



Unga personer inom missbruks- och beroendevården

Nationell tillsyn av samverkan mellan olika aktörer samt
socialtjänstens myndighetsutövning

Du får gärna citera Inspektionen för vård och omsorgs texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Inspektionen för vård och omsorg har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer | IVO 2017-7

Foto | Mostphotos

Utgiven | Februari 2017, www.ivo.se

Förord

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har ansvar för tillsyn över verksamheter inom socialtjänstområdet och hälso- och sjukvården. I detta uppdrag ingår att bedriva tillsyn och regelbundet återföra myndighetens sammanställda resultat och iakttagelser. Denna rapport är en del av denna återföring och belyser tillsynens iakttagelser när det gäller unga personer i åldern 18-25 år inom missbruks- och beroendevården. En del av tillsynen berör även barn i åldern 15 till och med 18 år. Tillsynen är nationell och sammanlagt har 64 verksamheter inom socialtjänst, hälso- och sjukvård samt hem för vård eller boende (HVB) granskats under 2016.

Rapporten är framtagen av utredaren och projektledaren Anna Öström och tillsynen har genomförts under ledning av tillsynsledarna Gudrun Kågström Lindberg, Carolin Persson, Magdalena Helgesson och Ulf Modin, Lena Olsson samt Karin Nyqvist och Kristina Olsson.

Gunilla Hult Backlund
Generaldirektör

Sammanfattning och slutsatser

En hög grad av *samverkan* mellan olika aktörer inom missbruks- och beroendevården är tillsammans med en väl fungerande *myndighetsutövning* inom socialtjänsten centrala faktorer för att människor med missbruksproblem ska få individuellt utformad vård och behandling av god kvalitet. Under 2016 genomförde därför Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en nationell tillsyn av dessa två viktiga områden. Totalt granskades 64 verksamheter inom socialtjänst, hälso- och sjukvård samt hem för vård eller boende (HVB). I tillsynen fokuserade IVO särskilt på åldersgruppen 18-25 år med missbruks- eller beroendeproblem, men en del av tillsynen inkluderade även barn 15 till och med 18 år. Syftet med denna rapport är att ge en bild av om unga människor får den hjälp och det stöd som de har behov av inom missbruks- och beroendevården.

Samverkan fungerar, men behöver utvecklas inom vissa områden

Tillsynen visar att det finns en hel del goda exempel på fungerande samverkan mellan olika verksamheter, men att det samtidigt generellt finns en del brister och svårigheter. Ett av dessa områden gäller unga personer som har missbruks- eller beroendeproblem *samtidigt* som de lider av psykisk ohälsa. I dessa fall har både landsting och kommuner ansvar för deras vård och behandling, men av intervjuer med socialtjänsten framgår att det i vissa fall kan vara svårt för deras klienter att få tillgång till behandling för psykisk ohälsa inom rimlig tid. Det är långa köer till vuxenpsykiatri och vissa psykiatriska kliniker har stängt för nya intag under sommarmånaderna. Dessutom måste klienterna vara drogfria/nyktra, vanligtvis mellan 3 och 6 månader, innan de kan få hjälp med sin psykiska ohälsa. För enskilda med missbruks- eller beroendeproblem kan det innebära förödande konsekvenser att behöva vänta på behandling i vuxenpsykiatri. De riskerar att återfalla i missbruk och måste då genomgå en ny behandling från socialtjänsten innan de blir aktuella igen för behandling för sin psykiska ohälsa.

Andra faktorer som framkommer av intervjuer med ledning och personal i de olika verksamheterna och som har betydelse för hur samverkan fungerar är följande:

- ⊕ intern samverkan i kommuner och landsting är viktig för att kunna ge rätt vård och behandling samt förhindra att individer hamnar mellan stolarna eller bollas runt mellan olika aktörer,
- ⊕ en god samverkan är ofta personbunden, vilket kan skapa svårigheter i verksamheter med låg personalkontinuitet,
- ⊕ vissa verksamheters tillgänglighet kan förbättras – ibland är det svårt att komma i kontakt med rätt personer i andra verksamheter, få tillgång till andra verksamheters expertis och vård samt få relevant information av varandra,

- ⊗ samordnade individuella planer (SIP) är ett bra sätt att samverka kring klienters/patienters vård och behandling, men de upprättas inte i tillräckligt hög utsträckning,
- ⊗ boendeort kan vara avgörande för vilka möjligheter målgruppen har att ta del av vård och behandling,
- ⊗ det finns vissa svårigheter med samverkan i samband med utslussning från HVB, inte minst pga. otillräcklig tillgång till boenden i kommunerna.

Sammanfattningsvis anser IVO att vissa kommuner och landsting behöver tydliggöra ansvarsfördelningen när det gäller missbruks- och beroendevården. Detta för att undvika att unga personer bollas runt mellan olika instanser och att ingen tar ett helhetsansvar för deras situation. En viktig del i detta arbete är att gemensamt säkerställa att individuella planer (SIP) upprättas för enskilda som har behov av insatser av både socialtjänst och hälso- och sjukvård, och som samtycker till det. Kommuner och landsting behöver även hitta långsiktiga och hållbara lösningar när det gäller samverkan mellan socialtjänst och vuxenpsykiatri vid samsjuklighet. För att bättre kunna möta de särskilda behov som finns hos unga personer med missbruks- eller beroendeproblem kan det vidare vara nödvändigt att utveckla en gemensam handlingsplan för åldersgruppen 18-25 år, inte minst när det gäller den ojämlika tillgången till vård och behandling som råder pga. geografiska avstånd. Vissa kommuner och landsting behöver även se över den interna samverkan för att säkerställa att klienter/patienter får den hjälp och vård som de behöver.

Myndighetsutövningen behöver stärkas i kommunerna

I tillsynen av socialtjänstens myndighetsutövning har IVO bland annat granskat hur nämnden tar emot och bedömer anmälningar och ansökningar, om handläggningen sker skyndsamt, om unga personers behov utreds i tillräcklig omfattning, om det vidtas åtgärder utifrån tvångslagstiftningen där det finns behov samt om besluten motsvarar enskildas behov. Detta för att kunna ta ställning till om nämnden *aktivt* arbetar för att barn, unga och unga vuxna får den hjälp som de behöver.

Inom vissa områden visar tillsynens resultat så pass allvarliga brister att det krävs att nämnderna vidtar en rad åtgärder för att säkerställa att unga personer verkligen får den hjälp och vård som de behöver. De allvarligaste bristerna handlar om att nämnderna:

- ⊗ har svårt att klara skyndsamhetskraven i handläggningen,
- ⊗ inte alltid gör skyddsbedömningar i samband med att en anmälan om oro för barn eller unga inkommer,
- ⊗ inte utreder unga personers situation trots alarmerande uppgifter,
- ⊗ inte överväger tvångsåtgärder - alternativt bedömer att regler för tvångsvård inte är tillämpliga - när uppenbara vårdbehov finns och där enskilda avbryter eller inte samtycker till frivilliga insatser,

- ⊗ inte utreder och dokumenterar händelser av betydelse, vilket bland annat kan leda till att besluten inte motsvarar den enskildes behov.

För unga personer som har missbruks- eller beroendeproblem innebär ovanstående brister i socialtjänstens myndighetsutövning stora risker för deras liv, hälsa och utveckling. Att myndighetsutövningen utförs korrekt är också en viktig rätts-säkerhetsfråga. Nämnderna måste därför säkra tillräcklig bemanning med nödvändig kompetens. Det är också angeläget att det inom socialtjänsten genomförs regelbunden kompetensutveckling vad gäller såväl missbruksfrågor och myndighetsutövning som situationen för unga personer med missbruks- eller beroendeproblem.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning och slutsatser.....	4
Inledning	8
Samverkan mellan olika verksamheter	11
Intern samverkan viktig för att möta behoven hos unga personer	12
Bristande intern samverkan inom socialtjänsten påverkar klienter negativt	12
Intern samverkan i landstingen är viktig för att inte patienter ska bollas runt	14
Samverkan mellan kommuner och landsting måste utvecklas	15
Svårt att ge vård och behandling från två huvudmän vid samsjuklighet	15
Fungerande samverkan är ofta personbunden	16
Verksamheternas tillgänglighet kan förbättras	17
Geografisk närhet underlättar samverkan	19
Oklar ansvarfördelning handlar många gånger om ekonomi	20
Samordnad individuell plan anses vara bra, men används sällan	21
En SIP ska göras när unga personer har behov av insatser från fler aktörer	21
Alltför få individuella planer upprättas	21
”Fel” personer kommer till SIP-möten	22
Väl fungerande samverkan mellan socialtjänst och HVB	22
Unga personer och deras särskilda behov uppmärksammas	23
Tät kontakt mellan socialtjänst och HVB gynnar unga personer.....	24
Vissa svårigheter vid utslussning från HVB.....	25
Socialtjänstens myndighetsutövning.....	26
Nämnderna har svårt att klara skyndsamhetskraven	27
Två av tre kommuner gör inte förhandsbedömningar inom 14 dagar	27
Skyddsbedömningar görs efter lagstadgad tid eller saknas.....	28
Utredningar bedrivs inte alltid skyndsamt.....	29
Bristande handläggning innebär en rättsosäkerhet	30
Unga personers situation utreds inte trots att det finns skäl	30
Nämnden utreder eller dokumenterar inte alltid tillräckligt	32
Hälften av nämnderna måste se över hur de hanterar frågan om tvångsvård.....	35
Besluten motsvarar inte alltid den enskildes behov	36
Bilaga 1: Tillvägagångssätt.....	38
Bilaga 2: Tillsynade verksamheter	41

