att patienterna har en psykiatrisk diagnos utöver beroendeproblemen, och på vissa håll i landet hänvisar hälso- och sjukvården personer med missbruks och beroendeproblem till kommunen för vård.

Både beroendeklinikerna och de psykiatriska klinikerna kan erbjuda såväl slutenvård (haldygnsvård) som öppenvård (besök vid öppenvårdsmottagning eller dagvård). Ibland finns också integrerade mottagningar där bero-

endevården drivs av socialtjänsten och hälso- och sjukvården gemensamt, antingen offentligt eller privat (och i något fall också tillsammans med kriminalvården). Det finns vidare specialiserade enheter där den primära målgruppen är patienter med komplexa vårdbehov och samsjuklighet.

Abstinensvård bedrivs på många håll inom hälso- och sjukvården, vid allt från beroendekliniker till medicinkliniker.

### Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende

Under våren 2007 genomförde Socialstyrelsen en granskning av alla verksamheter som då bedrev läkemedelsassisterad underhållsbehandling. Kritiken i rapporten Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende, Socialstyrelsen 2007 [11] handlade huvudsakligen om bristande tillgänglighet till sådan vård.

Den 1 mars 2010 trädde nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende i kraft, vilket innebär att föreskrifterna ändrades under den tid som tillsynen pågick och att en del iakttagelser inte längre är relevanta. Tillsynen omfattar ett litet urval av dessa verksamheter och tillgängligheten är den iakttagelse som redovisas här.

Tillgängligheten till substitutionsbehandling varierade fortfarande stort i landet. I Region Nord fanns substitutionsvård i Umeå, Skellefteå, Sundsvall och några få vårdplatser i Luleå. Även Östersund kan komma att erbjuda sådan vård – när tillsynen gjordes pågick ett arbete med missbruksvården där. I Region Sydväst kunde Västra Götalandsregionen erbjuda substitutionsvård vid alla sjukhus, i ett fall genom samarbete med landstinget i Jönköpings län, och även i Halland fanns substitutionsvård. Och i Region Skåne fanns mottagningar, offentligt drivna eller privata, i alla större städer. Där hade också vissa HVB och vårdcentraler avtalat om samarbete när det gällde inställning på Metadon, som en effekt av tillsynen. I Region Sydöst hade mottagningarna blivit fler och behandlingen kommit i gång även i Kalmar. I Region Mitts tillsynsområde fanns substitutionsbehandling i samtliga landsting, dock kunde den geografiska faktorn vara ett problem när det gällde närhet och tillgänglighet. I Region Öst var det god tillgång till substitutionsbehandling med mottagningar i alla kommuner.

## Vårdens målgrupper och inriktning

### Öppenvård

Öppenvården (socialtjänst) riktar sig till vuxna män och kvinnor som missbrukar alkohol och narkotika, och ibland även till personer med läkemedelsberoende och spelmissbruk. Några mottagningar i tillsynen vände sig enbart till personer med alkoholproblem eller enbart till personer som använde narkotika, eventuellt kombinerat med psykiska problem. Många verksamheter hade dessutom närstående till personer med missbruksproblem som en primär målgrupp. Även barn till personer med missbruks- eller beroendeproblem kunde erbjudas insatser, men vanligare var att en annan enhet inom socialtjänsten (barn- och familj) svarade för stöd till barnen. Vissa uppmärksammade särskilt kvinnor som utsatts för våld. Öppenvård i enskild regi

hade ofta nischat sig mot särskilda målgrupper eller behandlingsprogram. Vanligtvis var det 12-stegsbehandling<sup>22</sup> som erbjöds.

Många verksamheter inom socialtjänstens öppenvård hade särskilda grupper för kvinnor i behandlingen. På andra ställen skiljde man inte på män och kvinnor i behandlingen. Ett skäl som kunde anges var att kvinnorna var för få för att bilda en egen behandlingsgrupp.

## Beroendevård

Beroendevårdens (hälso- och sjukvård) målgrupp är patienter med beroendeproblem. Ibland har dessa en så kallad samsjuklighet som ger komplexa vårdbehov, till exempel en kombination av missbruks- och beroendeproblem och en (annan) psykiatrisk sjukdom eller ett psykiskt funktionshinder. Personer som har missbruks- och beroendeproblem utan annan samtidig sjukdom kan få vård och behandling inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. Det finns ingen given gräns för när personer med missbruks- och beroendeproblem får stöd och behandling inom socialtjänsten eller inom hälso- och sjukvården. Det kan bero på lokala förhållanden som utbud, organisation och överenskommelser mellan kommuner och landsting eller regioner. På många håll fanns ett väl utbyggt samarbete mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens missbruks- och beroendevård.

Drygt en tredjedel av verksamheterna inom beroendevården erbjöd särskilda insatser för kvinnor med missbruks- och beroendeproblem. Särskilda insatser för gravida kvinnor fanns vid 33 procent av verksamheterna. Vidare erbjöd en fjärdedel av verksamheterna insatser för spädbarnsmödrar med missbruks- och beroendeproblem.

## Personalens kompetens

### Öppenvård

Personalen inom socialtjänstens öppenvård hade som regel adekvat utbildning för att möta och behandla personer med riskbruk, missbruks- och beroendeproblem samt erfarenhet av arbete inom missbruks- och beroendevården. Men det förekom att personal saknade grundutbildning mot vård och omsorg på lägst gymnasienivå.

För 79 av 93 verksamheter finns sammanställda uppgifter om behandlingspersonalens kompetens, uppgifter som lämnades från verksamheterna inför tillsynen. Merparten (76 procent) hade relevant grundutbildning på som lägst gymnasienivå. Ytterligare 10 procent uppgavs ha utbildning som alkohol- och drogterapeut.

I flertalet verksamheter (57 procent) hade minst hälften av behandlingspersonalen också relevant universitets- eller högskoleutbildning (tabell 7). De vanligaste utbildningarna var socionom, beteendevetare, sjuksköterska och läkare.

---

<sup>22</sup> 12-stegsbehandling eller Minnesotamodellen

Tabell 7. Andel bland personalen med relevant universitets- eller högskoleutbildning i öppenvårdsverksamheter

Högskoleutbildade	Alla	Hälften eller fler	Mindre än hälften	Ingen
Antal/andel	19 (24 %)	26 (33 %)	22 (28 %)	12 (15 %)

Vid drygt två tredjedelar av socialnämndernas öppenvårdsenheter hade hälften eller fler av medarbetarna en relevant universitets- eller högskoleutbildning. Detta gällde för 4 av 14 enskilt drivna enheter.

Personalen hade som regel tillgång till handledning och fortbildning. Nästan alla verksamheter uppgav att personalen hade gått olika fortbildningar inom området. I hälften (36) av dessa hade en eller flera medarbetare magisterexamen, steg 1- eller steg 2-utbildning, familjeterapiutbildning eller nätverksinriktad utbildning. Nästan alla verksamheter redovisade också att personalen hade utbildning i metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

Personalens utbildning och fortbildning hade dock skiftande omfattning och innehåll. Utbildning till alkohol- och drogterapeut kunde exempelvis skifta i omfattning och var en vanlig utbildningsbakgrund i verksamheter som bedrev 12-stepsbehandling.

Vidare hade personalen i verksamheterna varierande utbildning i de metoder som användes. Dessutom väcktes frågan om personalen hade tillräcklig grundutbildning för att kunna tillgodogöra sig innehållet i och tillämpa de kunskaper de fått genom kurser i evidensbaserade metoder.

I 5 procent av granskade verksamheterna påtalade tillsynen brister för att personalen saknade relevant utbildning, ibland kombinerat med att verksamheterna inte erbjöd kompetensutvecklande insatser och handledning. Bristerna gällde exempelvis att personalen inte hade grundutbildning eller saknade utbildning i den metod som användes.

## Beroendevård

De allra flesta som arbetade inom beroendevården hade någon form av hälso- och sjukvårdsutbildning. Utbildningarnas längd varierade, men få hade kortare utbildning än undersköterska eller mentalskötare (gymnasieutbildning). Personalen bestod bland annat av legitimerade läkare med specialistkompetens i psykiatri, legitimerade läkare under specialistutbildning och AT-läkare (ännu inte legitimerade läkare). Vidare fanns legitimerade psykologer, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Det fanns också socionomer och andra beteendevetare samt undersköterskor och mentalskötare. Personal från de olika yrkeskategorierna kunde därutöver även vara legitimerade psykoterapeuter. Det förekom också en mängd utbildningar inom missbruks- och beroendområdet av varierande längd och med olika innehåll.

På ungefär två tredjedelar av verksamheterna inom den specialiserade vården ansåg man att all personal hade tillräcklig kompetens för sitt arbete med missbruks- och beroendevården. Uppskattningarna byggde på svarspersonernas uppfattning om kompetensbehovet inom sitt eget område. Som

kompetensbrist kunde de till exempel ange avsaknad av specialistutbildade läkare.

## Insatser och metoder

### Öppenvård: insatser

De kommunala mottagningar som granskades erbjöd som regel rådgivning, motiverande samtal, strukturerade behandlingsprogram och återfallsprevention. Ofta erbjöd mottagningarna också drogtester och vissa hälso- och sjukvårdsinsatser inom den egna verksamheten eller i samverkan med landstinget. Besökarna kunde ha kortvariga kontakter som innebar rådgivning eller provtagning, eller längre strukturerade program inom en och samma verksamhet. Ibland drevs behandlingsprogram i kommunal eller privat regi inte inom en mottagning utan var organiserade på annat sätt.

Verksamheterna erbjöd en varierande bredd av insatser med olika grader av differentiering och specialisering mot olika målgrupper. Exempelvis fanns integrerade missbruks- och beroendemottagningar som drevs i samarbete mellan en eller flera kommuner och landstinget. Dessa erbjöd ett varierat utbud av insatser och behandlingsmetoder till olika målgrupper. Integrerade verksamheter förekom oftast i de större städerna.

Enskilda kunde oftast själva vända sig direkt till en öppenvårdsmottagning inom socialtjänsten och även få vara anonyma. Som regel erbjöds rådgivning och kortare samtalsbehandling utan föregående biståndsprövning, medan längre behandlingsinsatser gavs efter biståndsbeslut enligt SoL. Ibland krävdes dock en biståndsprövning även efter ett antal rådgivningsamtal, exempelvis efter fyra till fem samtal. Stöd till vuxna närstående är exempel på insatser som oftast inte var biståndsprövade. För insatser som inte biståndsprövades finns inga krav på individuell dokumentation.

Kommunerna skiljde sig alltså åt beträffande vilka insatser de kunde ge med och utan biståndsbeslut. Vissa kommuner erbjöd de flesta insatser som bistånd, medan andra huvudsakligen gav insatser som inte var biståndsbedömda – där personen sökte behandling själv eller hänvisades direkt till öppenvården.

### Öppenvård: metoder

I stort sett alla granskade verksamheter inom socialtjänsten använde metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård, åtminstone för delar av utbudet.

12-stepsprogram erbjöds i knappt hälften av verksamheterna. Även psykosocial behandling med KBT var vanligt. Behandling gavs både individuellt och i grupp. Vidare hade motiverande samtal och kort rådgivning (MI) vunnit insteg. Samma sak gällde standardiserade bedömningsinstrument, exempelvis AUDIT, för att identifiera och bedöma svårhetsgraden i den enskildes missbruk. Vissa mottagningar använde också metoden ASI för att bedöma personers behov av hjälp inom olika livsområden. Öppenvårdsverksamheter som enbart riktade sig till personer med samsjuklighet arbetade som regel med case management-metodik. Mindre vanligt var ex-

empelvis ART<sup>23</sup> för unga, haschavvänjningsprogram (HAP) och CRA<sup>24</sup> – en strukturerad behandlingsmetod som mestadels använts i individuell behandling.

Lösningfokuserat arbetssätt och nätverksarbete är metoder som inte nämns i riktlinjerna men som användes och var etablerade inom socialtjänsten. Vidare användes öronakupunktur ("NADA-akupunktur") i delar av landet. Friskvård, avslappning och stresshantering kunde erbjudas som komplement till annan behandling, men var inte direkt inriktade mot själva missbruket eller beroendet. Inom kommunala öppenvårdverksamheter kunde uppsökande verksamhet, boende och sysselsättningsstöd erbjudas inom samma enhet.

Vissa verksamheter använde metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna men inte på det sätt som förutsätts. Ett mindre antal verksamheter kunde inte alls på ett tillfredsställande sätt redogöra för vilka metoder de använde.

### Beroendevård: metoder

Drygt två tredjedelar av beroendevårdens verksamheter använde screening-instrumenten AUDIT och DUDIT för att upptäcka alkohol- eller narkotikamissbruk. Knappt hälften använde ASI. I många verksamheter tog man också prover för biokemiska markörer; hos mer än tre fjärdedelar av verksamheterna togs proverna ASAT, ALAT, GT och CDT, som alla rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Vidare tog man regelbundet prover för hepatit C och hiv vid drygt två tredjedelar av verksamheterna. Ungefär tre fjärdedelar av verksamheterna angav att personalen hade rätt och tillräcklig utbildning för de instrument som användes.

*Tabell 8. Användningen av olika läkemedel i beroendevården (svar från 99 verksamheter)*

Läkemedel	Andel verksamheter som använde läkemedlet
Antabus	80 %
Campral	71 %
Naltrexon	30 %
Bensodiazepiner	47 %
Heminevrin	66 %
Subutex	53 %
Suboxone	48 %
Metadon	45 %

När det gällde i riktlinjerna nämnda läkemedel mot alkoholberoende användes Antabus vid de allra flesta av beroendevårdens verksamheter, medan Campral var något ovanligare och Naltrexon inte förekom så ofta (tabell 8). Ungefär hälften av verksamheterna använde Subutex, Suboxone och Metadon som är preparat för substitutionsbehandling vid opiatberoende.

<sup>23</sup> ART (Aggressive replacement training)

<sup>24</sup> CRA Community Reinforcement approach

Bensodiazepiner kan enligt riktlinjerna ges mot abstinensbesvär men bör användas med försiktighet och beaktande av risken för beroendeutveckling. Dessa läkemedel användes vid ungefär hälften av verksamheterna i beroendevården.

Ungefär två tredjedelar av verksamheterna använde Heminevrin, som är ett läkemedel mot abstinensbesvär och som enligt riktlinjerna endast bör användas i slutenvård och med stor återhållsamhet.

Andra läkemedel som användes var lugnande och sömngivande medel som Lergigan, Theralen och Propavan samt B-vitaminer och antiepileptika. Även antidepressiva läkemedel förekom.

*Tabell 9. Användningen av psykosociala behandlingsmetoder i beroendevården (svar från 99 verksamheter)*

Metod	Andel verksamheter som använde metoden
MI	79 %
KBT	56 %
Psykodynamisk psykoterapi	33 %
Familjeterapi	23 %

Flera av de psykosociala behandlingsmetoder som nämns i riktlinjerna användes i stor utsträckning inom beroendevården (tabell 9). Kort rådgivning genom motiverande intervju (MI) var vanligast, och kognitiv beteendeterapi erbjöds vid över hälften av verksamheterna. Psykodynamisk psykoterapi var ovanligare, och familjeterapi användes ganska sällan. Flera av verksamheterna kunde erbjuda fler än en av behandlingsmetoderna.

## Tillgänglighet

Tillsynen visade att det som regel gick snabbt att nå kontakt för ett första samtal och att det inte fanns väntetider för att få börja en behandling inom socialtjänstens öppenvård. Däremot fanns exempel på brister i den fysiska miljön, då lokaler inte var anpassade till personer med funktionsnedsättningar.

Knappt tre fjärdedelar av beroendevårdens verksamheter ansåg att de inte hade något problem med långa väntetider, och färre än en tiondel angav att väntetiderna var problematiska. Vidare hade det stora flertalet verksamheter rutiner för tolkanvändning.

## Kvalitetssystem och dokumentation

### Öppenvård: kvalitetssystem

En del av de granskade verksamheterna bedömdes till stora delar ha system för att säkerställa kvaliteten. Men huvudintrycket från tillsynen är att flertalet verksamheter saknade viktiga delar i ett systematiskt kvalitetsarbete. Exempel på brister var att få verksamheter hade system för att följa upp och utvärdera resultaten på aggregerad nivå. Verksamheter använde inte alltid de målformuleringar och det material de hade för systematisk uppföljning och

mål som formulerades var inte möjliga att följa upp. Vidare saknades det rutiner för anmälan och formaliserad klagomåls- och avvikelshantering. Det fanns otillräckliga rutiner för dokumentation och verksamheter hade inte beskrivit sina processer.

Det fanns dock goda exempel, och många verksamheter arbetade med att utveckla kvalitetssystemen. I sju fall hade till exempel en verksamhet eller ett behandlingsprogram utvärderats externt, ibland i samarbete med en högskola eller en FOU-enhet.

Vissa verksamheter använde vidare ASI och även DOK för att följa upp enskildas situation på individnivå och ibland även på gruppnivå, för att få en bild av målgruppen och kunna följa resultat över tid. Vanliga delar i verksamhetsuppföljningen var också brukarundersökningar och kvantitativa uppgifter om antal besökare med mera.

### Öppenvård: dokumentation

Det fanns brister i rättssäkerheten när det gällde dokumentationen inom öppenvården. Ibland saknades genomförandeplaner, och även övrig dokumentation av genomförandet hade brister. Manualbaserad 12-stegsbehandling dokumenterades till exempel inte alltid individuellt. I vissa fall hölls inte heller hälso- och sjukvårdsdokumentation enligt patientdatalagen (2008:355), PDL, och dokumentation enligt SoL åtskilda, och en del datasystem medgav att journalanteckningar justerades i efterhand.

Dokumentationsreglerna för enskilda personer gäller endast för biståndsbedömda insatser. Vissa verksamheter hade även dokumenterat individdata för insatser som inte var biståndsbedömda.

I de integrerade verksamheterna var skillnader i lagstiftning ett problem som skapade svårigheter och otydligheter vid samverkan och gemensam planering för den berörda. Ibland kunde samma typ av behandling inom öppenvården utföras av både hälso- och sjukvårdspersonal och personal inom socialtjänsten. Problemet blev då att hälso- och sjukvårdspersonalen skulle dokumentera behandlingen enligt PDL, medan socialtjänstens personal endast skulle dokumentera vården om den hade föregåtts av ett biståndsbeslut. Detta medförde betydande osäkerhet om vilka regler som skulle gälla.

Socialstyrelsen kritiserade dokumentationen av insatserna i 15 öppenvårdsverksamheter inom socialtjänsten.

### Beroendevård: kvalitetssystem

Ungefär två tredjedelar av verksamheterna inom beroendevården hade mål för sin verksamhet, och knappt hälften följde upp målen. Drygt en tredjedel använde en metod för uppföljningen (tabell 10).

Tabell 10. Andelen verksamheter som hade mål och följde upp målen (svar från 99 verksamheter)

Mål och uppföljning	Andel
Hade mål för sin verksamhet	62 %
Följde upp sina mål	48 %
Använde en metod för uppföljning (ASI, balanserade styrkort m.fl.)	39 %

Flertalet verksamheter inom beroendevården hade skriftliga rutiner för att vidta åtgärder när en patient har komplexa vårdbehov som verksamheten inte själv kan tillgodose – detta gäller ofta patienter med samsjuklighet i olika former (tabell 11). De flesta verksamheter hade också skriftliga rutiner för informationsöverföring mellan sig och andra aktörer eller verksamheter, och för det mesta ingick det att be om patientens medgivande i rutinerna. Färre verksamheter hade dock rutiner för att ta hand om patienters klagomål och synpunkter. Hälften hade någon person eller funktion som ansvarade för att bevaka och informera om nya rön och forskningsresultat (evidens, beprövad erfarenhet) inom missbruks- och beroendevården.

Tabell 11. Andelen verksamheter som hade skriftliga rutiner för viss annan kvalitetssäkring (svar från 99 verksamheter)

Har rutiner som säkerställer ...	Andel
Att rätt åtgärder vidtas vid samsjuklighet	89 %
Informationsöverföring	89 %
Patientmedgivande vid informationsöverföring	91 %
Att patientsynpunkter och -klagomål tas om hand	70 %
Att nya rön, forskningsresultat och metoder bevakas och informeras om	50 %

## Beroendevård: dokumentation

Knappt två tredjedelar av verksamheterna i beroendevården svarade att deras journaler uppfyllde kraven på spårbarhet. Vid ungefär en tredjedel av dem hade en person eller funktion i uppdrag att granska dokumentationen i journalerna ur kvalitetssäkringssynpunkt. Det var dock olika lätt att komma åt uppgifter i patientjournalerna, beroende på vilket journalsystem som användes.

Socialstyrelsen kritiserade brister i dokumentationen där det inte gick att följa vården, se vem som hade ordinerat och vem som hade utfört en ordination.

## Lagstadgad anmälningsskyldighet inom beroendevården

Nästan alla verksamheter inom beroendevården uppgav att de kände till regelverket för barn som behöver socialnämndens insatser, och att de gjorde anmälningar i den utsträckning som förutsätts i lagstiftningen. Drygt hälften ansåg att de uppfyllde övrig lagstadgad anmälningsskyldighet. Ungefär en tredjedel angav att de delvis eller inte alls uppfyllde sin lagstadgade anmäl-

ningsskyldighet (förutom avseende barn). Det saknades i stor utsträckning skriftliga riktlinjer för de olika anmälningsskyldigheterna (tabell 12).

Tabell 12. Andelen verksamheter inom beroendevården som hade skriftliga rutiner för lagstadgad anmälningsskyldighet (svar från 99 verksamheter)

Anmälningsskyldighet	Andel som hade skriftliga rutiner
Enligt 14 kap 1 § SoL (om att barn kan behöva skydd)	72 %
Enligt 6 § LVM	68 %
Enlig körkortslagen	53 %
Enlig vapenlagen	70 %
Enligt smittskyddslagen	68 %

Den vanligaste anledningen till påpekanden, kritik och krav på åtgärder i Socialstyrelsens beslut till beroendevården handlade om att verksamheterna saknade skriftliga rutiner för att säkerställa den lagstadgade anmälningsskyldigheten enligt körkortslagen och smittskyddslagen.

## Delaktighet

De som behandlades i öppenvården enligt socialtjänstlagen var som regel delaktiga i att planera och följa upp behandlingen, och hade möjlighet att påverka den. Vissa metoder som användes byggde också på delaktighet, till exempel CRA-behandling där mottagaren styr innehållet på ett tydligt sätt. Delaktigheten kunde däremot ifrågasättas till exempel när den inte synliggjordes i genomförandeplaner eller annan dokumentation, och när verksamheten inte systematiskt tog till vara synpunkter från dem som behandlades.

Inom beroendevården angav nästan alla verksamheter att patienterna var delaktiga i att planera sin vård, och vid cirka två tredjedelar medverkade patienterna till att dokumentera planeringen i form av till exempel en vårdplan.

## Synpunkter från enskilda

### Beroendevård

För att fånga enskildas upplevelser av vård och behandling inom hälso- och sjukvården lämnade Socialstyrelsen ut patientenkäter på de beroendemottagningar som granskades. Enkäterna besvarades anonymt, och det är inte möjligt att härleda svaren till en särskild mottagning. 544 svar kom in från 34 mottagningar, och antalet svar från respektive mottagning varierade.

Fler kvinnor än män svarade på patientenkäterna: 303 kvinnor och 225 män (16 svarade inte på frågan om kön). Det är oklart om skillnaden beror på att kvinnor svarade i högre grad eller på att svaren motsvarade andelen män och kvinnor som fått vård. Endast en av mottagningarna vände sig enbart till kvinnor.

Var fjärde person uppgav att de hade fått vänta på att få komma till mottagningen. De flesta var dock nöjda med den vård och behandling de fått (tabell 13).

Tabell 13. Hur nöjd man var med vård och behandling vid beroendevården (544 enkätsvar)

Är du nöjd med din vård och behandling?	Andel
Ja	70 %
Delvis	19 %
Nej	4 %
Kan inte svara eller ej ifyllt	7 %
Summa	100 %

Knappt 80 procent svarade att det fanns en plan för deras vård och behandling, och cirka 90 procent av dem (70 procent av alla) hade varit med och bestämt innehållet i planen. Något mer än hälften svarade att planeringen av vård och behandling hade skett i samarbete med socialtjänsten.

Tabell 14. Andel som angav hur deras situation hade förändrats under behandlingstiden (544 enkätsvar)

Område	Bättre	Ingen skillnad	Sämre	Saknas/ ej aktuellt	Ej svarat
Missbrukssituationen	83 %	6 %	2 %	--	10 %
Relationer	62 %	19 %	4 %	3 %	12 %
Bostad	35 %	49 %	4 %	2 %	10 %
Arbete	25 %	38 %	4 %	19 %	13 %

De som svarade upplevde som regel att deras situation hade förbättrats inom flera livsområden sedan de börjat besöka mottagningen, men en del hade upplevt försämringar i olika avseenden (tabell 14). De flesta tyckte att missbrukssituationen hade förbättrats, men många menade även att de fått bättre relationer (till familjen). Minst effekt uppgavs besöken ha haft på bostadssituation och arbete.

## Öppenvård

Inom socialtjänstens öppenvård hämtade Socialstyrelsen synpunkter från personer som fått vård och stöd i de granskade verksamheterna vid varje tillsyn. Cirka 110 personer intervjuades, och synpunkterna var en del av underlaget för tillsynsresultatet. Det var ofta personalen i öppenvården som frågade besökarna om de ville bli intervjuade. I vissa fall valde Socialstyrelsen i stället att lämna ut enkäter för att få synpunkter i samband med besöken, och 70 enkäter besvarades.

Generellt var de intervjuade och de som svarade på enkäterna positiva till vården och kände sig väl bemötta. De upplevde tillgängligheten till öppenvården som god och hade haft lätt att komma i kontakt med den. Men någon tillade att innan kontakten var etablerad var det svårt att veta hur man nådde öppenvården.

Vidare sa sig många svars personer ha varit delaktiga och haft stort inflytande i planeringen och genomförandet av insatserna. De var nöjda med behandlingen, hur de blivit lyssnade på och på vilket sätt de fått vara med att

planera och följa upp vården. Exempel på kommentarer var: ”Jag har kunnat styra det jag behöver prata om” och ”Jag har insett att jag måste ha delmål.”

Vissa ansåg att de varit delaktiga men inte haft möjlighet att påverka själva utformningen av vården. De flesta upplevde dock att personalen var professionell och kompetent. Behandlingen hade fått missbruket och beroendet att minska eller upphöra, och det förekom kommentarer som: ”Jag har fått ett nytt liv.”

Intervjupersonerna hade inte alltid funderat så mycket på behandlingsinnehåll och val av metoder, och de kände till vilka behandlingsmetoder som erbjöds olika väl. De verkade dock inte regelmässigt ha informerats på ett sådant sätt att de själva kunnat ta aktiv ställning till olika metoder. De hade inte heller alla gånger känt till hur de kunde framföra eventuellt kritiska synpunkter på verksamheten.

Vidare sågs det som en fördel att kunna bo kvar hemma under behandlingen. En man jämförde 12-stegsbehandlingen han fick inom öppenvården med den han genomgått på ett HVB. Han ansåg att han kunde ta till sig behandlingen bättre i hemmiljön där inte andra inskrivna påverkade eller störde. En person var dock kritisk till att för många aktiva missbrukare kom och gick i öppenvården. En annan hade gärna velat kunna delta i den kognitiva gruppbehandlingen längre tid än tio veckor.

## Socialstyrelsens beslut

Socialstyrelsen riktade kritik till knappt hälften av de 93 öppenvårdsverksamheterna. Inom öppenvården handlade verksamheternas redovisning mest om att införa kvalitetssystem eller delar av ett sådant, åtgärder för att upprätta genomförandeplaner och att åtgärda brister i dokumentationen. Åtgärder som gällde kvalitetssystem var exempelvis att införa uppföljningsbara mål, beskriva vilka insatser som erbjöds, upprätta serviceåtaganden, införa system för klagomålshantering, följa upp resultat samt genomföra brukarundersökningar. Några verksamheter uppgav att de hade infört ASI som metod. I övrigt upprättades handläggningsrutiner för genomförandeplaner och rutiner för att dokumentationen skulle följa lagstiftningen.

Socialstyrelsen fattade beslut med påpekanden, krav på åtgärd eller uppföljning till drygt hälften av de 99 granskade verksamheterna inom beroendevården. Besluten gällde krav på åtgärder som gällde brister i kvalitetsarbetet även om dessa brister inte var lika vanligt förekommande som inom primärvården. I flertalet fall rapporterades att verksamheter vidtagit tillräckliga åtgärder. I ett fall drev landstinget och kommunen tillsammans en abstinensverksamhet i en lokal som låg relativt långt ifrån ortens sjukhus. Efter Socialstyrelsens tillsyn och beslut flyttades den medicinskt riskabla delen av verksamheten till en avdelning på sjukhuset. Kommunal öppenvård fick också kritik vid granskning av hälso- och sjukvårdsinsatser när det saknades skriftliga rutiner för läkemedelshantering och dokumentation av hälso- och sjukvårdsinsatser.