Inledning

Missbruk eller beroende¹ av alkohol, narkotika och läkemedel förekommer i alla samhällsklasser och orsakar stora negativa konsekvenser för såväl enskilda som för närstående samt höga kostnader för samhället. Människor med missbruks- eller beroendeproblematik har ofta behov av insatser från såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Socialnämnden har, enligt socialtjänstlagen (SoL) ett ansvar för att aktivt verka för att enskilda får hjälp att komma ifrån sitt missbruk.² Samtidigt har landstinget, enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård till dem som är bosatta inom landstingets område.³ För att lyckas med samverkan kring klienter/patienter behöver kommuner och landsting komma överrens om hur olika insatser och kunskaper kan användas i vård och behandling. Det är därför viktigt att det finns en ömsesidig förståelse och kunskap om varandras arbete och roller. En fungerande samverkan förutsätter även tydliga mål och uppdrag samt en tydlig ansvarsuppdelning.⁴

Enligt en statlig utredning⁵ innebär den övergripande regleringen av missbruks- och beroendevården genom SoL och HSL, i kombination med förändrad missbrukssituation och vårdens utveckling, att olika kommuner och landsting tolkar uppdraget olika. I vissa delar av landet står kommunerna för merparten av vården medan det på andra håll är landstingen. Detta innebär att det inte alltid finns tydliga vägar in i vården för klienter/patienter med missbruks- eller beroendeproblem. Vård måste sökas hos olika huvudmän, vårdbehov bedöms enligt olika principer och insatser erbjuds enligt olika lagstiftningar. Utredningen visar också att det inte är ovanligt att kommuner och landsting tvistar om vem som ska ha ansvar för vad, vilket i slutänden kan drabba enskilda. Sedan 2013 finns dock krav på att det ska finnas överenskommelser om samverkan mellan kommuner och landsting när det gäller personer med missbruks- eller beroendeproblematik⁶, både på övergripande nivå och på individnivå.

¹ *Missbruk* av alkohol och narkotika innebär att bruket påverkar individen eller dess omgivning negativt. Det kan handla om att användandet av alkohol eller narkotika går ut över individens sociala liv såsom hem, familj, arbete och/eller skola. Men också om att bruket leder till ökad risk för fysisk skada. Ett långvarigt missbruk resulterar ofta i ett *beroende*. Enligt ICD- 10, Världshälsoorganisationens diagnostiska system ska minst tre av följande kriterier uppfyllas under ett år för att man ska tala om beroende: starkt sug eller tvång att konsumera, svårigheter att kontrollera konsumtionen, toleransökning, abstinenssymptom, minskat intresse för annat på grund av konsumtionen och/eller en fortsatt konsumtion trots fysiska eller psykiska skador. Vid försök att avbryta bruket kan den beroende drabbas av abstinenssyndrom, där symptomen kan vara ilska och aggressivitet, minskad aptit samt vikt förlust, irritabilitet, nervositet och/eller ångest, rastlöshet och sömnsvårigheter. Se vidare t.ex. *Skador av hasch och marijuana: en genomgång av vetenskapliga studier publicerade till och med 2008*, Statens Folkhälsoinstitut, Östersund 2009. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>) och Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2015. Artikelnummer: 2015-4-2.

² 5 kap. 9 § SoL.

³ 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

⁴ Socialstyrelsen (2013). *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*. Socialstyrelsen, Artikelnummer: 2013-8-1.

⁵ *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individen, kunskapen och ansvaret*. Statens offentliga utredningar. SOU 2011:35. Stockholm 2011.

⁶ 6 Se 8b § HSL (1982:763) och 5 kap. 9a § SOL.

Unga personer med missbruks- eller beroendeproblem har ofta en mer komplex problembild än andra grupper. De har dels oftare ett blandmissbruk, som innebär att de blandar olika typer av droger och alkohol. Dels en högre frekvens av samsjuklighet som exempelvis missbruk- eller beroende i kombination med psykiska/neuropsykiatriska problem.⁷ Unga personer med samsjuklighet har vanligtvis ett allvarigare missbruk och en svårare social situation jämfört med jämnåriga med missbruks- eller beroendeproblem utan psykisk ohälsa. Och andelen med psykisk ohälsa är stor. Det finns rapporter som visar att 70-90% av unga personer som har ett missbruk eller beroende lider eller har någon gång lidit av psykisk ohälsa.⁸ Dessutom dör många i gruppen i alltför unga år pga. sitt missbruk.⁹

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska de två huvudmännen tillsammans upprätta en individuell plan.¹⁰ Denna ska bland annat innehålla information om vilka insatser som är nödvändiga, vilken huvudman som ansvarar för vad och vem som har det övergripande ansvaret för planen. Den ska också utgå från den enskildes behov och önskemål. Det finns dock indikationer på att planer inte tas fram i tillräckligt hög utsträckning eller används på rätt sätt idag.¹¹

Även intern samverkan inom verksamheterna måste fungera för att enskilda ska få bästa möjliga hjälp för sitt missbruk eller beroende. Det kan t.ex. gälla samverkan mellan barn- och ungdomshandläggare och vuxenhandläggare i socialtjänsten eller samverkan mellan beroendekliniker och annan sjukvård. Vidare krävs att socialtjänstens utredningar sker enligt den lagstiftning som finns och där enskildas behov styr de insatser som ges. Av tidigare tillsyn¹² inom socialtjänsten framgår dock att det är relativt vanligt med brister i hantering av ärenden som rör missbruk. När det gäller t.ex. förhandsbedömningar¹³ har IVO bedömt att det många gånger tar för lång tid innan nämnden fattar ett beslut om att starta en utredning eller inte. Det förekommer också att beslut om att inte inleda utredning är bristfälligt underbyggda och motiverade samt att IVO i vissa fall anser att det är tveksamt om

7 Se t.ex. Bender, K., Springer, D. & Kim, J. (2006). *Treatment Effectiveness with Dually Diagnosed Adolescents: A Systematic Review. Brief Treatment and Crisis Intervention 2006*. <http://btci.edina.clockss.org/cgi/content/full/6/3/177/>

8 Se t.ex. Tengström, A. (2006). *Ung och oberoende – En studie av Maria Ungdoms klienter. I rapporten – Vad vet vi om narkotikaanvändarna i Sverige. Mobilisering mot narkotika*. <http://www.forumforskning.se/publikationer/rapporter/eller-unga-med-missbruk-forstudie-kommunernas-arbete-kring-unga-13-25-ar-med-missbruksproblematik-i-stockholms-lan>. Kommunförbundet Stockholms län. Se www.ksl.se.

9 Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).

10 3f § HSL samt 2 kap. 7 SoL. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska vidare påbörjas utan dröjsmål.

11 *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*. Vårdanalys ISBN 978-91-87213-55-7. Stockholm 2016.

12 Se t.ex. *Missbruks- och beroendevården. Iakttagelser och resultat från tillsyn 2008-2010*. Socialstyrelsen. Artikelnummer: 2011-5-24. Juni 2011., *Förhandsbedömningar i socialtjänsten – ett riskområde*. Rapport från ett pilotprojekt i Sörmland våren 2014. IVO 2014. Artikelnummer: 2014-18. *Med missbruksvården i fokus. Socialtjänstens planering och uppföljning av insatser till vuxna med missbruksproblem*. IVO. Artikelnummer: 2015-99. December 2015 och *Samverkan för patienter och brukares välbefinnande. Missbruk och beroendevården*. IVO. Artikelnummer: 2016-19.

13 En förhandsbedömning innebär att nämnden ska fatta ett beslut om att inleda eller inte inleda utredning efter att en anmälan om oro inkommit till nämnden. När det gäller barn och unga ska beslut fattas inom 14 dagar efter att en anmälan har inkommit (om det inte finns synnerliga skäl). För vuxna personer finns ingen precisering av någon tidsgräns, men av socialtjänstlagen framgår att en utredning ska inledas utan dröjsmål när nämnden har fått kännedom om något som kan föranleda någon åtgärd från nämndens sida. Detta regleras i 11 kap. 1 § SoL.

nämndens bedömningar om att inte inleda en utredning är korrekt. IVO:s tidigare tillsyn visar också att vissa nämnder inte i tillräckligt hög utsträckning tar ställning till om tvångsvård, enligt lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) eller lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), är tillämplig i det enskilda fallet.

En slutsats som dras i en svensk intervjustudie¹⁴ är att barn- och ungdomsvårdens ansvar behöver förlängas, struktureras och tydliggöras. Studien visar bland annat att kontinuerliga och förtroendefulla relationer till socialtjänstens personal är betydelsefulla. Likaså de kontaktpersoner som unga personer (i dessa fall 18-22 år) får när de placeras på ett hem för vård eller boende (HVB).¹⁵ När de lämnar vården är det dock inte självklart att det stödet finns kvar, vilket kan äventyra deras möjligheter att skapa en positiv utveckling i livet.