## Sammanfattande iakttagelser

Socialstyrelsen observerade inga väntetider till socialtjänstens öppenvård annat än i undantagsfall. Inom beroendevården fanns det väntetider i vissa fall – enligt patientenkäten uppgav en av fyra att de fått vänta på att få komma till mottagningen. Personer som fick stöd, vård och behandling var också i allmänhet delaktiga i att planera vården och insatserna, men delaktigheten kunde ifrågasättas när dokumentationen inte visade exempelvis hur de hade informerats om och kunnat ta ställning till vården.

Metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna användes inom nästan all beroendevård och öppenvård. Beroendevården och öppenvården har delvis olika målgrupper, men använde också samma eller likartade metoder för att bedöma graden av missbruk och beroende. Båda använde också psykosociala behandlingsmetoder som KBT. 12-stegsbehandling var däremot vanlig i socialtjänstens öppenvård men inte i beroendevården. Öppenvården erbjöd eget stöd till anhöriga, och ibland även till barn.

Beroendevården kunde även finnas i form av integrerade mottagningar eller verksamheter med inriktning på samsjuklighet.

Socialstyrelsen ansåg som regel att personalens kompetens var relevant inom öppenvården, men det finns inga uttalade kompetenskrav för att arbeta med behandling inom socialtjänsten. I vissa fall saknade personal adekvat grundutbildning eller var inte tillräckligt utbildade i de metoder som användes. Inom hälso- och sjukvården, där medarbetarna var legitimerade, uppskattade två av tre verksamheter att personalen hade den kompetens som behövdes för arbetet.

Vidare fanns det brister som gällde genomförandeplaner och dokumentation vid biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen. Ibland saknades till exempel planer för att genomföra vården, och insatserna följdes inte upp.

Socialtjänstens öppenvård har ingen skyldighet att dokumentera insatser som ges utan föregående biståndsbeslut. Skillnaderna i regler för dokumentation blev uppenbara i integrerade verksamheter och vållade problem vid samverkan.

Både öppenvården och beroendevården saknade delvis kvalitetsarbete eller kvalitetssystem. Få verksamheter följde upp vårdens resultat systematiskt. Inom socialtjänsten försvårades uppföljningen dessutom vid icke biståndsbedömda insatser som saknade individuell dokumentation.

# Hem för vård eller boende

---

## Uppdraget

Uppdraget var att ”utöva verksamhetstillsyn av samtliga HVB/behandlingshem, som erbjuder frivillig institutionsvård för vuxna”. I tillsynen ingick såväl verksamheter som drivs i enskild regi som offentligt drivna hem för vård eller boende (HVB). Med HVB avses ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende, 3 kap 1 § socialtjänstförordningen (2001:937).

Socialstyrelsen granskade om verksamheterna bedrevs med god kvalitet och säkerhet, om de boende var delaktiga i att planera och följa upp vården och om de boende fick sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda.

## Genomförandet

### Omfattning

137 HVB eller behandlingshem granskades. Med behandlingshem avsågs verksamheter med en tydlig inriktning mot att erbjuda psykosocial behandling för missbruks- och beroendeproblem. I tillsynen ingick *inte* primärt de HVB som huvudsakligen erbjöd psykosocialt stöd såsom boendestöd, arbetsträning eller stöd i livssituationen i övrigt. Socialstyrelsen kunde inte genomföra uppdraget att granska alla HVB. Anledning till att tillsynen inte kunde genomföras som planerats var att en del av personalen som arbetat med missbruks- och beroendevård inom länsstyrelserna inte gick över till Socialstyrelsen den 1 januari 2010. 177 verksamheter bedömdes ha en behandlingsinriktning inom HVB. Det innebär att nära åtta av tio HVB som bedömdes ha en behandlingsinriktning ingick i tillsynen.

Det är dock inte helt enkelt att dra gränsen mellan vad som är behandling och vad som är omvårdnad och stöd. I tillsynen ingick därför en del verksamheter som hade inslag av behandling mot missbruk och beroende, men där omvårdnad och stöd dominerade.

### Metod

Socialstyrelsen intervjuade föreståndare, representanter för personalen och några av de inskrivna på hemmen, samt granskade journaler. I 19 verksamheter granskades även hälso- och sjukvårdsinsatserna, till exempel läkemedelshanteringen. Inför tillsynen begärde Socialstyrelsen att verksamhetsföreträdare besvarade enkäter med frågor om verksamhetens system för att säkra kvaliteten och säkerheten, om hälso- och sjukvård bedrevs i verksamheten samt bifogade uppgifter om personalens utbildning.

Socialstyrelsen använde sig i tillsynen av webbaserade granskningsformulär och registrerade resultaten i en särskild databas. Uppgifter från 134 av de 137 granskade verksamheterna registrerades i databasen.

## Allmänt om HVB i granskningen

Till skillnad från socialtjänstens öppenvård drivs HVB huvudsakligen av enskilda vårdgivare. Drygt 80 procent av verksamheterna drevs i enskild regi, huvudsakligen i form av bolag. Personer som behöver behandling på HVB får det vanligtvis efter biståndsprövning och beslut från socialtjänsten. Vård på HVB kan dock även beviljas på andra sätt. Kriminalvården kan till exempel bekosta vården för personer med missbruks- och beroendeproblem. Företagshälsovården kan också erbjuda anställda vård på HVB.

### Målgrupper

De flesta hem tar emot både män och kvinnor. Ett av fem HVB i tillsynen riktade sig enbart till män och var tionde enbart till kvinnor. Nästan alla tog emot personer som missbrukade eller var beroende av såväl alkohol som narkotika. Flertalet tog även emot personer med läkemedelsmissbruk och blandmissbruk. Ett fåtal verksamheter riktade sig till personer med enbart alkoholmissbruk eller enbart narkotikamissbruk. Vidare angav drygt 40 procent av verksamheterna att personer med samsjuklighet ingick i målgruppen. Var femte hem tog även emot personer med annan problematik, exempelvis kvinnor som utsatts för våld eller personer med självskadebeteende, kriminalitet, neuropsykiatriska problem eller spelmissbruk i kombination med eget missbruk av alkohol eller narkotika.

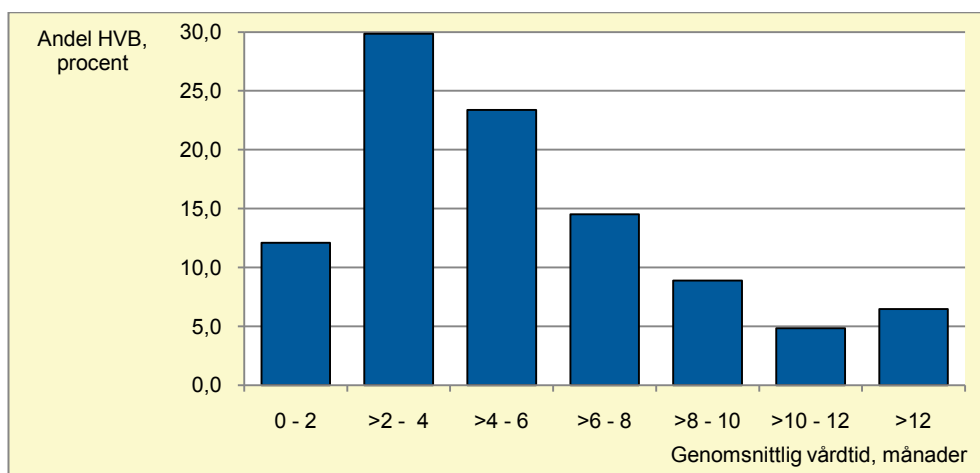
### Antal platser och vårdtider

Många av de HVB som ingick i tillsynen hade möjlighet att ta emot ett antal personer i intervallet 9–16, men antalet platser kunde variera mellan 4 och 63.

Socialstyrelsen utfärdar tillstånd för enskilt bedriven vård. Personerna på HVB skrevs dock inte alltid in i enlighet med det tillstånd som var utfärdat för enskilda HVB eller i enlighet med verksamhetsbeskrivningen i den offentligt bedrivna vården. Ibland var till exempel fler personer inskrivna än vad tillståndet medgav (överinskrivning), och ibland var personer inskrivna trots att de inte tillhörde den målgrupp som hemmet hade tillstånd för.

Den genomsnittliga vårdtiden skiftade. Uppgifterna i diagram 4 grundar sig på uppgifter som företrädare för HVB lämnat inför tillsynen.

Diagram 4. Genomsnittlig vårdtid i månader för inskrivna de senaste 12 månaderna. (svar från 114 verksamheter)



### Kvinnor och män – olika behov

I tillsynen efterfrågades hur verksamheterna uppmärksammade skillnader i behov mellan män och kvinnor. Cirka 70 procent av HVB uppgav att de uppmärksammade skillnader och försökte anpassa verksamheten efter dem.

Exempel på anpassningar var att separera boendet och att skilja på behandlingen eller delar av behandlingen för män och kvinnor. Sådana anpassningar gjordes bland annat av säkerhetsskäl, man ville förebygga exempelvis övergrepp, kränkningar och olämpliga parrelationer.

Andra skäl till anpassningarna var kvinnors behov av särskilda insatser i behandlingen. Kvinnorna uppfattades ha en mer skuld- och skambelagd inställning till sitt missbruk eller beroende, och till konsekvenserna för barnen och familjen. En del verksamheter betonade också att behandlingen innefattade både regler och regelbundna samtal för att bryta traditionella mönster och rolluppdelningar i blandade grupper. Man uppmärksammade språkbruk och attityder som kunde vara kränkande.

Oftast vårdas fler män än kvinnor på behandlingshem. Vissa hem hade medvetet valt att enbart rikta sig till män, då de inte ansåg sig kunna tillgodose kvinnors behov. Några påpekade dock att det var olyckligt när kvinnor var i minoritet. Få angav däremot att det behövdes separata grupper eller HVB på grund av mäns särskilda behov. Men några ansåg att männen behövde arbeta med sin mansroll och med sin kvinnosyn i renodlade mansgrupper.

Några verksamheter ansåg inte att de behövde ta ställning till om kvinnor och män med missbruksproblem hade olika behov, eftersom de bara tog emot antingen män eller kvinnor. I en del verksamheter ansåg företrädarna inte heller att det fanns några skillnader, utan att missbruket slår lika oberoende av kön.

# Bedrivs vården med god kvalitet och säkerhet?

## Systematiskt kvalitetsarbete

Nära 60 procent av verksamheterna uppgav att de hade ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. De flesta HVB (80 procent) hade också uppföljningsbara mål för verksamheten, och tre av fyra uppgav att de följde upp målen.

Drygt en tredjedel av verksamheterna uppgavs ha system för att *utvärdera* vårdens resultat. En tredjedel hade delvis system för att utvärdera resultatet. Exempel på modeller för utvärdering var ASI, DOK och MAPS. Några hade också anlitat externa utvärderare, till exempel via universitet eller högskolor. Vissa angav vidare att de gjorde utvärderingar genom att intervjua dem som fått vård eller genom att följa upp kontakten med uppdragsgivare som ansvarade för placeringen.

## Personalens kompetens

### *Föreståndare*

Den som förestår ett HVB ska ha adekvat högskoleutbildning, erfarenhet och personlig lämplighet, 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende, nedan kallad SOSFS 2003:20. I drygt vart femte HVB hade föreståndaren dock inte adekvat högskoleutbildning för att leda verksamheten. En förklaring kan vara att kravet på högskolekompetens infördes först år 2004, och det saknades övergångsbestämmelser för de föreståndare som var anställda innan dess. Föreståndarnas erfarenhet och utbildning skiljde sig inte mellan enskild och offentlig vård.

Föreståndaren ska bland annat kunna ansvara för att arbetet organiseras så att den enskilde tillförsäkras vård och behandling som är av god kvalitet och uppfyller kraven på säkerhet. Föreståndaren ska också kunna ansvara för att personal med lämplig utbildning rekryteras, att hemmets behandlingsmetod eller metoder följs upp och utvärderas och för att verksamheten planeras, utvecklas och utvärderas i enlighet med ny lagstiftning, nya forskningsresultat och resultat från tillsynen, 2 kap. 1 § SOSFS 2003:20. Det fanns skillnader inom flera av dessa områden mellan verksamheter vars föreståndare hade respektive saknade den kompetens som anges i föreskrifterna.

I HVB där föreståndaren saknade adekvat utbildning saknade också behandlingspersonalen i högre grad särskild utbildning inom missbruksområdet och kunskap om de metoder som användes i verksamheten. Det var nära tre gånger så vanligt att bara ett fåtal eller ingen medarbetare hade särskild kunskap om missbruk och beroende i sådana HVB, jämfört med i HVB där föreståndaren hade adekvat utbildning. Färre av verksamheterna där föreståndaren saknade föreskriven utbildning hade uppföljningsbara mål, system för att säkra kvaliteten och skriftliga rutiner för att trygga säkerheten.

Socialstyrelsen kritiserade några verksamheter för att de inte uppfyllde de krav som gäller för föreståndare. Vid tre HVB hade föreståndaren haft för lite arbetstid i verksamheten eller inte varit tillräckligt delaktig för att kunna fullgöra en föreståndares arbetsuppgifter. I ett HVB fanns inte ens någon godkänd föreståndare. I de fall då föreståndaren saknade adekvat högskole-

kompetens påtalade Socialstyrelsen att huvudmannen skulle komplettera med högskoleutbildad personal vid nyrekrytering.

### Övrig personal

Övrig personal som ger vård eller behandling ska ha den utbildning och erfarenhet samt personliga lämplighet som krävs för att utföra arbetet i enlighet med den eller de behandlingsmetoder som används i verksamheten och för att uppfylla verksamhetens mål, 2 kap. 2 § SOSFS 2003:20.

Knappt hälften av verksamheterna i tillsynen uppgav att all behandlingspersonal hade *särskild utbildning* inom missbruksområdet (tabell 15). Drygt nio av tio angav att alla eller de flesta medarbetare hade kunskap om de metoder som användes i verksamheten.

Tabell 15. Behandlingspersonal med särskild utbildning inom missbruksområdet inom HVB (134 svar)

Personal med särskild utbildning	Andel och antal hem
Ja, alla	45 % (60)
De flesta	29 % (40)
Hälften	11 % (15)
Ett fåtal	11 % (13)
Nej, Ingen	4 % (6)

Socialstyrelsen sammanställde uppgifter om behandlingspersonalens grundutbildning för 107 av 136 granskade HVB utifrån uppgifter som lämnats från verksamheterna. Drygt 70 procent av *behandlingspersonalen* hade relevant grundutbildning inom vård och omsorg på som lägst gymnasienivå. Ytterligare drygt 10 procent uppgavs ha utbildning som alkohol- och drogterapeut, addiktolog eller alkohol- och drogrådgivare. Uppgifterna avsåg dock endast tillsvidareanställda, inte timanställda eller anställda på konsultbasis.

I knappt en tredjedel av verksamheterna hade hälften eller fler av behandlingspersonalen en relevant universitets- eller högskoleutbildning (tabell 16). De vanligaste examina var socionom, sjuksköterska och socialpedagog.

Tabell 16. Andel bland behandlingspersonalen med relevant universitets- eller högskoleutbildning

Högskoleutbildade	Alla	Hälften eller fler	Mindre än hälften	Ingen
Antal HVB (andel)	7 (6 %)	24 (22 %)	64 (60 %)	12 (11 %)

Hälften av verksamheterna (54 av 107) uppgav att en eller flera medarbetare hade någon terapeutisk vidareutbildning (steg 1- eller steg 2-utbildning, familjeterapiutbildning eller nätverksinriktad utbildning). Nästan alla enheter redovisade också att personalen hade utbildning i metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

I merparten av verksamheterna deltog alla eller de flesta bland behandlingspersonalen i regelbunden extern handledning, men drygt 15 procent av verksamheterna saknade sådan handledning. 90 procent uppgav att alla eller

de flesta av behandlingspersonalen deltog i fortlöpande kompetensutveckling.

Flertalet HVB (86 procent) hade tillgång till specialistkompetens, till exempel psykiater, läkare, sjuksköterska och psykolog.

Socialstyrelsen kritiserade 12 HVB för brister som gällde personalens kompetens. Behandlingspersonalen saknade där tillräcklig kunskap om missbruks- och beroendevård eller grundutbildning med inriktning mot vård och behandling.

## Arbetsätt och behandlingsmetoder inom HVB

Merparten av verksamheterna (84 procent) uppgav att de hade tydligt beskrivna arbetsätt, där processer och behandlingsmetoder framgick.

Samtliga HVB hade visserligen avsikten att hjälpa personerna att komma ifrån sitt missbruk, men det fanns stora skillnader i behandlingens inriktning och innehåll. En förklaring är att verksamheterna anpassade behandlingen efter målgruppen. Inom missbruksvården finns också olika förklaringsmodeller till problemet, vilket återspeglas inom HVB-vården. Vissa HVB erbjöd till exempel endast insatser som var tydligt riktade mot missbruket och beroendet. Andra HVB hade ett bredare behandlingsinnehåll med insatser för personernas hela livssituation.

Nära nio av tio HVB uppgav att de använde metoder som var helt eller delvis anpassade till rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård. Många HVB använde till exempel 12-stegsbehandling eller KBT som behandlingsmetod. I många behandlingsprogram ingick också MI och återfallsprevention. Personer med samsjuklighet fick till exempel medicinsk behandling och psykosocialt stöd.

I cirka en fjärdedel av verksamheterna bedömdes metoderna vara delvis anpassade till de nationella riktlinjerna. Dessa verksamheter använde en kombination av metoder, där vissa hade stöd i riktlinjerna och andra inte. Exempelvis användes 12-stegsbehandling ofta i verksamheter som tog emot personer med narkotikaproblem, även om denna metod inte visat på resultat mot narkotikaproblem enligt riktlinjerna. I några verksamheter ingick också miljöterapi och social träning i behandlingen. Andra metoder och insatser var lösningsfokuserat arbete, nätverksarbete, ART och kriminalitetsprogram. På de flesta hem ingick arbete med att stärka den enskildes nätverk.

Drygt 10 procent av alla HVB använde inte alls behandlingsmetoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

## Dokumentation

En journal ska föras för var och en som får vård eller behandling i ett hem för vård eller boende, 4 kap. 1 § SOSFS 2003:20. Journalen ska innehålla uppgifter som har betydelse för att tillgodose personens rätt till en insats av god kvalitet och till insyn i vården och behandlingen. Även socialnämndens underlag och plan för vården ska ingå i journalen, eller en sammanfattning av dessa uppgifter. För alla som är inskrivna i ett HVB ska det också upprättas en behandlingsplan för vården i samverkan med den enskilda och socialnämnden, 5 kap. 1 § SOSFS 2003:20. Behandlingsplanen är ett viktigt in-

strument för att planera vården och den inskrivnas delaktighet, och den ska följas upp och revideras vid behov.

Tillsynen visade att dokumentationen av vården och behandlingen hade stora brister. Journalerna innehöll till exempel sällan socialnämndens vårdplan. Endast 14 procent av verksamheterna hade inkluderat vårdplanen för samtliga inskrivna. Ibland var förklaringen att kriminalvården eller företagshälsovården ansvarade för placeringen. Undantagsvis hade socialtjänsten också beviljat placering på HVB utan en föregående biståndsprövning.

I knappt hälften av de granskade verksamheterna fanns inte behandlingsplaner upprättade för samtliga inskrivna. Hälften av HVB förde inte journalerna i enlighet SOSFS 2003:20. Socialstyrelsen kritiserade 42 HVB för brister i dokumentationen och för att de inte hade upprättat behandlingsplaner.

## Rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda missförhållanden i verksamheten

### *Säkerhetsrutiner*

Tillsynen visade att många HVB behövde förbättra sitt arbete med säkerhetsfrågor. När personer vistas tillsammans dygnet runt finns risker för exempelvis trakasserier och negativ gruppåverkan. Verksamheterna måste kunna försäkra sig om att ingen utsätts för övergrepp, trakasserier eller andra skador på hemmet. Psykisk misshandel kan exempelvis yttra sig i mobbning, utfrysning och verbala tillmälen.

Verksamheterna hade skriftliga rutiner för säkerhetsarbetet i varierande grad. De flesta (cirka 80 procent) hade skriftliga rutiner för att förhindra att någon förde in alkohol och droger på hemmet, och för hur personalen skulle agera om det hände. Omkring två tredjedelar hade sådana rutiner för att förebygga och hantera fysisk misshandel. Flera verksamheter uppgav att de hade inarbetade arbetssätt och rutiner, men att de inte var nedtecknade. I vart femte HVB saknades både skriftliga och andra rutiner för att förebygga och agera vid psykisk misshandel, och i vart tredje för hur personalen skulle förebygga och agera vid sexuella övergrepp.

Verksamheterna lyfte också fram personalens förhållningssätt, kunskap och närvaro som viktiga faktorer för att skapa en säker miljö.

### *Ordningsregler*

Nästan alla HVB (95 procent) hade skriftliga ordningsregler om att alkohol och droger inte fick användas samt att våld och hot inte fick förekomma. I fyra fall bedömde Socialstyrelsen dock att ordningsreglerna inte kännetecknades av god etik och ett gott bemötande, och i elva fall att de endast delvis gjorde det. Verksamheter kunde till exempel visitera de inskrivna och söka igenom deras rum slumpvis, eller när de gjort resor utanför hemmet. De inskrivnas delaktighet kunde också begränsas av att flertalet var placerade av kriminalvården. Vid något HVB fanns vidare restriktioner för nyinskrivna om vilket område de fick röra sig inom. Ett HVB fick dessutom allvarlig kritik för att hemmet låstes, så att de inskrivna inte kunde gå ut genom ytterdörren på egen hand.

## Bemanning

I flertalet HVB (88 procent) fanns personal i lokalerna dygnet runt. Detta är ett krav enligt föreskrifterna för de verksamheter som riktar sig till personer med även psykiska funktionshinder. Kriminalvårdsstyrelsen kräver också vid upphandling att hemmen ska ha personal tillgänglig under hela dygnet.

Socialstyrelsen ifrågasatte om personalen var tillräcklig eller riktade kritik för att bemanningen var låg i sex HVB.

## Delaktighet

I stort sett alla HVB (98 procent) hade olika forum där de inskrivna kunde uttrycka sina synpunkter och föreslå förbättringar och förändringar i verksamheten (till exempel stormöten, morgonmöten eller husmöten). Vissa hem arbetade också strukturerat för att fånga upp synpunkter och klagomål, och några hade så kallade brukarråd. Många verksamheter utsåg också kontaktpersoner som de inskrivna kunde vända sig till mer direkt.

De flesta HVB (95 procent) bedömdes alltid eller i de flesta fall ta hänsyn till de inskrivnas behov och önskemål. Exempelvis kunde man komma överens om vad som var viktigt att arbeta med i behandlingen.

I vissa fall ställde sig Socialstyrelsen frågande till vilket inflytande den inskrivna hade haft på behandlingen. Detta gällde när det saknades behandlingsplaner eller när behandlingsmodellen inte gav något utrymme för en individuell utformning av vården. Cirka 15 procent av verksamheterna upprättade inte alls behandlingsplaner i samråd med de inskrivna. Var fjärde verksamhet följde inte upp och reviderade genomförandeplaner vid behandlingskonferenser för de inskrivna eller gjorde detta bara för ett fåtal.

## Hälsa- och sjukvård inom HVB

De flesta granskade verksamheter bedömdes ha förutsättningar att tillgodose de inskrivnas behov av hälso- och sjukvård. På vissa HVB fanns anställd hälso- och sjukvårdspersonal, medan andra hade överenskommelser eller avtal med vårdcentraler eller andra vårdgivare.

Av behandlingsplanerna framgick inte alltid de inskrivnas behov när det gällde fysisk och psykisk hälsa samt tandhälsa. I cirka hälften av HVB innehöll behandlingsplanerna alltid uppgifter om fysisk och psykisk hälsa, medan uppgifter om tandhälsa alltid fanns i en tredjedel av HVB. Nio av tio HVB uppgav dock att de alltid eller i de flesta fall följde upp de inskrivnas fysiska och psykiska hälsa under vårdtiden och nästan lika många angav att de följde upp tandhälsan under vårdtiden. Resterande HVB gjorde endast undantagsvis sådana uppföljningar. Vissa verksamheter hade haft svårigheter att få till stånd en samverkan med psykiatrin.

På 19 HVB inspekterades även hälso- och sjukvårdsinsatserna. Det framgick då att verksamhetsföreträdarna inte alltid kände till om de drev hälso- och sjukvård och vad ansvaret innebar – oavsett om de hade anställd hälso- och sjukvårdspersonal eller inte. En del var också osäkra på vad som var egenvård när det gällde till exempel läkemedelshantering. Sedan den nya föreskriften om läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende trädde i

kraft, hade vissa HVB löst frågan om substitutionsbehandling genom avtal med en vårdcentral i närheten.

## Synpunkter från enskilda

Vid tillsynen intervjuade inspektörerna några av de inskrivna, vanligtvis 2–3 personer. Sammanlagt intervjuades cirka 330 personer.

Intervjupersonerna var så gott som genomgående positiva, men de hade också en hel del kritiska synpunkter. De intervjuade var som regel nöjda med behandlingen och ansåg sig kunna påverka hur den utformades. Alla kände inte till om det fanns en behandlingsplan, men de var medvetna om att vården dokumenterades. En del var dock inte intresserade av att ta del av dokumentationen.

De flesta ansåg att personalen var bra, lyssnade och hade god kompetens, även om de inte var nöjda med alla medarbetare. Ibland visste inte de intervjuade vilken kompetens som personal hade eller ansåg att personalen inte hade tillräcklig kompetens. Flera tyckte att det vore bra om personalen hade egen erfarenhet av missbruk. På vissa hem uppfattades bemanningen också som för låg.

Vidare ansåg vissa att behandlingsutbudet inte var tillräckligt stort, att behandlingen var ostrukturerad och osystematisk samt att det inte fanns tillräckliga möjligheter till individuella samtal. Några upplevde också primärbehandlingen i 12-stegsbehandlingen som fyrkantig, med små möjligheter att påverka innehållet. I ett hem ansåg två av de intervjuade att verksamheten inte lyckats anpassa sig till de något yngre personer som bodde där: ”Man kör på i samma spår.” Några uttryckte också att det fanns för få aktiviteter på helgerna, och att det saknades resurser för aktiviteterna.

De flesta tyckte att boendet var tryggt och att ordningsreglerna var rimliga, men det fanns exempel på det motsatta. I ett hem kände sig några av de intervjuade otrygga och oroliga på grund av att personer med stora psykiska problem bodde där, och att personalen inte hade tillräcklig kompetens för sådan problematik. Någon var också rädd för att framföra åsikter då det kunde medföra repressalier, exempelvis indragen permission. Vidare var en del missnöjda med att lokalerna var slitna och att de måste dela toalett med andra, ibland både män och kvinnor.

De flesta ansåg att de fick sina behov av hälso- och sjukvård väl tillgodosedda. Friskvård uppfattades också som särskilt positivt.

Många var dock missnöjda med kontakten med socialtjänsten. De ville exempelvis ha mer kontakt med sin handläggare och att socialtjänsten skulle vara involverad i behandlingsplaneringen. En person var missnöjd med att det inte funnits alternativ till det kommunala HVB där personen vistades. En annan berättade att han inte fått bistånd för placeringen på det HVB han var på, utan vården hade bekostats på annat sätt. Han menade att det hade räddat hans liv.

## Socialstyrelsens beslut

Socialstyrelsen riktade kritik till drygt hälften av alla granskade HVB. Nästan alla redovisningar från HVB innehöll åtgärder för att förbättra behand-

lingsplaner och dokumentation. En del hem hade utbildat personalen i nya rutiner, och andra hade infört nya system för dokumentation. Fem HVB hade också tydligare kopplat behandlingsplanerna till bedömningsinstrument som ASI och MAPS. Hemmen hade vidare blivit tydligare i att begära in vårdplaner från uppdragsgivarna, och personal hade utsetts för att utföra internkontroller. Av tolv hem där personalen hade bristande kompetens hade fyra förstärkt med ny personal med adekvat kompetens, och i två av dessa hem hade en ny föreståndare anställts. I två hem fanns konkreta planer för att personal skulle gå tvååriga eller treåriga grundutbildningar. Fyra HVB hade inte genomfört några omedelbara åtgärder, men avsåg att rekrytera personal med adekvat kompetens vid nyanställning och att erbjuda personalen fortbildning. I alla dessa hem avslutades tillsynen utan vidare åtgärder.

Ett hem där personal saknade lämplig utbildning lade ner sin verksamhet varför Socialstyrelsens krav på åtgärder inte blev aktuellt. Ett annat HVB behövde ytterligare konkretisera sina planer för fortbildning. I ett HVB fanns så stora brister att Socialstyrelsens beslutade att stänga verksamheten.