Mot bakgrund av ovanstående samt IVO:s nationella och regionala riskanalys har samverkan mellan olika aktörer inom missbruks- och beroendevården samt socialtjänstens myndighetsutövning identifierats som övergripande riskområden för IVO att granska. Under 2016 har därför en nationell tillsyn genomförts, med ett särskilt fokus på unga och unga vuxna i åldern 18-25 år, med sammanlagt 64 tillsyner. Delar av tillsynen rör även barn 15 till och med 18 år. Se bilaga 1. Syftet med rapporten är att, utifrån tillsynens iakttagelser, ge en bild av om unga personer får den hjälp och det stöd som de har behov av inom missbruks- och beroendevården. Huvudsakliga frågeställningar i rapporten är:

- ⊕ Hur fungerar samverkan när det finns behov av betydande insatser från både kommun och hälso- och sjukvård för personer i åldern 18-25 år?
- ⊕ Hur fungerar socialtjänstens myndighetsutövning för åldersgruppen 15-25 år som har missbruks eller beroendeproblem?
- ⊕ Hur fungerar samverkan mellan socialtjänsten och HVB när det gäller åldersgruppen 18-25 år?

I det första kapitlet ges en beskrivning av hur tillsynade verksamheter uppfattar samverkan¹⁶. I det andra kapitlet redovisas IVO:s iakttagelser när det gäller socialtjänstens myndighetsutövning.

¹⁴ Höjer I & Sjöblom Y (2011) *Att stå på egna ben – om övergången från samhällsvård till vuxenliv*. Socialvetenskaplig tidskrift nr 1 2011.

¹⁵ Med HVB avses ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling tillsammans med ett boende (3 kap. 1 § SOF). Om ett sådant hem drivs av ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ krävs dessutom att verksamheten bedrivs yrkesmässigt. För vård av unga som på grund av eget beteende (3 § LVU) behöver stå under särskilt noggrann tillsyn ska det finnas *särskilda ungdomshem* (12 § första stycket LVU). Behovet av sådana hem ska tillgodoseas av staten. Definitionsmässigt är även de särskilda ungdomshemmen HVB.

¹⁶ I rapporten används Socialstyrelsens definition av samverkan, vilket innebär att handla eller fungera gemensamt för ett visst syfte, icke-hierarkiska aktiviteter där aktörer möts på lika villkor och med gemensamt syfte samt aktiviteter som överskrider gränser inom eller mellan organisationer. Definitionen innebär alltså inte att samverkan måste ske mellan självständiga verksamheter utan kan även inkludera intern samverkan. Se Socialstyrelsen 2008. *Samverkan i Re/habilitering – en vägledning*. Artikelnummer 2008-126-4.

Samverkan mellan olika verksamheter

Unga personer i åldersgruppen 18-25 år som har missbruks- eller beroendeproblem är inte någon homogen grupp, men i regel är behovet av samverkan mellan olika professioner, myndigheter och organisationer större för gruppen än för andra. Detta beror framförallt på hur problembilden för åldersgruppen ser ut. Dels lider de i högre grad än andra av samsjuklighet, t.ex. missbruk och psykisk ohälsa. Dels saknar de i högre utsträckning än äldre personer med missbruksproblem en förankring på arbetsmarknaden och ett eget boende - även i jämförelse med jämnåriga utan missbruk eller beroende. Vidare har de i regel ännu inte drabbats av så många konsekvenser av sitt missbruk och är därför heller inte lika motiverade att sluta med sitt missbruk som äldre personer.

Verksamheter som unga personer kan komma i kontakt med inom missbruks- och beroendevården är exempelvis kommunal socialtjänst, HVB (inkl. sådana som drivs av Statens institutionsstyrelse, SiS), vuxenpsykiatri och primärvård (inkl. ungdomsmottagningar). Många barn med missbruks- eller beroendeproblematik har, fram tills de fyller 18 år, även kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Andra aktörer som unga personer kan ha kontakt med är kriminalvården, polisen, arbetsförmedlingen och försäkringskassan. När det gäller t.ex. tidig upptäckt av missbruk eller beroende hos unga personer är det viktigt att socialtjänst, skola, fritid- och föreningsliv, hälso- och sjukvård och polis har en väl utvecklad samverkan.

I den nationella tillsyn som genomfördes under 2016 inom socialtjänst, hälso- och sjukvård samt HVB ställde IVO tre öppna frågor till de verksamheter som granskades (se bilaga 1). Representanter för de olika verksamheterna har därmed gett sin syn på dels vilka delar av samverkan som de anser fungerar tillfredsställande, dels vilka områden där samverkan kan bli bättre eller till och med är problematisk. Svaren inkluderar deras uppfattning av samverkan på såväl generell nivå som samverkan på individnivå när det gäller personer 18-25 år.

I tillsynen framkommer många exempel på både intern och extern samverkan som pågår i landet på olika nivåer inom missbruks- och beroendevården. Det är allt från gemensamma utbildningssatsningar och olika samverkansprojekt till konkret samverkan när det gäller enskilda individer.¹⁷ Det finns således mycket erfarenhet av och kunskap om samverkan i och mellan de olika verksamheterna.

¹⁷ T.ex. mottagningsgrupper, LARO-team, "En väg in", ACT/RACT, Mini-Mille, Unga vuxna Centralen, Teamet för särskilt vårdkrävande (SVK), Social Praktik, Vårdkedjegrupp, HP24 m.fl.

Totalt granskades 64 verksamheter, varav 46 gällde socialtjänsten och 18 antingen hälso- och sjukvård eller HVB. Fler röster från framförallt ledning och personal inom hälso- och sjukvården hade varit önskvärt för att få en mer balanserad bild av hur samverkan fungerar. Gemensamt för samtliga granskade verksamheter är dock att de många gånger framhåller *samma* eller *liknande* faktorer som kan underlätta eller försvåra samverkan internt eller externt. Det är framförallt dessa som lyfts fram i detta kapitel.

Sammanfattningsvis går det, utifrån dialogen med ledning och personal, att urskilja vissa huvudsakliga faktorer som anses vara betydelsefulla för att yngre personer med missbruks- eller beroendeproblem ska få rätt vård och behandling.

- ⊗ Fungerande intern samverkan
- ⊗ Tydlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen vid samsjuklighet
- ⊗ Personbunden samverkan
- ⊗ Verksamheternas tillgänglighet
- ⊗ Geografisk närhet till vård och behandling
- ⊗ Användandet av samordnad individuell plan (SIP)
- ⊗ Nära kontakt mellan socialtjänst och HVB

Intern samverkan viktig för att möta behoven hos unga personer

Inom samtliga tillsynade verksamheter anges intern samverkan som en viktig faktor för att unga personer med missbruks- eller beroendeproblem ska få rätt vård och behandling utifrån sina behov. Om den interna samverkan inte fungerar kan detta även påverka arbetet med enskilda klienter/patienter i andra verksamheter.

Bristande intern samverkan inom socialtjänsten påverkar klienter negativt

Socialtjänsten är ofta organiserad med en barn- och ungdomsenhet respektive en vuxenenhet. För att en ung person inte ska hamna mellan stolarna i övergången från barn till vuxen krävs därför en god intern samverkan. Klienterna kan även vara aktuella vid flera enheter inom socialtjänsten, t.ex. enheten för försörjningsstöd, enheten för barn och familj och/eller enheten för funktionsnedsättning. Det krävs då att samverkan fungerar över flera interna enheter. En socialsekreterare ger ett exempel på hur socialtjänsten internt arbetar genom ett samarbete mellan vuxenenheten och enheten för barn och ungdom, men även extern samverkan.

Det var en pojke, född 1997, som hade tagit en överdos heroin och kom till socialtjänsten via socialjouren. Vuxenenheten arbetade med ärendet tillsammans med enheten för barn och unga fram till placering. Maria ungdom är bra att arbeta med - de höll kvar honom tills han var färdigbehandlad. Vi hade flera möten med läkare och sjuksköterka och det var mycket samverkan i ärendet.

I en annan kommun berättar en socialchef hur man startat en ”vårdkedjegrupp” där teamledare från barn- och ungdomsenheten, enheten för försörjningsstöd och

vuxenenheten träffas varje vecka gällande ärenden som berör alla enheter. Vårdkedjegruppen har bland annat fått i uppdrag att se över handläggningen av unga personer i åldern 18-25 år. I samma kommun arbetar de även enligt en samordningsmodell i de fall enskilda är aktuella i flera olika förvaltningar. Enligt socialchefen kom samordningsmodellen till för att förhindra att någon hamnar mellan stolarna. Intern samverkan kan alltså även handla om hur olika förvaltningar i kommunen lyckas samarbeta med varandra. En socialsekreterare i en annan kommun ger ett exempel på vad bristande samverkan mellan två förvaltningar kan ge för konsekvenser för den enskilde:

Intern samverkan är problematisk eftersom unga och försörjningsstöd tillhör olika förvaltningar. Det kan t.ex. vara så att en ungdom ska till behandlingshem men nekas ekonomiskt stöd till resor av försörjningsstöd. Det finns inget samarbete på handläggarnivå mellan dessa två förvaltningar och det ställer till problem i handläggningen av enskilda klienter.

Representanter för några av de granskade HVB-hemmen anger att samverkan med socialnämnder från olika delar av landet fungerar olika. Överlag fungerar samverkan med socialtjänsten tillfredsställande, men personalen kan se att det ibland finns interna samverkansproblem inom socialtjänsten, exempelvis mellan enheten för individ- och familjeomsorg (IFO) och enheten för funktionsnedsättning (LSS). Bristerna i samverkan leder då till att unga personer riskerar att hamna mellan stolarna, t.ex. vid utslussningen från HVB, eftersom ingen enhet från socialtjänsten tar ett huvudansvar.

Att socialtjänsten inte alltid lyckas med sin interna samverkan uppmärksammas även från hälso- och sjukvården. Vid en tillsyn av en beroendeklinik, där en Mini-Maria¹⁸ ingår, anges exempelvis att ”det inte är ovanligt att socialtjänstens olika enheter inte kan bestämma internt var patienten tillhör.” Samverkan underlättas inte av att organisationen ofta bygger på olika åldersindelningar i kommun respektive landsting. Inom socialtjänsten övergår unga personer många gånger till en vuxenenhet först när de fyller 20 år, men inom landstinget upphör BUP:s ansvar vid 18 år, då vuxenpsykiatrien tar över. Barn- och ungdomshandläggarna måste därför ha en fungerande samverkan med både BUP och vuxenpsykiatrien.

Tillsynen visar att det vanligtvis finns dokumenterade processer och rutiner för samverkan inom den egna verksamheten (och mellan verksamheter) – framförallt på en övergripande nivå i överenskommelser och verksamhetsplaner. Vårdgivaren är skyldig att identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten, men även hur den möjliggörs med andra

¹⁸ Mini-Maria är en öppenvårdsmottagning för barn och unga upp till 21 år som har narkotika- och/eller alkoholproblem. De finns i många delar av landet och erbjuder information, rådgivning och behandling.

verksamheter inom socialtjänsten, andra vårdgivare, myndigheter, föreningar och organisationer.¹⁹

Intern samverkan i landstingen är viktig för att inte patienter ska bollas runt. Av tillsynen framgår att det pågår många samverkansinitiativ inom landstingen. En sjuksköterska vid en vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning beskriver exempelvis hur de har ett samverkansprojekt med flera aktörer i landstinget som kallas ”En väg in”. Den innebär att enskilda inte ska behöva ”... gå runt och söka hjälp”. Det ska alltså räcka med att söka hjälp på ett ställe och där få hjälp att komma rätt.

Vid en annan vuxenpsykiatrisk mottagning beskrivs hur de har säkrat en tydlig kontaktväg med primärvården genom ”psykiatri direkt”. Det är en direkttelefon som vårdcentralens läkare kan ringa för att konsultera en specialist inom psykiatri. Detta menar de är särskilt viktigt eftersom primärvården ofta har hyrläkare och därmed inte känner patienterna lika bra som en fast anställd läkare. Ett annat exempel är att man vid en vuxenpsykiatrisk mottagning har inrättat ett individ-samverkansteam för unga personer med missbruks- eller beroendeproblem som de tycker ”... fungerar väldigt bra”.

I ett landsting redogörs för en fungerande samverkan mellan heldygnsvård och öppenvård samt mellan BUP och vuxenpsykiatri. De samverkar t.ex. när de ska föra över unga från BUP till vuxenpsykiatri. Ledningen anger dock att det ibland kan ”kärva” i samarbetet mellan heldygnsvård och öppenvård när det gäller patienter med särskild komplex problematik.

Just övergången från BUP till vuxenpsykiatri kan enligt många intervjuade i tillsynen vara ganska besvärlig för unga personer. Övergången mellan att betraktas som barn till att bli vuxen innebär t.ex. en stor risk för att behandlingen inte fullföljs. Många försvinner också från missbruks- och beroendevården för att några år senare komma tillbaka i ett betydligt sämre skick. I flera landsting uppmärksammas denna grupp särskilt genom t.ex. särskilda unga-vuxna-team där både socialtjänst, beroendevård och hälso- och sjukvård är involverade, men detta gäller långt ifrån alla landsting. En socialsekreterare anger exempelvis att det är ett ”problem att unga skrivs ut från BUP vid 18 år och att det inte görs någon naturlig överlämning till vuxenpsykiatri”. Detta innebär att en ny aktualisering av den unge personens behov av hjälp måste göras, vilket kan leda till att en fördröjning av eventuellt stöd och hjälp.

I samband med tillsynen träffade IVO processledaren för intresseorganisationen Kommunerna i Stockholms län (KSL). Detta för att höra hur KSL:s uppfattning om hur samverkan fungerar mellan landstinget och kommunerna när det handlar om unga personer med missbruks- eller beroendeproblem. Av intervjun framgår att

¹⁹ 4 kap. 5 § SOSFS 2011:9.

KSL också anser att övergången från BUP till vuxenpsykiatri är ett förbättringsområde för landstingen att arbeta vidare med.

När man är under 18 så arbetar de flesta motiverande– alla försöker peppa den här personen. När de blir aktuella för vuxenpsykiatri och kommunernas enheter för vuxna kan det upplevas som tvärtom. Från att hjälpen har varit omhändertagande kan inställningen från vården och socialtjänsten många gånger framstå som ganska avig och unga vuxna förväntas själva ta alla kontakter. Man skulle behöva jobba med övergången cirka ett år innan det är dags. T.ex. genom att bjuda in vuxenpsykiatri och kommunens handläggare till gemensamma möten med ungdomarna och att man har gemensamma rutiner för övergångar från BUP till vuxenpsykiatri och från barn- och ungdomsenhet inom kommunen till vuxenenhet. På vissa ställen finns detta, t.ex. inom unga vuxna team i Stockholm, men på många andra ställen finns det inte.

Att unga personer med samsjuklighet hamnar mellan stolarna inom hälso- och sjukvården är en återkommande synpunkt från framförallt socialtjänsten. En socialsekreterare beskriver exempelvis hur det blev i ett fall när landstinget inte lyckades samverka internt när det gällde en av hennes klienter.

Det blir lätt så att unga vuxna bollas runt mellan olika enheter inom landstinget. Ett exempel var en 19-åring som hade grava missbruksproblem. Vi fick kontakt med missbruksvården inom landstinget som tyckte att hjälp kan ges inom unga vuxna mottagningen. När klienten kommer till unga vuxna mottagningen tycker de att hen ska gå till landstingets beroendeklinik istället.

Bristande intern samverkan kan alltså innebära att enskilda skickas runt inom landstingen, mellan exempelvis vuxenpsykiatri och vårdcentralen eller mellan den somatiska sjukvården och olika beroendekliniker. Det finns därför i vissa fall en önskan från socialtjänsten om en ökad tydlighet om vart deras klienter ska vända sig för att inte riskera att bollas runt inom landstinget.

Samverkan mellan kommuner och landsting måste utvecklas

Det som ledning och personal lyfter som orsaker till bristande samverkan är att det är svårt att ge vård och behandling parallellt från två huvudmän vid samsjuklighet, att samverkan många gånger är personbunden, att andra verksamheter inte är tillräckligt tillgängliga, geografiska avstånd samt att kostnadsansvaret mellan kommuner och landsting i vissa fall är oklart.

Svårt att ge vård och behandling från två huvudmän vid samsjuklighet

Det är tydligt att socialtjänsten över hela landet överlag önskar en bättre samverkan med psykiatriska kliniker, och då främst med landstingens vuxen- och slutenvård, men även i vissa fall med psykiatriska öppenvårdsmottagningar och BUP.

Ett problemområde som beskrivs är att det i många fall är svårt att få till snabb vård och behandling för unga personer med både missbruk/beroende och psykisk ohälsa. Dels beror det på att en viss tids drogfrihet krävs, vanligtvis tre eller sex månader, innan en neuropsykiatrisk utredning och behandling kan påbörjas. Dels har vuxenpsykiatri ofta långa köer och vårdplatsbrist. Socialtjänsten beskriver att det

inte är ovanligt att unga personer med samsjuklighet först genomgår en missbruksbehandling genom insatser beviljade av socialtjänsten för att sedan få vänta lång tid för att få hjälp av vuxenpsykiatrin med sin psykiska ohälsa. Därmed är återfallsrisken hög. När det gäller nybesök till vuxenpsykiatrin tar vissa landsting dessutom inte emot några nybesök alls under sommarmånaderna. Flera röster inom socialtjänsten beskriver också svårigheter mellan socialtjänst, SiS och landsting i LVM-ärenden. Sammanfattningsvis är det inte ovanligt att kommunerna upplever att de har ett ensamt ansvar för enskilda med samsjuklighet.

Det framgår även av tillsynen att det i många fall råder okunskap och oklarheter mellan kommuner och landsting vad gäller olika professioners roller, kompetens och befogenheter. Socialtjänstens lyfter relativt ofta fram att det finns bristande förståelse mellan framförallt socialtjänsten och vuxenpsykiatrin.