## Sammanfattande iakttagelser

De flesta verksamheterna hade uppföljningsbara mål, men följde inte alltid upp och utvärderade vården systematiskt. Många HVB saknade också ett system för att säkra kvaliteten eller delar av ett sådant system.

Det fanns skillnader i kvaliteten mellan de granskade verksamheterna när det gällde personalens utbildning och kompetens. I drygt 15 procent av alla granskade HVB hade ingen eller ett fåtal särskild utbildning om missbruk och beroende. Var femte föreståndare saknade föreskriven utbildning. I knappt en tredjedel av hemmen hade merparten av behandlingspersonalen relevant högskoleutbildning.

De flesta HVB hade förutsättningar att tillgodose de inskrivnas behov av hälso- och sjukvård, men det var inte alltid klart hur egenvårdsföreskrifterna skulle tolkas och vem som ansvarade för hälso- och sjukvården. Det fanns dock ofta tillgång till specialistkompetens.

Dokumentationen fördes inte i enlighet med lagstiftningen. Hälften av verksamheterna saknade behandlingsplaner för samtliga inskrivna, och i vissa fall låg inte socialtjänstens vårdplaner till grund för planeringen.

Däremot fanns forum där de inskrivna hade möjlighet att påverka vårdens innehåll och föra fram sina synpunkter. De inskrivna var också som regel delaktiga i att planera sin vård.

Säkerhetsfrågorna var inte tillräckligt uppmärksammade, och verksamheterna saknade skriftliga rutiner på många områden. Några verksamheter hade ordningsregler som bedömdes strida mot bestämmelser i socialtjänstlagen.

# Samverkan

---

## Uppdraget

Uppdraget var att undersöka om det fanns brister i samverkan inom eller mellan kommuner och landsting, eller mellan olika huvudmän, som innebar att personer med missbruk eller beroende inte fick sina behov tillgodosedda. Samverkansfrågorna och frågor kring samarbete ingick i tillsynens alla delar.

## Allmänt

Människor behöver ofta insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men också samtidiga insatser från olika delar av hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. I tillsynen granskades hur olika verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkade. Även samverkan inom de integrerade verksamheterna belystes. Missbruks- och beroendevården var dock organiserad på olika sätt i olika regioner och län, varför behovet av samverkan varierade.

## Samverkan inom hälso- och sjukvården och med socialtjänsten

Hälso- och sjukvården hade ibland arbets- och fördelningsprinciper för vilka patienter som skulle vårdas hos de olika specialiteterna primärvård och beroendevård eller psykiatri. Det fanns också olika rutiner för remissförfaranden och konsultationsformer. Samarbetet mellan specialiteterna var organiserat på många olika sätt. Ett gott exempel var samarbetet mellan ett psykosocialt team vid en vårdcentral och en beroendemottagning så att en patient kunde få hjälp av båda verksamheterna samtidigt och under olika stadier av behandlingen.

Gränsdragningen mellan beroendevård och öppenvård varierade mellan olika regioner. I vissa fall tolkade beroendevården sitt uppdrag snävt och hänvisade de flesta patienterna med missbruks- och beroendeproblem till den kommunala öppenvården.

Ungefär två tredjedelar av beroendevårdens verksamheter angav att vårdgivaren hade gett direktiv om samverkan med andra aktörer (andra vårdgivare eller huvudmän) och verksamheter. I ungefär lika många fall hade vårdgivaren gett direktiv till primärvården om samverkan. Ungefär hälften av verksamheterna angav också att primärvården och beroendevården hade överenskommelser om vilka patienter som skulle vårdas var (fördelningsprinciper).

De intervjuade på vårdcentralerna beskrev samarbetsproblem med de psykiatriska klinikerna och ibland med beroendeklinikerna. Svårigheterna kunde till viss del bero på att verksamheterna saknade tydliga uppdrag, vil-

ket gav utrymme för olika tolkningar av vars och ens ansvar. Vårdansvaret var sällan tydligt fördelat mellan vårdcentralerna och den specialiserade beroendevården eller psykiatrin. Även när det fanns samarbetsöverenskommelser kunde de tolkas på olika sätt och enligt vårdcentralerna tog sig beroendevården ofta rätten till tolkningsföreträde.

Läkarna på vårdcentralerna beskrev också problem med att få till stånd konsultationer med specialistläkare i psykiatrin kring patienter med missbruks- eller beroendeproblem i fråga om bedömning av patienten och råd om behandlingsinsatser. Psykiatrin uppgavs också lida av resursbrist i stora delar av landet.

Primärvårdens företrädare angav att det fanns en väl fungerande samverkan med socialtjänsten. Samarbetet uppgavs fungera bäst med den kommunala öppenvården.

## Samverkan inom socialtjänstverksamheter och med andra huvudmän

I tillsynen av socialtjänstens handläggning av utredningar fokuserade Socialstyrelsen på vilka kontakter socialtjänsten hade tagit med interna och externa aktörer i utredningen för att belysa den enskildas förhållanden på ett allsidigt sätt. Som regel var kontakterna både relevanta och tillräckliga. I knappt vart tionde fall ansåg Socialstyrelsen dock att socialtjänsten borde ha tagit ytterligare kontakter, exempelvis med hälso- och sjukvården och anhöriga.

I tillsynen av socialtjänstens öppenvård uppmärksammades som regel inte brister i samverkan som innebar att enskilda personer inte fick sina vårdbehov tillgodosedda. Öppenvården hade relevanta samarbetspartner. Brister kunde dock handla om att det saknades samarbetsrutiner eller avtal som säkerställde resurser för avgiftning. En del verksamhetsföreträdare uppgav också att de haft svårt att etablera kontakt med psykiatrin. I några fall fanns dessutom brister i samverkan mellan socialtjänstens olika verksamhetsgrenar.

Företrädare för HVB uppgav vidare att det fanns brister i samverkan som kunde innebära att personer inte fick sina behov tillgodosedda. Det handlade ofta om oklarheter om vilken vårdinrättning som skulle ansvara för hälso- och sjukvården för personer som bodde långt från sin hemkommun. Andra problem var bristande möjligheter till neuropsykiatriska utredningar inom psykiatrin. Vidare fanns svårigheter i samarbete med Försäkringskassan som gällde ersättning och dröjsmål med besked. Hemmen kunde dessutom ha svårt att nå socialtjänstens personal. Enskilda hade fått vänta på ekonomiskt bistånd eller besked om förlängd vård, och socialtjänsten uppfattades som byråkratisk.

## Integrerade mottagningar och organiserad samverkan

Integrerade mottagningar som drevs av både landstinget eller regionen och kommunerna ingick i tillsynen av primärvård, öppenvård och beroendevård.

Hur sådana mottagningar utformas beror ofta på överenskommelser på regional nivå.

Sex av de granskade verksamheterna i Stockholms län var integrerade beroendemottagningar som drevs av både landstinget och kommunerna. Kommunerna och landstinget i Stockholms län antog tidigt en gemensam policy om att förebygga och behandla missbruk och beroende. De nationella riktlinjerna skulle prägla missbruks- och beroendevården, och det finns nu tillgång till integrerade beroendemottagningar i länets kommuner.

I tillsynen ingick också fyra verksamheter i Jönköpings län där landstinget och kommunerna delade huvudmannaskapet enligt en central överenskommelse om samverkan. Där arbetade multiprofessionella team för personer med både missbruk och psykiska problem. I länet fanns en central överenskommelse om sådan samverkan mellan landstinget och kommunerna.

Region Skåne drev gemensamt med Malmö stad en öppenvårdsverksamhet för ungdomar upp till 25 år. Insatserna var breda, och man uppmärksammade särskilt våldsutsatta kvinnor samt gravida kvinnor med missbruksproblem. Det fanns också särskilt avsatta platser för ungdomar på beroendecentrum, vilket innebar att ungdomar kunde komma in på avgiftning snabbare och smidigare. I Malmö fanns dessutom en integrerad mottagning för samsjuklighet.

I tillsynen ingick också en integrerad öppenvårdsmottagning i Västra Götaland där huvudmannaskapet delades mellan kriminalvården, socialtjänsten och regionen.

En annan form av integrerad verksamhet var familjecentralerna, som hörde till primärvården och kommunen. Där fanns till exempel vårdcentral, barnvårdscentral, barnmorskemottagning, förskola och socialtjänst under samma tak. Ytterligare exempel på integrerad verksamhet var Hagamottagningen i Göteborg, för gravida kvinnor med missbruks- och beroendeproblem. Den drevs av kommunen och regionen i samverkan.

Tillsynen visade på stora fördelar med integrerade verksamheter. De hade ofta ett brett utbud av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Därmed kunde besökarna få samtidiga insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, vilket minskade risken för att de inte fick sina behov tillgodosedda. Personer blev inte hänvisade vidare till behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvård och socialtjänst förrän någon annan tagit över ansvaret. De som intervjuades var också positiva till att kompetensen fanns under ett och samma tak. En kvinna sa till exempel: ”Man får den hjälp man vill ha – slipper att bli bollad fram och tillbaka.”

I totalt 514 granskningar som rörde socialtjänstens olika uppdrag ingick att se på samverkan. Socialstyrelsen riktade kritik i 14 av dessa. Oftast gällde kritiken att socialtjänsten inte tagit tillräckliga kontakter med externa och interna aktörer vid handläggningen av utredningar.

## Sammanfattande iakttagelser

Generellt hade inte hälso- och sjukvården svårt att samverka med socialtjänsten, utan samarbetsproblemen fanns i första hand internt i hälso- och sjukvården. Det kunde exempelvis vara oklart vilka patienter som var psyki-

atrins ansvar och vilka som var primärvårdens och beroendemottagningarnas.

Få verksamheter kritiserades dock för brister i samverkan som innebar att personer inte fick den hjälp de behövde. Samarbetsavtal och överenskommelser mellan huvudmän hade stor betydelse för hur väl personernas behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosågs, och för att det fanns tillräckliga resurser. Det var också uppenbart att verksamheter som erbjöd både socialtjänst och hälso- och sjukvård underlättade för enskilda att få samtida insatser när det behövdes.

# Barn

---

## Uppdraget

Uppdraget var att granska hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården uppmärksammar barns situation och vilka insatser som erbjuds, samt hur barn kommer till tals och hur deras synpunkter beaktas. Dessa frågor ingick i tillsynens alla delar.

## Lagreglering

Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett ansvar för att uppmärksamma barn och för att samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, 2 f § HSL, 5 kap. 1 a § SoL. Socialnämnden har också ett särskilt ansvar för att ge stöd till barn i utsatta situationer. Socialnämnden ska verka för att barn växer upp under trygga och goda förhållanden och i nära samarbete med hemmen verka för att barn som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det stöd och det skydd som de behöver, 5 kap. 1 § SoL. Hälso- och sjukvården och dess personal är vidare skyldig från den 1 januari 2010 att särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd, om barnets föräldrar eller någon annan vuxen som barnet bor tillsammans med är missbrukare av alkohol eller andra beroendeframkallande medel, 2 g § HSL och 6 kap. 5 § PSL. Personalen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten är dessutom skyldiga att anmäla till socialnämnden om de får reda på något som kan innebära att nämnden behöver ingripa för att skydda ett barn. Anmälningsskyldigheten gäller även enskilt bedriven verksamhet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, 14 kap 1 § SoL. Socialnämndens uppgifter att utreda barns situation och behov av stöd och skydd handläggs som regel inom socialtjänstens myndighetsutövning för barn och familj.

## Allmänna iakttagelser

Öppenvården, beroendevården, HVB och andra verksamheter som behandlar vuxna har anledning att både uppmärksamma barn och utforma vården och behandlingen med hänsyn till de krav som ställs på föräldraskap.

Av tillsynen framgick inte vilka insatser som barn fick för egen del, och det var också svårt att avgöra hur barn kom till tals. Stöd och hjälp till barn gavs som regel på enheter för barn och familj inom socialtjänsten. Exempel på stöd som kan ges inom socialtjänsten är enskilt samtalsstöd, kontaktperson, kontaktfamilj eller kvalificerat nätverksarbete och gruppverksamheter för barn till personer med missbruk.

## Hälso- och sjukvård

Vid vårdcentraler och mödravårdscentraler angav många att de alltid tog reda på om patienter med missbruks- och beroendeproblem hade barn, och de flesta sade sig dokumentera detta. Samma sak uppgav nästan alla svars-personer inom beroendevården. Journalgranskningen visade dock att dokumentationen inte var lika omfattande som svarspersonerna från hälso- och sjukvården uppgav. I vissa journaler var uppgifterna också svåra att hitta.

Tabell 17. I vilken utsträckning man angav att uppgifter om barn efterfrågades och dokumenterades

	Beroendevården (99 verksamheter)	Primärvården (96 verksamheter)
Frågade alltid om patienten hade barn	96 %	76 %
Dokumenterade alltid om det fanns barn	80 %	65 %

Skriftliga rutiner för anmälan till socialtjänsten enligt 14 kap. 1 § SoL fanns hos ungefär en tredjedel av vårdcentralerna och barnmorskemottagningarna, och hos knappt tre fjärdedelar av beroendevårdens verksamheter.

I beroendevården tog man också i stor utsträckning reda på familjeförhållanden, och barn och andra närstående hade betydelse för utformningen av behandlingen. Flera beroendevårdskliniker hade till exempel särskilda barnombud som samordnade barnfrågor. De såg till att personalen frågade efter barn i familjerna och fyllde i ett familjeformulär för alla patienter. Barnombuden hade en särskild utbildning, och deras uppdrag var formulerat på ett likartat sätt över landet. De ansvarade dessutom för att bevaka kunskapsutvecklingen på barnområdet.

Många ansåg visserligen att det var svårt att göra anmälningar enligt 14 kap. 1 § SoL, men verksamheterna angav att de fullgjorde sin skyldighet att anmäla. Många reflekterade dock över vilka effekter en anmälan hade, dels för patienterna och deras familjer, dels för behandlingsrelationen till patienterna, exempelvis raserat förtroende. Yrkesföreträdare angav att en anmälan upplevdes som att behandlaren ifrågasatte patientens föräldrakompetens.

Den vanligaste anledningen till påpekanden, kritik och krav på åtgärder i Socialstyrelsens beslut till hälso- och sjukvården rörde avsaknaden av skriftliga rutiner för att säkerställa den lagstadgade anmälningsskyldigheten. I några fall kritiserades också underlåtenhet att dokumentera familjebild och förekomst av barn i familjen.