Sagt av chefer och socialsekreterare inom individ- och familjeomsorgen

Det finns en frustration att kommunen står ensam med uppdraget kring missbruk. Klienterna måste åka på behandlingshem för att vara drogfria för att bli aktuella för medicinering, men när personen kommer från behandlingshemmet får han/hon ställa sig i kö för att komma till psykiatrin. Det kan då tyckas att behandlingen inte har gett det resultat som man förväntade sig och som kommunen betalat mycket för. Det går inte att dela på vårdkostnaderna för behandlingshem trots att det finns en psykiatrisk problematik. Inte heller får den enskilde samtidigt behandling för sitt missbruk och psykiatrisk problematik i enlighet med gällande avtal.

Om socialtjänsten gör ett omedelbart omhändertagande ska vården börja på landstinget. Det blir allt vanligare att SiS sedan inte kan verkställa placeringen inom den närmaste veckan, i värsta fall tar det flera veckor. Landstinget kan inte hålla kvar klienter och de skrivs ut innan de har en fortsatt placering. Socialtjänsten måste då ta ställning till om ett nytt omhändertagande med stöd av LVM måste göras och SiS kan fortfarande inte verkställa placeringen. I dessa fall blir även polisen belastad då de kan få flera handräckningar på samma klient inom ett par dagar. Detta innebär en stor risk för klientens liv och hälsa.

För ensamkommande ungdomar, som har traumatiska upplevelser och som har ett missbruk innan de kom hit, behöver samverkan med BUP förbättras. Det vore bra om BUP kunde arbeta med både missbruksproblemet och den psykiska hälsan - det gäller även vuxenpsykiatrin. Det behövs ett gemensamt ansvar.

Vi måste samarbeta med psykiatrin - det är en svår målgrupp. Det saknas nyfikenhet och förståelse för varandras områden och kunskap. Psykiatrin skriver ut patienter utan vårdplaner - samverkan fungerar dåligt. Det är svårt om en enskild har både missbruk och psykisk ohälsa. Det är ofta komplexa svårigheter vid missbruk.

Fungerande samverkan är ofta personbunden

Inte sällan framhåller intervjuade i de olika verksamheterna att samverkan många gånger är personbunden. En fungerande eller icke-fungerande samverkan mellan olika aktörer kan alltså bero på *vem* eller *vilka* som arbetar i verksamheterna.

Samverkan kan också påverkas av vem som är i tjänst för dagen, eventuella ledigheter och semestrar. En socialsekreterare anger exempelvis att samverkan med hälsocentralen *”beror på vilka läkare som arbetar där”* och det *”tyvärr är ofta hyrläkare”*. Socialsekreteraren anger också att även samverkan med beroendecentrum är personbunden, men att den där fungerar det tillfredsställande.

Om en fungerande samverkan är personbunden påverkas förutsättningarna för samverkan mellan olika professioner naturligtvis av hur personalkontinuiteten ser ut. En chef inom socialtjänsten i en kommun anger exempelvis att det under det senaste året har arbetat många olika läkare inom landstingets vuxenpsykiatri. Det har även varit en stor omsättning av sjuksköterskor och situationen vid den vuxenpsykiatriska mottagningen beskrivs som *”turbulent”*. De har använt sig av många hyrläkare och konsekvensen har blivit att *”många gånger slutar läkaren utan att det har varit någon överlämning av patienten/klienten”*.

Vid intervjun med processledaren för KSL anges följande när det gäller personalkontinuitet och personbunden samverkan:

Det kan vara svårt vad gäller personalkontinuitet i landstinget och kommunen, men det är den verklighet vi lever i just nu. Det är hög omsättning inom landstingspsykiatri men även vad gäller barn- och ungdomshandläggare i socialtjänsten. När vi planerar samverkan och skriver överenskommelser så måste vi försöka planera att det inte ska vara personbundet. Överenskommelser och rutiner måste vara konstruerade på ett sådant sätt att inhyrd personal ska kunna förstå och följa vad som gäller. Visst är det lättare att ringa någon man känner, men det måste man bara komma över och se till att följa rutinen.

Flera av de intervjuade, inom framförallt socialtjänsten, lyfter dock att hyrläkare i landstingen inte alltid är införstådda i de samverkansavtal som finns. Bristande personalkontinuitet påverkar också klienter/patienter inom såväl socialtjänsten som inom hälso- och sjukvården. I samband med tillsynen träffade IVO ordföranden för Föräldraföreningen mot narkotika (FMN) som i en intervju säger att:

Det är stor skillnad på samverkan med anhöriga och hjälpen klienter får från olika handläggare inom socialtjänsten. Den skillnaden är för stor och det har inte att göra med ålder. Jag förstår att arbetsbördan många handläggare har inte är rimlig, men klienter får byta väldigt ofta. Det finns eldsjälar som finns kvar, men ofta faller de yngre bort. De kan inte alltid jobba på det sätt som de skulle vilja göra. Pengarna styr i kommunerna.

Verksamheternas tillgänglighet kan förbättras

Samverkan kan också försvåras av att vissa verksamheter i både kommuner och landsting uppfattas som otillgängliga, vilket innebär att det kan vara svårt att komma i kontakt med rätt personer i andra verksamheter, få tillgång till andra verksamheters expertis och vård samt få relevant information av varandra. En av de intervjuade vid en beroendeklinik för unga vuxna berättar exempelvis att det kan vara svårt att få tag på ansvarig socialsekreterare via telefon. Han har noterat att handläggarna i ärendena ofta byts och att många saknar telefonsvarare. Han

upplever att det inte finns säkra kontaktvägar och menar därför att det borde finnas särskilda telefonnummer för personal att ringa för att på ett enklare sätt kunna nå varandra. En chef för beroendevården på ett större sjukhus beskriver också samma svårigheter. Han menar att en stor del av samverkan är personrelaterad men också att *”socialtjänsten är som regel svåra att nå.”*

Även bland några HVB uppfattas socialtjänstens tillgänglighet som problematisk, men i de allra flesta fall anger ledning och personal i HVB-verksamheter att det är lätt att få kontakt med handläggarna inom socialtjänsten. De anger i några fall att det kan finnas samverkansproblem på en mer övergripande chefsnivå. Det kan då exempelvis bli problem när de anser att en behandling måste förlängas.

Även socialtjänsten har ibland svårigheter att nå andra aktörer inom missbruks- och beroendevården. En socialsekreterare anser exempelvis att *”det behövs större tillgänglighet till psykiatri och det skulle vara bra att sätta av bestämda tider för samverkan”*. Hon upplever att det är svårt att hitta tid för samverkan då det är *”kort med personal på psykiatriens beroendeenhet”* och att det därför är svårt att få kontakt via telefon.

I vissa delar av landet är en relativt vanlig synpunkt från socialtjänsten att det kan vara svårt för unga personer att få tillgång till vården inom landstinget. De har många olika utförare, byter ofta personal och har långa väntetider, vilket försvårar samverkan. De upplever exempelvis att det kan vara svårt att få in klienter för avgiftning vid olika avdelningar på sjukhus eller beroendekliniker samt att det är svårt att inom rimlig tid få in sina klienter vid psykiatriska kliniker pga. långa köer. Det är alltså ibland svårt för socialtjänsten att få till en ingång för klienter till landstingets vård och många menar att det saknas en effektiv och strukturerad samordning mellan t.ex. socialtjänsten och vuxenpsykiatri, inte minst vad gäller unga personer med samsjuklighet. En chef inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg beskriver svårigheten med bristande kompetens och otillgänglig abstinensbehandling vid ett större sjukhus i länet.

Det vore bra med fasta läkare och som har beroendekunskap. Det borde finnas läkare med erfarenhet av läkemedelsmissbruk, men de patienterna hänvisas till ett annat sjukhus. Avdelningen stänger platser för abstinensbehandlingar under sommaren som leder till att planerade avgiftningar inte kan genomföras.

I andra delar av landet upplever de intervjuade däremot inte alls att det är svårt att få tillgång till landstingets beroendevård. Några intervjuade anger dock att det i vissa fall kan finnas svårigheter med samverkan mellan landstingets vuxenpsykiatri och beroendevård.

I några fall handlar en icke-fungerande samverkan även om öppettiderna i de olika verksamheterna. En socialsekreterare anger exempelvis att:

Vi har problem med landstingets avgiftningsenhet i Falun. Bland annat stänger de kl. 19 vilket ställer till det om inte klienter hinner dit i tid. De kan då tvingas ned till Säter över natten innan de kan få komma till avgiftningen i Mora. Det blir mkt åkande för både personal och klient.

Geografisk närhet underlättar samverkan

Geografisk närhet till andra aktörer inom missbruks- och beroendevården anges ofta som en förutsättning för en fungerande samverkan. Ett bra geografiskt läge för socialtjänsten kan handla om att vuxen- respektive barn- och ungdomshandläggare sitter i samma korridor eller att individ- och familjeomsorgen är lokaliserad i samma byggnad som den kommunala öppenvården.

Vid en vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning beskriver två sjuksköterskor att den geografiska närheten till andra aktörer i kommunen är positiv. Även vårdcentralen ligger nära deras mottagning vilket ”*spelar roll för en god samverkan*”. Närheten till vårdcentralen gör även att de får god kontroll på förskrivning av läkemedel till patienter. Vid en annan öppenvårdsmottagning understryker personalen att de tycker att det är bra att tre av fyra Mini-Marior i regionen är samlokaliserade med ungdomsmottagningarna. Det gör att det finns snabba kontaktvägar och en bra länk mellan de olika verksamheterna.

Det omvända gäller när det geografiska läget uppfattas som ett hinder för samverkan, men det är framförallt ett problem för klienten/patienten. Vid en öppenvårdsmottagning anges exempelvis hur patienter från vissa orter måste åka långt för olika typer av behandlingar. Personalen beskriver att alla klienter som uppfyller kriterierna för LARO-behandling²⁰ bereds plats, men att det ibland kan vara problematiskt för enskilda att delta pga. geografiska avstånd.

I vissa regioner kan alltså geografiska avstånd vara ett hinder för deltagande i behandling, eftervård och andra insatser i öppenvården. Ett flertal av de intervjuade anger att hälso- och sjukvården har förlagt psykiatrisk vård, avgiftning, abstinensbehandling och dyl. till större städer, vilket skapar problem på mindre orter. En socialchef i en mindre kommun beskriver hur en omorganisering inom landstinget har påverkat förutsättningarna för klienterna/patienterna att ta del av vården:

De har flyttat alla läkare till Mora och där ska alla läkarbesök ske. Det finns bara en sjuksköterskemottagning här och de erbjuder inga samtalskontakter eller specifik terapi, enbart medicinering eller behandling. En del psykiskt sjuka har av psykiatrin hänvisats till kommunens öppenvård. Abstinensbehandling erbjuds i Falun, dit är det drygt fyra mil.

I de norra delarna av Sverige och i glesbygdsregioner är det inte ovanligt att enskilda får åka upp till 20 mil för att kunna ta del av missbruks- och beroendevården. Sammanfattningsvis kan boendeort påverka unga personers förutsättningar att ta del av vård och behandling.

²⁰ LARO är en läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

Oklar ansvarfördelning handlar många gånger om ekonomi

Många synpunkter om bristande samverkan handlar om vem som tar ansvar för kostnaderna för den vård och behandling som unga personer får. Vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning anger en verksamhetschef exempelvis att kommunerna i regionen ”tolkar regler och lagar olika och fyller dem med olika innehåll”. En annan chef inom vuxenpsykiatri anger att ”systemet med betalningsansvar är ett bekymmer”. Han menar att det ekonomiska läget har satt sina spår och att det blir allt svårare att samverka när det handlar om patienter med komplex problematik. Vid en annan psykiatrisk vuxenmottagning säger en av cheferna att de ekonomiska ersättningsmodellerna kan bli tydligare i syfte att gagna de svårast sjuka. Chefen anger också att ”ekonomi och ansvarsgränser försvårar arbetet som det är uppbyggt idag.”

Ett flertal röster inom vuxenpsykiatri uttrycker en önskan om bättre tydlighet vad gäller ekonomi och riktlinjer. En chef vid en vuxenpsykiatrisk mottagning anger exempelvis följande:

Samfinansieringen borde öka och det borde finnas tydliga riktlinjer kring det. Det handlar ofta om ekonomi och resursbrist hos de olika huvudmännen. Mottagningen skulle behöva förstärkas med t.ex. arbetsterapeuter. Det är mycket fokus på mediciner och personalen hinner inte med annat som en patient på mottagningen skulle behöva. Det är tråkigt att det inte blev mer av Gerhard Larssons utredning. Det behövs att man hittar en ny organisation, för det finns organisationshinder.

Även inom socialtjänsten uttrycks likande önskemål. En chef inom individ- och familjeomsorgen anger att ”Det är önskvärt med ett gemensamt betalningsansvar för samsjukliga personer, de hamnar ofta mellan stolarna.”. En annan chef inom socialtjänsten säger att:

Vi kommer aldrig överens med hälso- och sjukvården om vem som ska stå för kostnader vid exempelvis en placering. Idag får kommunen stå för hela kostnaden. Gränsdragningsproblematiken tar mycket energi. Unga vuxna bollas hela tiden fram och tillbaka, de hamnar mellan stolarna. Det handlar mycket om kostnader och resursbrist. Kommunen ska inte behöva ta det yttersta ansvaret för en annan huvudmans ansvarsområde. Det är önskvärt med en gemensam pengapåse för de riktigt svåra ärendena.

Sammanfattningsvis konstaterar IVO att det finns svårigheter då flera aktörer ska ge vård och behandling, som vid samsjuklighet. Vidare kan bristande förståelse för varandras roller och kompetens, personbunden samverkan i verksamheter med bristande personalkontinuitet, verksamheternas tillgänglighet, geografiska avstånd och betalningsansvar göra det svårt för landsting och kommuner att ta ett gemensamt ansvar för unga personer. Detta gäller även i de kommuner och landsting där det finns övergripande överenskommelser och rutiner för samverkan. I slutändan är det klienterna och patienterna som drabbas.

Samordnad individuell plan anses vara bra, men används sällan

Det framgår av tillsynen att många inom såväl socialtjänst som inom hälso- och sjukvård anser att en samordnad individuell plan (SIP) är bra när det krävs insatser från flera aktörer. En sjuksköterska vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning anger exempelvis att ”SIP är jättebra, det tar tid men är ett mer strukturerat arbetsätt och man har en gemensam plan.” Många understryker att SIP är bra att använda när det handlar om en klient/patient med komplex problematik som många måste samarbeta kring. I många fall har också länsgemensamma överenskommelser upprättats där det finns rutiner för hur och när en SIP ska upprättas samt hur ansvaret för utförandet av insatser är fördelat i verksamheterna. Frågan är då varför SIP inte används i den utsträckning som behövs?

En SIP ska göras när unga personer har behov av insatser från fler aktörer. I några kommuner beskriver socialtjänsten att det finns en samverkansöverenskommelse med hälso- och sjukvården avseende SIP. I dessa finns det tydliga rutiner för när, var och hur SIP ska upprättas. De anger också att öppenvården är duktig på att uppmärksamma behov och kalla till SIP-träffar. I många andra kommuner menar däremot socialtjänsten att de ofta är de som tar huvudansvaret för att sammankalla till SIP-möten.

Enligt SoL och HSL ska kommuner och landsting upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård.²¹ Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska vidare, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde och närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen (om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det). Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som har vidtagits av någon annan än kommunen eller landstinget samt vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Alltför få individuella planer upprättas

Tillsynen visar att det är anmärkningsvärt få individuella planer som upprättas när det gäller unga personer med behov av insatser från flera aktörer. I en kommun framkom exempelvis att det vid inspektionstillfället inte hade upprättats några planer alls hos socialtjänsten, men att det finns en medvetenhet om att detta borde göras. När IVO granskade socialtjänstens utredningar i samma kommun framkom det i sex av nio ärenden att det fanns behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård, men inte i något av dessa fall av hade en SIP upprättats.

²¹ 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) SoL och 3 f § Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Dokumentationen visar inte heller om den enskilde erbjudits upprättande av SIP och tackat nej. Liknande uppgifter finns i andra granskade verksamheter när det gäller socialtjänst respektive hälso- och sjukvård. I en region fick IVO exempelvis uppgift från 13 av 18 tillsynade verksamheter att totalt 325 unga personer var registrerade för vård och behandling. Av dessa hade en SIP endast upprättats för 26 individer.

En av orsakerna till att det görs så få planer är att SIP-möten kan uppfattas som krångligt bland unga personer – särskilt när ”... *de inte vill ha eller accepterar sin diagnos*”. Socialsekreterarna anger också att unga personer ibland tycker att det är för många som deltar vid SIP-mötet. En annan orsak som anges är att unga personer med missbruks- eller beroendeproblematik inte har en stabil livssituation. De flyttar ofta och tillhör t.ex. därför inte samma BUP-område tillräckligt länge för att få adekvat hjälp.

”Fel” personer kommer till SIP-möten

Från både kommun och landsting upplever många att man från andra verksamheter inte alltid tar SIP-möten på allvar. Socialtjänsten anger vid flera tillsyner att representanter från psykiatrin inte alltid dyker upp när de kallar till SIP-möten eller så närvarar personer utan mandat. En chef inom socialtjänsten säger att:

Läkare kommer inte till SIP-möten och skickar många gånger personer som inte har mandat. Det är läkarna som beslutar och dem har vi ingen kontakt med. Istället kommer en psykiatrisjuksköterska. Då går det inte att besluta något på plats. Sjukvården följer inte riktlinjerna.

Motsvarande åsikter hörs även från psykiatriska kliniker. En sjuksköterska från en psykiatrisk öppenvårdsmottagning säger bland annat att ”*Ibland är det inte rätt personer på SIP-möten. SIP kan vara ett sätt att komma förbi väntelistan.*”

Det framkommer också att vissa upplever att deltagare vid SIP-möten ”vaktar sina områden” och inte tar ansvar för sin del. En socialsekreterare säger exempelvis att hon tycker att ”*SIP är en bra idé, men vissa samarbetspartners inom psykiatrin är mer intresserad av att inte göra något*”.