Landstingen erbjöd få egna insatser för barn till personer med missbruks- och beroendeproblem. I stället hänvisade man till kommunerna och frivilligorganisationerna. Man samtalande visserligen med barn och andra familjemedlemmar, men de kunde sällan sägas vara delaktiga i vården och behandlingen. Inte heller vid beroendekliniker och psykiatriska kliniker var miljön särskilt ofta anpassad till barn.

## Socialtjänst

Hur barn uppmärksammades belystes i drygt 500 granskningar av socialnämndens hantering av anmälningar som rör vuxna, nämndens handläggning av utredningar, öppenvård och HVB. Socialstyrelsen kritiserade 15 procent av verksamheterna för att man inte uppmärksammade barns situation tillräckligt.

### Anmälningar och utredningar om vuxnas missbruks- och beroendeproblem

I tillsynen av socialtjänstens hantering av anmälningar framkom att verksamheterna som regel hade rutiner för att kontrollera om personen hade barn, men rutinerna fanns inte alltid i skriftlig form. Om det fanns barn sändes anmälan eller meddelandet ofta till den enhet inom socialtjänsten som handlade barn- och ungdomsfrågor. Socialtjänsten arbetade då ofta mer aktivt för att få träffa och motivera föräldern till att ta emot stöd. Socialstyrelsen kritiserade de kommuner som inte hade rutiner för att kontrollera om det fanns barn, eller när dokumentationen inte visade att sådana kontroller hade gjorts.

Det gick inte alltid att utläsa om det fanns barn som berördes av en persons missbruk i handläggning av utredningar som rörde de vuxna. I drygt 40 procent av de utredningar där det fanns barn framgick inte om personen som utreddes hade vårdnaden om barnet eller barnen. I drygt hälften (55 procent) av dessa ärenden framgick att barnens situation hade uppmärksammats. I övriga ärenden saknades uppgiften eller ansågs inte vara relevant. I de fall där socialtjänsten hade använt instrumentet ASI i utredningen hade barnens situation uppmärksammats bättre. Det framgick sällan av utredningarna att socialtjänsten hade kontaktat barn eller erbjudit dem insatser. Socialstyrelsen riktade kritik till socialnämnder när barn inte uppmärksammats tillräckligt i utredningarna

Socialtjänstens personal var ofta osäker på vad de skulle dokumentera om barn vid förhandsbedömningar av anmälningar och i den vuxnas akt vid utredningar. Intervjupersoner i kommunerna angav att det fanns en utvecklad samverkan med socialtjänstens enheter för barn och unga. Vissa kommuner hade också utsett barnombud på liknande sätt som inom hälso- och sjukvården.

### Öppenvård

Öppenvårdsverksamheterna uppmärksammade vanligtvis barns situation i kartläggningssamtal och behandling. Barn kunde till exempel aktualiseras till insatser som utfördes inom andra delar av socialtjänsten. De flesta kommuner hade också gruppverksamheter för barn till missbrukare, men ibland var det svårt att rekrytera barn till dessa grupper.

Tillsynen visade att personalen som regel tog upp konsekvenserna av missbruket för barn i rådgivning eller i behandling av de vuxna. Inom 12-stegsbehandlingen fanns också särskilda grupper för barn. I Karlskrona fanns till exempel ett lyckat samverkansprojekt, Sigrid, kring gravida kvinnor med ett problematiskt förhållande till alkohol. Verksamheten erbjöd ett

kontinuerligt stöd till mödrarna både innan barnet fötts och under de första åren. I Stockholms län fanns exempel på att öppenvården bedrev studiecirk- lar för föräldrar med missbruks- och beroendeproblem.

## HVB

Socialstyrelsen bedömde att två av tre HVB i tillsynen hade ett tydligt barn- perspektiv i den meningen att de alltid uppmärksammade de inskrivnas barn och deras situation. Resterande hem gjorde detta till viss del. Vissa hem hade dock en målgrupp där personerna sällan hade minderåriga barn.

Barnperspektivet kunde innebära att personalen gick igenom de inskriv- nas familjesituation och relation till barnen, planerade för hur de inskrivna lämpligen kunde hålla kontakten med barnen under behandlingstiden och tog upp föräldrarollen och missbrukets konsekvenser för barnen i behand- lingen. Vissa HVB hade också anhörigrupper där barn kunde delta, oftast inom 12-stegsbehandlingen, men det kunde krävas att barnen uppnått en viss ålder, exempelvis minst 13–15 år.

På flera HVB ansågs det olämpligt att barn träffade föräldrar i behand- lingshemmet, på grund av lokalernas utformning och andra boende. Ofta användes då separata byggnader som gav bättre möjligheter till ett ostört och tryggt umgänge. Ibland hade barn och föräldrar också kontakt utanför HVB. En del hem hade ett genomtänkt arbetssätt där de satte barns behov i centrum, medan andra inte anpassade arbetssättet tillräckligt till barnen. Vissa företrädare för HVB angav att de arbetade utifrån ett föräldra- eller barnperspektiv om det fanns ett sådant uppdrag från socialtjänsten. I något enstaka HVB kände föreståndaren och personalen inte till anmälningsskyl- digheten om barn enligt 14 kap. 1 § SoL.

## Sammanfattande iakttagelser

Både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten fanns kunskap om an- mälningsskyldigheten för barn som kan behöva stöd och skydd, men många verksamheter saknade skriftliga rutiner för att hantera anmälningarna. Störst var problemet inom primärvården.

Verksamhetsföreträdare angav att barn uppmärksammades, men det gick inte alltid att se i dokumentationen. Socialtjänsten synliggjorde inte barnen tillräckligt i sina utredningar, och Socialstyrelsen bedömde att barnperspek- tivet behövde utvecklas och stärkas. Alla utredningar som rör vuxna behö- ver klarlägga om det finns barn och hur de i så fall berörs av de vuxnas missbruk och beroende.

Öppenvården, beroendevården och HVB verkade anpassa stödet och be- handlingen till barn, åtminstone delvis. I 12-stegsbehandlingen, som var vanlig i öppenvården och på HVB, belystes hela familjens situation, och barn kunde delta i behandlingen.

Tillsynen ger inte en heltäckande bild av vilka insatser som barnen fick, hur barnen kom till tals och hur deras synpunkter beaktades. Barnens behov av stöd och insatser utreddes som regel inom socialtjänstens enheter för barn och familj. De flesta kommuner erbjöd gruppverksamheter för barn till per- soner med missbruks- och beroendeproblem.

# Närstående

---

## Uppdraget

Uppdraget var att granska hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten uppmärksammade situationen för närstående till personer med missbruks- och beroendeproblem, och vilka insatser som erbjöds. Med närstående menades personer med nära band till den berörda, oavsett om de var släkt eller inte.

Närstående behöver ofta stöd eftersom deras livssituation också påverkas av missbruket eller beroendet. Socialnämnden ska också erbjuda stöd för att underlätta för de som vårdar en långvarigt sjuk eller äldre närstående, och till personer som stödjer en närstående med funktionshinder enligt en lagändring från 2009, 5 kap 10 § SoL. Det kan innebära att socialtjänsten ger stöd till dem som vårdar och stödjer personer med missbruks- och beroendeproblem. Hälso- och sjukvården har däremot inga lagstadgade skyldigheter att ta hänsyn till närståendes behov av stöd och hjälp, om inte de själva behöver hälso- och sjukvårdsinsatser.

De nationella riktlinjerna för missbruks och beroendevård, sidorna 26, 142, 164 [1] ger visst stöd för att arbeta med närstående. De studier som refereras till fokuserar visserligen inte på närstående, men de betonar nätverkens roll för behandlingsresultatet för personer med missbruk och beroende. Vården bör därmed försöka underlätta situationen för de familjemedlemmar som kan stödja personer med missbruk eller beroende, enligt riktlinjerna.

## Hälso- och sjukvård

I primärvården var det ovanligare att fråga efter närstående och dokumentera uppgifterna än i beroendevården.

*Tabell 18. I vilken utsträckning man angav att familjebild efterfrågas och dokumenteras*

	<b>Beroendevården (99 verksamheter)</b>	<b>Primärvården (96 verksamheter)</b>
Frågade alltid efter andra närstående	95 %	74 %
Dokumenterade alltid familjebilden	93 %	67 %

Vård och stöd till personer inom beroendevården tycktes också påverka närstående positivt. I patientenkäten angav 338 av 544 svarspersoner att de fått bättre relationer till familjen till följd av behandlingen. 191 personer uppgav också att någon närstående hade varit involverad i vården och behandlingen.

## Socialtjänst

I 526 granskningar av anmälningar, utredningar, öppenvård och HVB ingick att granska hur närstående uppmärksammades. I 5 procent av dessa granskningar kritiserade Socialstyrelsen verksamheterna för att de inte uppmärksammade närstående tillräckligt. Kritiken gällde främst hanteringen av anmälningar och utredningar.

### Anmälningar och utredningar

Kommunerna hade endast undantagsvis kontakt med närstående vid förhandsbedömningar av anmälningar om att personer kunde ha missbruks- eller beroendeproblem. Socialtjänsten får endast kontakta närstående om de själva har gjort en anmälan. I sådana fall kan socialtjänsten informera om stödinsatser för närstående.

I drygt hälften av utredningarna av enskildas behov av vård bedömde Socialstyrelsen att personens familj och umgänge var tillräckligt väl belyst. I nära 40 procent angavs dock att det inte var aktuellt att uppmärksamma närståendes situation. Vidare hade socialtjänsten haft kontakt och samtal med närstående i utredningsarbetet i drygt 20 procent av utredningarna.

Det framgick dock sällan av utredningarna om socialtjänsten hade erbjudit insatser för närstående. Personal inom socialtjänsten var också osäkra på vad de skulle dokumentera om de närstående i den enskildes akt.

### Öppenvård

I öppenvården sågs de närstående som en målgrupp, och stödet förutsatte inte att personen med missbruks- eller beroendeproblem deltog i ett behandlingsprogram. Öppenvården hade till exempel ofta särskilda grupper eller enskilda samtal för anhöriga. Närståendeperspektivet finns också med i behandlingen av missbruks- och beroendeproblemen. I 12-stegsbehandlingen arbetade man med hela nätverket och belyste missbrukets konsekvenser för närstående

### HVB

Socialstyrelsen bedömde att ca 70 procent av HVB-verksamheterna präglades av ett tydligt närståendeperspektiv, medan cirka 30 procent delvis gjorde det. Eftersom 12-stegsbehandlingen var vanlig så kunde närstående delta i delar av behandlingen, då det anordnades anhörigveckor och anhöriggrupper. En del HVB arbetade också med parsamtal, familjesamtal och nätverksamtal. Vidare var det vanligt att personalen kartlade de inskrivnas nätverk. Hemmen uppmuntrade dessutom kontakter med närstående och deras besök i verksamheten.

## Sammanfattande iakttagelser

De flesta granskade verksamheter i hälso- och sjukvården hade rutiner för att ta reda på hur de behandlades familjesituation såg ut. Uppgifterna om närstående var dock inte alltid dokumenterade eller spårbara i den utsträck-

ning som verksamheterna uppgav. I socialtjänstens utredningar saknades ibland uppgifter om närstående och det framgick sällan om och vilka insatser som närstående hade fått eller erbjudits. Öppenvården, beroendevården och HVB syntes uppmärksamma närstående i samband med att enskilda fick vård och stöd. Inom öppenvård och HVB användes metoder som oftast involverade även närstående. Öppenvården erbjöd också eget stöd till närstående.

# Trender

---

## Metoder i de nationella riktlinjerna sprids

Metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård [1] har fått större spridning i både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. ASI används till exempel allt oftare i uppföljningen av enskilda personers situation, men även för att följa upp resultat på kollektiv nivå.

## Öppenvården byggs ut

Öppenvården inom socialtjänsten har byggts ut och fått ett bredare innehåll, med fler målgrupper. I Stockholms län har kommunerna till exempel ökat utbudet och byggt egna vårdkedjor. Många kommuner i länet har egna boenden för personer med missbruk eller beroende. Vissa kommuner i Sverige har dock i stället gjort nedskärningar i öppenvården.

Det finns uppgifter om öppenvårdens omfattning i underlaget som lämnats till Socialstyrelsens Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården [2]. I april 2010 ställde Socialstyrelsen frågor till landets alla kommuner och stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. 78 procent svarade, det vill säga 259 stycken. Drygt hälften (58 procent) uppgav att de erbjöd strukturerad öppenvård med intensivprogram som pågick 9 timmar eller mer per vecka. I 15 procent av dessa ansågs programmen svara mindre väl mot behoven eller vara otillräckliga. Nära nio av tio (88 procent) svarade dock att de erbjöd strukturerad öppenvård som var mindre omfattande än 9 timmar per vecka. Bland dessa svarade 23 procent att programmen svarade mindre väl mot behoven eller var otillräckliga.

## Vården inom HVB förändras ständigt

I verksamheter som bedriver HVB sker ständiga förändringar. HVB läggs ner, etableras eller riktar sig mot en annan målgrupp än den ursprungliga. När den kommunala vården byggs ut eller ändrar inriktning så ändras också ofta efterfrågan på vård inom HVB. Huvudmän som bedriver HVB är dessutom beroende av andra som efterfrågar vård, exempelvis kriminalvården.

## Fler kommuner erbjuder insatser utan biståndsprovning

I och med att öppenvården byggs ut har det blivit vanligare att kommunerna erbjuder insatser utan biståndsprovning, det vill säga att personer kan vända sig direkt till öppenvården för att få hjälp. I Stockholms län märks dock en motsatt trend. De kommuner som haft serviceinsatser i sitt utbud

går tillbaka till biståndsbedömda insatser, bland annat för att lättare kunna följa upp insatserna.

## Samverkan blir vanligare men det finns problem

Verksamheter arbetar med att hitta olika samverkanslösningar, bland annat för att bättre kunna utnyttja de gemensamma resurserna och ge varierat stöd och varierad vård. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bygger upp integrerade mottagningar. Samtidigt finns ett exempel på att en välfungerande verksamhet lagts ner på grund av att en av huvudmännen dragit sig ur samarbetet. Vid vårdval har vidare utförare av vården inte alltid fått eller uppfattat sig ha ett uppdrag att samverka med andra inom ramen för den ersättningsmodell som har använts. Detta iaktogs framför allt i samband med att systemet infördes. En del vårdgivare anser också att samverkan eller arbetsuppgifter med andra syften än att ge vård och stöd till enskilda personer tar för mycket tid från det direkta patientarbetet. Framför allt tar det tid att utfärda intyg till exempelvis Försäkringskassan.