Väl fungerande samverkan mellan socialtjänst och HVB

Inom ramen för den nationella tillsynen genomförde IVO tio inspektioner vid HVB. Unga personer utgjorde närmare en fjärdedel av samtliga inskrivna, se bilaga 1. Föreståndare och behandlingspersonal anger i tillsynen att samverkan med socialtjänsten i regel fungerar bra. Socialsekreterarna är ofta med vid inskrivning och även vid uppföljning och/eller förlängning av vården. I besluten till de granskade verksamheterna bedömer IVO att inskrivning sker utifrån enskildas behov och förutsättningar samt att särskilda behov hos unga personer uppmärksammas.

Unga personer och deras särskilda behov uppmärksammas

I intervjuer med föreståndare och behandlingspersonal vid HVB framhåller ett flertal att det är viktigt att matcha klienterna mot den målgrupp som är inskriven i verksamheten. Vid ett HVB anges exempelvis att de inför inskrivningen är noga med att ta reda på om klienten har ätstörningar, självskadebeteende och/eller ångestproblematik. De vill också veta mer om livsstilmönster och eventuell gäng-tillhörighet.

Vid ett annat HVB, som riktar sig mot klienter upp till 40 år, anges att de önskar att klienten kommer på studiebesök tillsammans med socialtjänsten innan placering. De har tagit fram ett frågeformulär och går igenom alla frågeställningar med socialtjänsten. Klienten intervjuas enligt samma formulär, som de menar är träffsäkert och syftar till att placeringen ska bli bra. Därefter görs en bedömning och i vissa fall även riskbedömning tillsammans med personalen. Föreståndaren fattar det slutgiltiga beslutet om klienten ska placeras och det händer att de säger nej till vissa klienter. Föreståndaren för behandlingshemmet anger exempelvis att:

När det gäller unga är det ofta fler anhöriga inblandade - föräldrar, flickvänner och små barn. Det handlar ofta om spelmissbruk också - de unga har mer sidoberoende. Vi frågar mer om livsstilen och inställningen till droger - har man t.ex. gjort upp med drogromantiken? Vi jobbar alltid lite extra med unga, ofta med en extra kontaktperson som stöd. De får mer skydd och närmare kontakt med personalen. De äldre är mer okomplicerade och ofta trötta på sitt missbruk.

Som framgår av exemplet ovan anger många intervjuade att unga personer i åldern 18-25 år är en grupp som de arbetar särskilt mycket med. Målgruppen ställer andra krav på behandlingshemmet, bl.a. när det gäller fritidsaktiviteter och aktiviteter i det dagliga livet (ADL-träning). Personalen får också arbeta mer med klienternas motivation och berätta vad behandlingen går ut på. Många upplever också att unga personer har mer psykiska problem än äldre klienter.

IVO intervjuade även några av klienterna vid de HVB som ingick i tillsynen. Eftersom IVO enbart pratade med dem som anmälde sig frivilligt inkluderades även några klienter som vid inspektionstillfället var äldre än 25 år. Överlag fick IVO ta del av mycket positiva kommentarer. Klienterna angav ofta att de fick det stöd som de behövde och att personalen lyssnade till deras behov och önskemål. IVO:s sammantagna bild är att klienter och personal vid aktuella HVB hade en förtroendefull relation där personalen var tillgänglig, lyssnade och var engagerad i klienternas tillfrisknande. De negativa synpunkter som framkom var t.ex. att ”det är jobbigt med vikarier”, ”har inget förtroende för helgpersonalen” och ”känner mig lite understimulerad”. Några framhöll också att de önskade mer hjälp med sin psykiska ohälsa. Eller som en 22-åring uttryckte det:

Jag har en planering, men jag skulle vilja ha lite mer hjälp för min psykiska ohälsa än bara drogmissbruk och våldet.

Tät kontakt mellan socialtjänst och HVB gynnar unga personer

Liksom för många andra verksamheter menar föreståndare och personal vid HVB att en god samverkan många gånger är personbunden. Det sker ofta byte av socialsekreterare vilket kan försvåra kontakten. Långvariga kontakter och en god dialog med socialtjänsten som helhet framhålls vid flera intervjuer som ett framgångsrecept för en lyckad behandling inom HVB. Två behandlare vid två olika HVB säger exempelvis att:

Samarbetet med handläggarna fungerar ofta jättebra. De är lyhörda för klientens behov, återkopplar och kommunikationen fungerar bra. De lyssnar även in vad vi tänker och tycker kring klienten samt litar på våra bedömningar. Vi försöker att vara lyhörda och hitta på lösningar tillsammans med socialtjänsten. Det är viktigt med en god dialog.

En ung kille som kom till oss fick en lång placering i samverkan med socialtjänsten. Socialtjänsten var följsam och vi hade en god kontakt, det kändes som att man satsade på den här killen. Vi fick förtroendet fullt ut. En tät och förtroendefull samverkan i hela processen är en framgångsfaktor.

Ett annat exempel på en betydelsefull och nära dialog mellan ett HVB och socialtjänst beskrivs av några intervjuade vid ett annat behandlingshem. De berättar hur de har fått till ett fungerande samarbete med utredare på vuxenheten med utsedda kontaktpersoner för de klienter som vistas på behandlingshemmet. HVB-hemmet har kontakt med socialtjänsten flera gånger i veckan genom telefon, e-post och möten. En av de ansvariga cheferna på behandlingshemmet säger bland annat att ”Så fort det är någonting så tar man kontakt med handläggaren”. De beskriver också hur ansvariga handläggare är med hela vägen under behandlingsprocessen - från inskrivning till det avslutande uppföljningsmötet.

När det handlar om samverkan med socialtjänsten är det flera som också understryker vikten av att klienterna själva har en god kontakt med socialtjänsten. Vid ett HVB, där enbart kvinnor vistas, anger en föreståndare exempelvis att ”Det är bra om handläggarna på socialtjänsten lyssnar på oss, men framförallt på kvinnan – att kvinnan är delaktig.” De ser att kvinnor som har en god kontakt med sin socialsekreterare vanligtvis har en mer framgångsrik behandling än andra kvinnor. Om kontakten inte fungerar så är det istället personalen som får stå för kontakten med socialtjänsten.

I intervjuer med klienter bekräftas att samverkan mellan klient och socialtjänst fungerar bra överlag. De allra flesta upplever att de har fått rätt typ av stöd från socialtjänsten och att de har bra kontakt med sin socialsekreterare. Någon vill dock ha en tätare kontakt och några anger att de knappt har någon kontakt alls med socialtjänsten.

Vissa svårigheter vid utslussning från HVB

I intervjuer med ledning och personal framhålls att avgörande faktorer för att unga personer ska få en positiv utveckling när de lämnar en behandling är hjälp med boende, ekonomiskt stöd samt stöd vad gäller utbildning och arbete.

Flera anger att det är just när det gäller detta stöd, i samband med utslussning från HVB, som samverkan med socialtjänsten ibland kan vara problematisk. Många upplever att socialtjänsten borde lyssna mer på behandlingshemmets bedömningar av klienters behov och inte skynda på utslussningsprocessen alltför mycket. Unga personer har extra behov och behöver mer stöd än andra och det är inte alltid som man är överens om *när* klienter ska skrivas ut. För korta behandlingstider kan både vara stressigt för klienterna och innebära att drogerna ibland inte har gått helt ur kroppen innan klienterna ska skrivas ut. Några HVB anger också att ansvarsfördelning mellan HVB och socialtjänst, i samband med utslussning från HVB, är oklar eller att socialtjänsten har olika förutsättningar att hantera t.ex. stöd på hemmaplan eller få tag på boende för unga personer.

Trots påtalade brister i samband med utslussning anger flera föreståndare och personal att det finns goda exempel där det finns en planerad utslussning och där insatserna är anpassade efter klientens behov eller att utslussningen sker successivt efter klientens behov.

Sagt av föreståndare och personal vid HVB gällande klienters utslussning

Socialtjänsten skulle behöva satsa mer på utslussning. De ligger ibland för långt fram, men utslussningen behöver ibland ta längre tid – socialtjänsten skyndar på för mycket.

Det kan uppstå problem med samverkan i utslussningsfasen - socialtjänsten vill ofta avsluta behandlingen lite för tidigt. Det är viktigt att det sociala är ordnat innan klienten skrivs ut - särskilt för gruppen unga vuxna.

Det krävs ett samarbete med handläggaren för att hitta individuella lösningar och stöd efter utskrivningen. Boende och sysselsättning är viktiga delar som vi måste ta upp tidigt i behandlingen. Många har aldrig haft ett eget boende utan har bott hemma hos föräldrarna och då får man fundera på vart klienten ska ta vägen efter behandlingen. Unga vuxna ska kanske inte flytta hem till föräldrarna och då behöver de stöd efter utskrivningen.

När det gäller unga vuxna finns extra behov efter avslutad behandling - t.ex. bra planering när det gäller skolgång och boende. De har inte så stort skyddsnet. Det är olika i olika kommuner hur öppenvård och stöd på hemmaplan fungerar.

En trygg boende är en förutsättning för ett drogfritt liv och det finns ont om lämpliga boenden. Gruppen har också behov av stöd inför det dagliga livet.