# Diskussion och analys

---

## Vårdens organisation, ledning och styrning

Oavsett hur vården är organiserad och vem som är huvudman så ansvarar landstingen och kommunerna för att det finns en utbyggd missbruks- och beroendevård för medborgarna. Beroendevården drivs i form av särskilda beroendemottagningar eller inom psykiatrin. Kommunernas socialtjänst har som regel öppenvård på hemmaplan men köper också stöd- och behandlingsinsatser i eller utanför kommunen.

Tillsynen visade regionala skillnader i hur stor del av vården som bedrevs av privata aktörer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och vilket utbud som fanns. Skillnaderna berodde förmodligen på olika geografiska avstånd, olika befolkningsunderlag och olika missbruksmönster. Men skillnaderna berodde också på politiska beslut och på hur olika huvudmän tolkat sitt uppdrag.

Det fanns brister i landstingens och kommunernas ledning, styrning och uppföljning av vården. Verksamheter i hälso- och sjukvården kunde exempelvis sakna tydliga uppdrag, och socialnämnderna hade inte alltid tydliga mål för missbruksvården. Insatser kunde saknas inom delar av landsting eller i kommuner. Verksamheter i både hälso- och sjukvården och socialtjänsten behövde också följa upp och utvärdera insatserna i högre utsträckning.

Bristerna får till följd att enskilda inte garanteras tillgång till individuellt anpassade insatser eller att behov inte tillgodoses för olika målgrupper. Kvalitetsskillnaderna kan vara betydande. Missbruks- och beroendevården behöver därför utvecklas så att den blir likvärdig i hela landet och kan utgå från varje individs specifika behov.

Framöver kommer Socialstyrelsen att inrikta tillsynen mer på hur vårdgivarna och huvudmännen lever upp till sitt ansvar att säkra kvaliteten i sin verksamhet. Socialstyrelsen utarbetar föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som beräknas träda i kraft den 1 januari 2012. Föreskrifterna kommer att omfatta både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen kommer också att ta fram stödmaterial för att underlätta implementeringen av föreskrifterna hos vårdgivare och hos dem som bedriver socialtjänst.

Socialstyrelsen fortsätter också att utveckla arbetet med Öppna jämförelser [2] om olika aspekter av kvalitet inom missbruks- och beroendevården. De är ett underlag för förbättringsarbete inom verksamheter och för politiska beslut. Jämförelserna ska också kunna ge värdefull information till brukare, anhöriga och medborgare i övrigt.

## Insatser för kvinnor och män

Män och kvinnor ska ha samma förutsättningar att få sina behov utredda och tillgodosedda. Kvinnor med missbruk och beroende är ofta i en särskilt utsatt situation, och det kan vara nödvändigt att anpassa vårderbjudanden specifikt till såväl kvinnor som män. Fler män än kvinnor har missbruks- och beroendeproblem, och biståndsbedömda insatser till män dominerar inom socialtjänsten. Det framgår av både tillsynen och nationell statistik.

Tillsynen belyste dock inte särskilt hur verksamheterna anpassade sina insatser för kvinnor eller mer specifika målgrupper, exempelvis unga kvinnor, kvinnor med missbruk av alkohol och läkemedel eller kvinnor med enbart läkemedelsmissbruk, som omnämns i regeringens Prop 2010/11:47 En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken, nedan kallad ADNT-politiken. En del verksamheter erbjöd särskilda insatser för kvinnor, men det var olika vanligt i olika delar av landet. Drygt en tredjedel av verksamheterna inom beroendevården kunde erbjuda särskilda insatser för kvinnor med missbruks- och beroendeproblem. Särskilda insatser för gravida eller spädbarnsmödrar gjordes i en fjärdedel av verksamheterna inom både primärvården och beroendevården. Gruppbehandlingar bedrevs åtskilt för kvinnor och män inom öppenvården och HVB, men inte alltid. Arbets sättet var också olika genomtänkt när det gällde att anpassa vården till kvinnor respektive män. I underlaget till Socialstyrelsens Öppna jämförelser [2] uppgav två tredjedelar av socialnämnderna eller stadsdelarna att de hade verksamheter som enbart riktade sig till kvinnor.

En slutsats är att verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten särskilt behöver ta hänsyn till behov och resultat för både kvinnor och män när de planerar och följer upp sina insatser.

## Samverkan

Samarbetsavtal och överenskommelser mellan huvudmän har stor betydelse för hur väl enskilda personers behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses, och för att det finns samordnade resurser. Integrerade behandlingsverksamheter visade sig inte oväntat ge fördelar, då personer kunde få insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten på en och samma mottagning. Positivt är också den organiserade samverkan och överenskommelserna mellan landsting och kommuner för att implementera de nationella riktlinjerna. Detta ger förutsättningar för ett gemensamt synsätt och en ökad samverkan kring den vård som de berörda behöver.

Primärvården och socialtjänsten hade en väl fungerande samverkan, enligt Socialstyrelsens intervjuer med personal. Samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamheter verkade däremot inte fungera lika bra. Främst beskrev medarbetare i primärvården svårigheter att samverka med den specialiserade beroendevården, särskilt när beroendevården bedrevs vid psykiatriska kliniker. Svårigheterna kunde delvis bero på att verksamheterna saknade tydliga uppdrag, vilket gav utrymme för olika tolkningar av vars och ens ansvar. Dessutom kunde samarbetsöverenskommelser tolkas på olika sätt, och psykiatrin uppgavs lida av resursbrist i stora delar av landet.

Ibland hade primärvården också svårt att få nödvändigt stöd från den specialiserade vården i form av konsultationer eller bedömningar och råd.

Vidare varierade gränsdragningen mellan beroendevård och öppenvård mellan olika regioner. I vissa fall tolkade beroendevården sitt uppdrag snävt och hänvisade de flesta med missbruks- och beroendeproblem till den kommunala öppenvården. Det är inte tillfredsställande om vården hänvisar personer till verksamheter utifrån hur vården är organiserad i stället för att utgå från vilka insatser den enskilde behöver inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. Huvudmännen ansvarar för att erbjuda den vård som behövs och för att tillhandahålla en vårdkedja och samverkanslösningar så att personer får de insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården som de behöver.

## Personalens kompetens

Socialstyrelsen gjorde inga generella iakttagelser om att personal inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänstens myndighetsutövning saknade adekvat kompetens.

Det finns visserligen inga preciserade kompetenskrav för dem som arbetar med vård och behandling inom socialtjänsten, men det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet, 3 kap. 3 § SoL. En utgångspunkt i tillsynen var att personal som arbetar med stöd och behandling inom öppenvården och HVB bör ha adekvat grundutbildning med inriktning mot vård och behandling samt kunskap om missbruk och beroende. Personer som behöver insatser inom öppenvården eller HVB har oftast en komplex problematik, och personalen behöver därför ha en teoretisk grund för att kunna förstå hur problem uppkommer och behandlas. En grundutbildning är också nödvändig för att personalen ska kunna tillgodogöra sig kompetensutveckling, fortbildning och handledning.

Tillsynen visade att en del personal inom både öppenvården och HVB saknade grundutbildning inom vård och omsorg på lägst gymnasienivå, och att föreståndare vid HVB saknade föreskriven högskoleutbildning. En slutsats är att främst personalen vid HVB behöver höja sin kompetensnivå. En annan slutsats är att det är en kvalitetsfaktor om föreståndaren har föreskriven kompetens.

HVB bedrivs ofta i enskild regi och det är huvudmännens ansvar att anställa kompetent personal. Det yttersta ansvaret för att enskilda får en god vård vilar dock på socialnämnderna och även exempelvis kriminalvården som svarar för placeringar på HVB. När socialnämnderna upphandlar och följer upp vården måste de försäkra sig om att HVB och andra som utför socialtjänstinsatser har förutsättningar att erbjuda en god vård där personalens kompetens är en hörnsten.

Vidare behövs nationella initiativ som tydliggör kompetenskraven för den personal som arbetar med vård och behandling inom socialtjänsten.

## Kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården

Primärvården har en viktig roll i arbetet med missbruks- och beroendevården och den behöver därför tydliga direktiv och uppdrag från vårdgivaren

för detta område. Det är nödvändigt att primärvården lever upp till det ansvar som den har inom missbruks- och beroendevården och att den får rätt förutsättningar av vårdgivaren för att utföra sitt uppdrag. Primärvården kan förebygga och tidigt upptäcka missbruk och beroende och kan erbjuda exempelvis kort rådgivning. De flesta verksamheter i tillsynen använde screeningmetoder och kort rådgivning, men inte alltid med en genomtänkt systematik i fråga om vilka som erbjöds olika metoder.

Vidare fanns det brister i primärvårdens kvalitetsarbete. Delvis förekom samma brister inom beroendevården, men inte i lika hög omfattning. Många vårdcentraler saknade mål för sitt arbete med missbruk och beroende och följde inte upp sitt arbete inom området, vilket delvis kan förklaras av att så få hade fått tydliga uppdrag från vårdgivaren för missbruks- och beroendevård. Även inom beroendevården följde många inte upp sin verksamhet på ett strukturerat sätt, och vårdgivarna efterfrågade sällan verksamheternas resultat.

Andra exempel på brister i både beroendevården och primärvården var att journalerna inte alltid uppfyllde kraven på spårbarhet och att man inte dokumenterade patienternas familjesituation. Ibland var det också svårt att hitta uppgifter om missbruks- och beroendeproblem i primärvårdens journaler.

Det är anmärkningsvärt att så många som drygt en tredjedel av primärvårdsverksamheterna använde läkemedlet Heminevrin till personer med missbruks- och beroendeproblem. Heminevrin kan ges mot abstinensbesvär men har enligt de nationella riktlinjerna osäker effekt och bör endast användas i slutenvård, och även där med stor återhållsamhet.

Primärvården hade alltför sällan skriftliga rutiner som säkerställde att vården uppfyllde den lagstadgade anmälningsskyldigheten. Man ansåg sig visserligen uppfylla anmälningsskyldigheten för barn som behöver socialnämndens skydd, men det fanns annan anmälningsskyldighet som man inte ansåg att man uppfyllde fullt ut. Verksamheterna behöver skriftliga rutiner för att göra säkrare bedömningar, och en ökad medvetenhet om i vilka situationer de ska göra en anmälan. Beroendevården hade oftare skriftliga rutiner för att säkerställa att den uppfyllde anmälningsskyldigheten.

En slutsats är att vårdgivarna bör bli tydligare i sin ledning och i sina uppdrag till hälso- och sjukvården när det gäller missbruks- och beroendevården. Hälso- och sjukvården bör också satsa mer på kvalitetsarbete, bland annat genom att följa upp och utvärdera vården. Vidare verkar primärvården oftare sakna stöd och ledning än beroendevården när det gäller missbruks- och beroendevård samt samverka med den specialiserade vården.

Socialstyrelsens har publicerat Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande åtgärder; Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning (2010) [3]. En slutlig version av riktlinjerna ges ut under hösten 2011. De ger stöd och vägledning för primärvårdens arbete med att uppmärksamma ett riskbruk av alkohol och i rådgivning.

## Rättssäker handläggning

Det är viktigt för socialtjänstens utredningsarbete hur personalen förhåller sig till och bemöter enskilda. Den enskildes samtycke väger tungt när soci-

alnämnden bedömer om den ska inleda en utredning eller inte. När den enskilde inte själv söker hjälp har socialtjänstens arbetsätt att nå en kontakt betydelse för rättssäkerheten. En personlig kontakt ger socialnämnden möjlighet att uppmärksamma om den enskilde har riskabla alkohol- eller narkotikavanor och att erbjuda stödsatser. Socialnämnden ansvarar också för att ingripa oavsett den enskildes samtycke när missbruket allvarligt skadar henne eller honom, fysiskt, psykiskt eller socialt.

Tillsynen visade dock att socialtjänsten var försiktig med att utreda med stöd av LVM, eller att personalen saknade tillräcklig kunskap om hur LVM-lagstiftningen ska tillämpas. Det är emellertid svårt för såväl tillsynsmyndigheten som socialtjänsten att avgöra i efterhand om enskilda beslut att inte inleda en utredning varit väl underbyggda när förhandsbedömningarna inte är tillräckligt väl dokumenterade.

För att kunna bedöma behov samt planera och välja behandlingsinsats måste socialtjänsten ta hänsyn till varje människas unika förhållanden. Vid all behandlingsplanering är det nödvändigt att vara följsam för personens behov och situation. Socialstyrelsens granskning av utredningar visade också att socialtjänsten relativt ofta lyckades motivera och få till ett samarbete med den enskilde, även när han eller hon inte hade ansökt om hjälp på eget initiativ. Systematiska bedömningsinstrument som användes inom socialtjänsten bygger på att den enskilde beskriver sin situation. Det skapar också förutsättningar för att den enskilde görs delaktig i planering och val av insats.

Det fanns dock flera brister i hur socialtjänsten dokumenterade handläggningen av utredningar, som fick konsekvenser för den enskildes möjligheter till delaktighet och insyn. Det fanns en osäkerhet hos socialtjänstens personal i arbetet med att bedöma enskildas behov av bistånd. Detta syntes till exempel i att socialtjänstens slutsatser inte var tillräckligt väl underbyggda och att motiveringarna var bristfälligt dokumenterade.

En slutsats är att socialtjänstens personal behöver stöd att utveckla metoder för sitt arbete. Det krävs ett genomtänkt arbetsätt, kompetent personal och rutiner för handläggningen för att alla ärenden ska hanteras rättssäkert. Inom ramen för sitt kvalitetsarbete måste socialnämnderna kontinuerligt följa upp att handläggningen av enskildas ärenden sker på ett rättssäkert sätt.

Det behövs också ytterligare vägledning till socialtjänstens personal om lagstiftningens krav på en rättssäker handläggning och om relevanta metoder och arbetsätt för att hjälpa personer att komma ifrån sitt missbruk. Socialstyrelsen har för avsikt att inleda ett arbete med att utarbeta en handbok för handläggning av ärenden som rör vuxna och att revidera föreskrifterna för tillämpning av LVM.

## Behandlingsplanering och uppföljning av vård

Personer med missbruks- och beroendeproblem har ofta komplexa problem som kräver samtidiga medicinska insatser, behandling och socialt stöd. I granskningen av socialnämndernas utredningar framkom att flertalet personer hade haft kontakt med socialtjänsten tidigare och under en längre tid. De berörda hade också ofta kontakt med andra enheter inom socialtjänsten.

Eftersom vårdbehoven är komplexa och personer kan behöva stöd länge måste vårdinsatserna planeras långsiktigt och följas upp regelbundet. Det krävs också att olika aktörer samverkar. Enligt 3f § HSL och 2 kap. 7 § SoL ska kommunen upprätta en individuell plan tillsammans med landstinget när en person behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I tillsynen ingick det inte att granska om sådana individuella planer fanns, lagbestämmelsen trädde i kraft först 1 januari 2010. I patientenkäten från beroendevården svarade dock något fler än hälften att planeringen av vård och behandling hade skett i samarbete med socialtjänsten.

Socialnämndens vårdplan saknades ofta som ett underlag för planeringen av behandling för den inskrivne inom HVB. Dessutom saknades ofta behandlingsplaner eller genomförandeplaner inom HVB och öppenvården och dokumentationen var bristfällig. Detta begränsar insynen i verksamheterna och möjligheterna att utvärdera vården. De berörda riskerar också att inte bli delaktiga i att planera vården, och människor som redan är i en socialt utsatt situation riskerar att utlämnas till vårdgivarens agerande.

En slutsats är att socialnämnden behöver planera och följa upp insatser tillsammans med berörda och utförare. Vidare utgår föreskrifterna för HVB från att socialnämnden alltid ansvarar för vården. Socialstyrelsen kommer att revidera föreskrifterna för att bland annat reglera samarbetet kring vårdens planering när någon annan än socialnämnden ansvarar för placeringen.

## Metoder i vård och behandling

Att använda effektiva metoder är en del i en framgångsrik behandling. Andra viktiga faktorer är vårdorganisationens utformning, den enskildes specifika förutsättningar och personalens kompetens. De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården [1] är inte formellt tvingande, men både inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område stödjer lagstiftningen ett vetenskapligt förhållningssätt. Riktlinjerna ger vägledning och information om vilka metoder och interventioner som bedöms vara verksamma. I riktlinjerna dominerar dock studier med medicinsk inriktning över studier inom socialtjänstens område. Kunskapsunderlag utarbetas och revideras dock löpande exempelvis pågår arbete med att sammanställa studier om effekter av att använda 12-stegsbehandling vid narkotikamissbruk.

Socialstyrelsen noterade att de flesta verksamheter använde de metoder som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Detta visar på att verksamheterna är medvetna om och intresserade av att använda kunskapsbaserade metoder. Psykosociala behandlingsinsatser användes till exempel både inom socialtjänstens behandlingsenheter och hälso- och sjukvården, men det fanns skillnader. Socialtjänsten har ett mer uttalat ansvar för insatser till närstående och barn i lagstiftningen. Socialtjänsten använde också oftare metoder som bygger på att involvera personens nätverk än vad hälso- och sjukvården gjorde.

Metoderna användes dock inte alltid på det sätt som anges i riktlinjerna, enligt Socialstyrelsens iakttagelser. Personalen kunde ha otillräcklig grundkompetens, och utbildningar i en metod kunde variera i omfattning mellan olika utbildningsanordnare. Metoder kunde också ha anpassats och ändrats i verksamheterna.

Vidare använde en del verksamheter metoder där det inte finns kunskapsunderlag som stödjer användandet. En sådan användning ställer särskilda krav på att utförare av vård och behandling utvärderar resultatet av de insatser och de metoder som används och kan visa på effekter.

Resultaten behöver också följas upp så att det blir tydligt om insatserna utformas individuellt och ger de berörda möjlighet att påverka. I denna uppföljning ingår att systematiskt ta reda på de enskildas uppfattningar av vården – uppfattningar som måste tillmätas stor betydelse.

## Icke biståndsbedömda insatser enligt socialtjänstlagen

Inom missbruks- och beroendevården kunde personer enkelt nå öppenvården direkt för att få råd och stöd. Brukarorganisationer betonade också vikten av att ta till vara de enskildas motivation och snabbt ge dem tillgång till vård. Det var vanligt att personer också kunde erbjudas behandlingsinsatser utan att en föregående biståndsbedömning gjordes av socialtjänstens handläggare. Personer hänvisades också direkt till öppenvården från socialtjänsten. Skillnaderna var stora mellan kommuner i vilka insatser som gavs med eller utan att ett beslut om bistånd.

Det finns farhågor att den enskildes rättssäkerhet försvagas vid icke biståndsbedömda insatser eftersom det inte finns något beslut om bistånd som kan överklagas av den enskilde. Insatser utan individuell behovsbedömning kan också vara begränsade och inte motsvara de enskildas behov. Icke biståndsbedömda insatser inom socialtjänsten berör flera av socialtjänstens verksamhetsområden, exempelvis området barn och familj. En frågeställning är vilka individuellt inriktade insatser som kan eller bör ges utan individuell behovsbedömning och beslut om bistånd.

En annan frågeställning är i vilken utsträckning icke biståndsbedömda insatser kan eller bör dokumenteras med hänsyn till att socialtjänstens dokumentationsskyldighet enligt 11 kap. 5 § SoL är begränsad till handläggning av ärenden som rör enskilda samt till genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling. I lagens förarbeten anges också vissa undantag från skyldigheten att dokumentera genomförandet av socialtjänstinsatser. Undantagen gäller rådgivning, information och vissa öppna verksamheter som är tillgängliga utan någon individuell behovsprövning. Som exempel på rådgivning nämns alkoholrådgivning och familjerådgivning, prop. 1996/97:124 s.181. Att sådana verksamheter inte behöver dokumentera hänger samman med att de enskilda bör ha möjlighet att söka hjälp anonymt. Annars finns risk att de avstår från att söka hjälp, prop. 2004/05:39 s. 31. Vad som menas med vissa öppna verksamheter utvecklas dock inte närmare i lagens förarbeten.

När det gäller socialtjänstens möjligheter att dokumentera icke biståndsbedömda insatser har Socialstyrelsen hittills ansett att man bör vara restriktiv och låta dokumentationen stanna vid arbetsanteckningar under genomförandet. Datainspektionen bedömde dock nyligen att varken lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten eller förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten utesluter

att socialtjänsten använder personuppgifter för andra syften än att uppfylla dokumentationsskyldigheten.

När dokumentation saknas blir det svårt att följa upp vården, att kvalitetssäkra och att följa upp resultat på aggregerad nivå. I integrerade verksamheter inom missbruks- och beroendevården visade tillsynen dessutom att det fanns uppenbara skillnader mellan dokumentationsreglerna i SoL och PDL som försvårade samverkan. I regeringens strategi för ADNT-politiken (Prop. 2010/11:47) anges att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd bör länkas samman för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen konstaterar att det faktum att det finns olika lagstiftningar innebär svårigheter att länka samman Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentationen inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården.

I två skrivelser, promemorian Individuellt inriktade insatser utan biståndsprövning - underlag för diskussion och ställningstaganden 2008-06-18 [5] och i yttrande över betänkandet Socialtjänsten Integritet-Effektivitet (SOU 2009:32) 09-08-25 [6] har Socialstyrelsen tidigare lyft frågor om icke biståndsbedömda insatser till regeringen, men konstaterar att rättsläget fortfarande är oklart. Det gäller dels frågan om vilka individuellt inriktade insatser som kan eller bör ges utan individuell behovsbedömning och beslut om bistånd, dels frågan om socialtjänstens möjligheter att dokumentera icke biståndsbeslutade insatser. Socialstyrelsen kommer att belysa frågorna närmare och därefter att ta ställning till vilka ytterligare åtgärder som kan behöva vidtas.

## Barn och andra närstående

Det behövs tydliga rutiner och ett upparbetat samarbete inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att barn uppmärksammas och får det stöd de behöver. Även i dokumentationen om den vuxna måste det framgå om det finns barn och hur deras situation har uppmärksamats. Att barnen inte syns i dokumentationen är återkommande brister inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsens intervjuer med verksamhetsföreträdare visade dock att verksamheterna som regel uppmärksammade barns situation, även om det inte framgick av den vuxnas akt.

Det är ett viktigt ställningstagande att göra en anmälan till socialtjänsten att ett barn kan behöva skydd eller stöd. Därför är det anmärkningsvärt att verksamheterna inom främst primärvården så ofta saknade skriftliga rutiner för hur sådana anmälningar ska hanteras. Kunskapen om anmälningsskyldigheten behöver hållas levande och diskuteras på arbetsplatser där anmälningsskyldiga arbetar. Socialstyrelsen har tagit fram en handbok, Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn (2004) [12], för att ge vägledning till dem som är skyldiga att anmäla.

Främst är det socialtjänsten som erbjuder stöd till barn och andra närstående till personer med missbruk eller beroende. I underlaget till Socialstyrelsens Öppna jämförelser [2] angav nära 80 procent av kommunerna och stadsdelarna att de erbjöd anpassade insatser för barn, och cirka 60 procent hade insatser för vuxna anhöriga. Sedan 1 januari 2010 har dock även hälso- och sjukvården ansvar för att särskilt beakta barns behov av information, råd

och stöd om barnets föräldrar missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

I regeringens nya strategi för ADNT-politiken (Prop. 2010/11:47) är ett av de prioriterade målen att stödja utvecklingen av ett mer barn- och familjeinriktat arbets sätt i missbruks- och beroendevården.

Tillsynen visade att barnens situation behöver uppmärksammas tydligare. En slutsats är att missbruks- och beroendevården behöver uppmärksamma föräldraskap och barns behov på ett mer systematiskt sätt. Inom hälso- och sjukvården behöver arbetsformer utvecklas så att barnens förhållanden och behov av stöd uppmärksammas när en förälder med missbruksproblem tar kontakt. Det bör ingå i socialnämndens vårdplaner för enskilda hur verksamheterna ska arbeta med föräldraroller och barnens umgänge vid uppdrag till HVB och eventuellt även vid uppdrag inom öppenvården. Verksamheterna behöver också aktivt rekrytera barn till barngrupperna, ofta via föräldrarna. Enligt Socialstyrelsens vägledning för socialtjänsten och andra aktörer; Barn och unga i familjer med missbruk (2009) [13] finns erfarenheter att även om det finns sådana grupper så är det inte så många barn som deltar jämfört med hur många som kan vara i behov av sådant stöd. De som behandlar missbruks- och beroendeproblem hos föräldrar måste alltid ha barnens behov i sikte. Inom Socialstyrelsen pågår olika utvecklingsinsatser för att lyfta fram barn- och familjeperspektivet inom missbruksvården. Socialstyrelsen kommer exempelvis att ta fram ett fördjupningsmaterial kopplat till ASI som synliggör föräldraskapet och barns behov i samband med missbruk i familjen.

# Referenser

---

1. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Socialstyrelsen 2007.
2. Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården. Socialstyrelsen. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
3. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande åtgärder. Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2010.
4. Slutbetänkandet av Missbruksutredningen Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individiden, kunskapen och ansvaret (SOU 2011:35).
5. Promemorian Individuellt inriktade insatser utan biståndsprövning - underlag för diskussion och ställningstaganden, Socialstyrelsen 2008-06-18.
6. Yttrande över betänkandet Socialtjänsten Integritet-Effektivitet (SOU 2009:32) Socialstyrelsen 2009-08-25.
7. Nationell Psykiatrisamordning Ambition och Ansvar (SOU 2006:11).
8. Utredningen om tillsynen av socialtjänsten – En bättre tillsyn av missbrukarvården (SOU 2006:57).
9. Lägesbeskrivning och motiv för en ny fas i Kunskap till praktik. SKL augusti 2010.
10. Riskbruksprojektet – Folkhälsoinstitutet [www.fhi.se](http://www.fhi.se)
11. Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende, Socialstyrelsen 2007.
12. Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn (2004), Socialstyrelsen handbok.
13. Barn och unga i familjer med missbruk. Vägledning för socialtjänsten och andra aktörer (2009).

# Bilaga – Tillsyn regional fördelning

## Tillsynsregioner

Socialstyrelsens tillsynsavdelning har sex tillsynsregioner.

Region Nord har huvudkontor i Umeå och lokalkontor i Sundsvall. Tillsynsregionen har Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län som sitt tillsynsområde.

Region Mitt har huvudkontor i Örebro och lokalkontor i Falun. Tillsynsregionen har Uppsala, Gävleborgs, Västmanlands, Dalarnas, Värmlands, Örebro och Södermanlands län som sitt tillsynsområde.

Region Öst finns i Stockholm och har Stockholms och Gotlands län som sitt tillsynsområde.

Region Sydväst finns i Göteborg och har Västra Götalands och Hallands län som sitt tillsynsområde.

Region Sydöst finns i Jönköping och har Östergötlands, Jönköpings och Kalmar län som sitt tillsynsområde.

Region Syd finns i Malmö och har Skåne, Kronobergs och Blekinge län som sitt tillsynsområde.

## Hälso- och sjukvård

I tabell 19 redovisas antalet inspektioner avseende hälso- och sjukvård som genomförts i respektive region och som har lett till beslut till verksamheten.

Tabell 19. Antal tillsynsobjekt i hälso- och sjukvården per tillsynsregion (inspektioner som lett till beslut)

Verksamhet	Region Norr	Region Mitt	Region Öst	Region Sydväst	Region Sydöst	Region Syd	Antal per verksamhet
Beroende- klinik	4	8	8	7	4	11	42
Psykiatrisk klinik	5	5	7	14	1	9	41
Integrerad mottagning	5	0	4	3	3	1	16
VC	13	13	5	14	22	16	83
BMM	0	0	9	4	0	0	13
HVB	1	0	5	2	7	4	19
Öppenvård	4	0	0	6	5	2	17
Övrigt	0	0	2	2	0	0	4
Antal/region	32	26	40	52	42	43	235

## Socialtjänst

I tabell 20 redovisas antalet inspektioner avseende socialtjänst som genomförts i respektive region och som har lett till beslut till verksamheten.

Tabell 20. Antal tillsynsobjekt i socialtjänsten per tillsynsregion (inspektioner som lett till beslut)

Verksamhet	Region Norr	Region Mitt	Region Öst	Region Sydväst	Region Sydöst	Region Syd	Antal verksamheter
Socialnämnder, myndighetsutövning	28	61	41	47	31	54	262 (253 reg)
Öppenvård	10	12	14	11	24	22	93 (92 reg)
HVB/behandlingshem	20	33	17	18	26	23	137 (134 reg)
Antal/region	58	106	72	76	81	99	492 (479 reg)

Totalt genomfördes något fler inspektioner än vad som finns registrerat i de nationella databaserna. Av tabellen framgår att en del av tillsynsmyndighetens beslut inte har registrerats i de nationella databaser som användes för resultatsammanställningen. Resultaten i rapporten baseras på de uppgifter som finns registrerade i de nationella databaserna.