Socialtjänstens myndighetsutövning

Socialnämnden ska aktivt sörja för att enskilda personer med missbruksproblem får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån sitt missbruk.²² Av SoL framgår också att nämnden *aktivt* ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och unga när det gäller alkohol, andra berusningsmedel och/eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel.²³ I samförstånd med den enskilde ska nämnden vidare planera de insatser som behövs och därefter följa upp de insatser som ges.²⁴

Betydelsen av att kunna erbjuda unga med missbruksproblematik insatser i ett tidigt skede framhålls i prop. 1987/88:147 s.19. Där anges särskilt att unga med missbruksproblem inte får lämnas ifred i sitt missbruk. Yngre personer har i regel ännu inte fått omfattande medicinska skador av missbruket men är ofta på väg ut ur alla viktiga sociala sammahang som skola, arbetsmarknad och relationer med närstående m.fl. Om socialtjänsten intar en passiv roll mot barn, unga och unga vuxna riskerar deras sociala situation att helt raseras.

För att undersöka om nämnden arbetar aktivt för att motverka missbruk eller beroende bland målgruppen för denna tillsyn samt ser till att den får den hjälp som de behöver har IVO bland annat granskat om nämnden tar emot och bedömer anmälningar och ansökningar, om handläggningen sker tillräckligt skyndsamt, om den enskildes behov utreds i tillräcklig omfattning, om nämnden vidtar åtgärder utifrån tvångslagstiftning där det finns behov samt om besluten motsvarar den enskildes behov.

Sammanlagt genomförde IVO tillsyn av socialtjänstens myndighetsutövning i 30 kommuner. I samtliga fall granskades ärenden gällande personer 18-25 år, men vid 24 inspektioner inkluderades även ärenden som rör barn 15-18 år. IVO har ställt krav på de allra flesta nämnder, vilket innebär att de måste åtgärda de brister som IVO fann i tillsynen. De allvarligaste bristerna handlar i korthet om följande:

- 🕒 nämnderna klarar inte alltid skyndsamhetskraven när det gäller skyddsbedömningar²⁵, förhandsbedömningar²⁶ och utredningar²⁷

²² 5 kap. 9 § SoL (2001:453)

²³ 5 kap. 1 § SoL.

²⁴ 5 kap. 9 § SoL.

²⁵ När en anmälan enligt 11 kap. 1 § SoL rör barn eller unga ska socialnämnden genast göra en bedömning av om barnet eller den unge är i behov av omedelbart skydd. En sådan bedömning ska göras samma dag eller senast dagen efter om anmälan kommer in sent på dagen. Se 11 kap. 1a § SoL och prop. 2012/13:10 s 60.

²⁶ När en anmälan om oro för ett barn eller ung person inkommer till socialtjänsten görs en förhandsbedömning. Detta innebär att socialtjänsten bedömer om de behöver utreda ärendet som anmäls. Beslut att inleda eller inte inleda utredningen ska, om det inte finns synnerliga skäl, fattas inom fjorton dagar efter det att en anmälan har kommit in. Ett sådant beslut behöver dock inte fattas om det redan pågår en utredning om det barn eller den unge som anmälan avser. Se 11 kap 1a § SoL.

- ⊗ nämnderna missar att göra skyddsbedömningar
- ⊗ unga personers situation utreds inte trots att det finns skäl
- ⊗ nämnderna utreder eller dokumenterar inte alltid händelser av betydelse
- ⊗ hälften av nämnderna behöver se över hur de hanterar frågan om tvångsvård i sina utredningar
- ⊗ besluten motsvarar inte alltid den enskildes behov

Nämnderna har svårt att klara skyndsamhetskraven

Det finns stora variationer i hur nämnderna klarar av skyndsamhetskraven när det gäller skyddsbedömningar, förhandsbedömningar och utredningar. För barn och unga upp till 20 år har nämnden en skyldighet att dels göra en *omedelbar* skyddsbedömning, dels göra en förhandsbedömning inom 14 dagar (om det inte finns synnerliga skäl).²⁸ Den vanligaste bristen är att nämnderna inte gör en förhandsbedömning inom lagstadgad tidsram. Men IVO har också funnit att nämndernas skyddsbedömningar ibland görs flera dagar efter inkommen anmälan eller att de saknas. Det är särskilt vanligt att skyddsbedömningar saknas för unga 18-20 år.

Två av tre kommuner gör inte förhandsbedömningar inom 14 dagar

Tillsynen visar att 19 av 30 nämnder inte har gjort samtliga granskade förhandsbedömningar gällande barn eller unga inom det lagstadgade tidskravet om 14 dagar. Detta gäller såväl anmälningar som inte har lett till utredning som de anmälningar som har lett till utredning. Vid en nämnd tog det exempelvis närmare tre månader för nämnden att göra en förhandsbedömning som gällde en 19-åring. Vid en annan nämnd dröjde det två månader innan beslut om att inte inleda utredning fattades gällande en 18-åring. Ett ytterligare exempel gäller en nämnd där tidsgränsen om 14 dagar hade överskridits i sju av åtta granskade förhandsbedömningar gällande unga 18-20 år. Inte i något av dessa exempel framkommer skäl till dröjsmålet i nämndens dokumentation.

Även när det gäller anmälningar som rör personer *över* 20 år visar tillsynen att nämnderna brister i att skyndsamt hantera dessa anmälningar. Vid en nämnd framgår exempelvis att det i två förhandsbedömningar tog två månader innan beslut om utredning skulle inledas eller inte fattades. I den ena förhandsbedömningen angavs skälet till dröjsmålet att den unga vuxna avvikit från sjukhus (varifrån anmälan om oro kom) och att nämnden inte kunde komma i kontakt med vederbörande. I det andra fallet inleddes en utredning först efter att det inkommit ytterligare anmälningar om oro rörande den enskilde. Av nämndens dokumentation framgår inte att det funnits skäl för så lång handläggningstid.

²⁷ Socialnämnden ska utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden (11 kap. 1 § SoL).

²⁸ 11 kap. 1a SoL.

När det gäller anmälningar som rör personer över 20 år finns det ingen precisering i tillämpliga bestämmelser om hur lång tid nämnden har på sig att besluta om utredning ska inledas eller inte efter att en anmälan har inkommit. Av socialtjänstlagen framgår emellertid att socialnämnden *utan dröjsmål* ska inleda en utredning när nämnden har fått kännedom om något som kan föranleda någon åtgärd från nämndens sida.

Skyddsbedömningar görs efter lagstadgad tid eller saknas

När en anmälan om oro inkommer gällande barn eller unga ska nämnden genast göra en bedömning om denne har behov av omedelbart skydd.²⁹ Skyddsbedömningen ska göras samma dag som anmälan inkommer till nämnden, eller senast dagen efter om anmälan inkommer sent på dagen. IVO har dock i tillsynen noterat att många skyddsbedömningar tar betydligt längre tid. I drygt en tredjedel av de granskade nämnderna saknas det dessutom en eller flera skyddsbedömningar i nämndens handläggning.³⁰

Tillsynen visar att det är vanligast att nämnderna inte dokumenterar eller inte gör skyddsbedömningar för unga i åldern 18-20 år. Vid en nämnd genomfördes exempelvis inga skyddsbedömningar alls för personer i åldersgruppen. Vid en annan nämnd saknades skyddsbedömningar i två av tre granskade ärenden.

Även när det gäller barn har nämnderna i vissa fall inte gjort/inte dokumenterat skyddsbedömningar alternativt gjort den flera dagar efter att anmälan inkommit. Vid en nämnd saknades exempelvis en omedelbar skyddsbedömning som gällde en 17-åring och som nämnden genom flera inkomna anmälningar hade kännedom om. Denne hade vid ett flertal tillfällen använt narkotika, vårdats för alkoholintoxikation, utsatts för sexuella övergrepp under alkoholpåverkan samt hade ett självskadebeteende och var i kontakt med BUP. Barnet hade inte kunnat påbörja planerad behandling inom psykiatri pga. utebliven drogfrihet. Enligt vårdnadshavaren använde 17-åringen flera olika droger och hade även provat att injicera. Då vårdnadshavaren kontaktade nämnden hade barnet stulit familjens bil, åkt till sin partner, begått ett allvarligt brott och anhållits (men efter förhör släppts), misshandlats av sin partner och därefter hämtats hem av vårdnadshavaren. Nämnden gjorde ingen omedelbar skyddsbedömning, inledde vid detta tillfälle inte utredning och gjorde ingen bedömning av om skäl för beslut om tvångsvård enligt LVU förelåg.

²⁹ 11 kap. 1a § SoL.

³⁰ Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ska det av dokumentationen av en omedelbar skyddsbedömning framgå uppgifter om vilken bedömning som har gjorts av barnets eller den unges behov av omedelbart skydd, vilka faktiska omständigheter och händelser av betydelse som ligger till grund för nämndens bedömning, när bedömningen har gjorts samt namn och befattning/titel på den som har gjort bedömningen. 5 kap. 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamheter som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

Utredningar bedrivs inte alltid skyndsamt

Drygt en tredjedel av nämnderna brister vad gäller skyndsamhetskraven i en eller flera utredningar. Enligt socialtjänstlagen³¹ ska en utredning när det handlar om barn slutföras senast inom fyra månader om det inte finns särskilda skäl till att förlänga tiden. Fyra månader ska inte ses som en normal utredningstid utan snarare betraktas som en bortre gräns. Skyndsamhetskravet innebär därför inte enbart att en utredning ska vara klar inom fyra månader utan att utredningsförfarandet i sig ska ske skyndsamt. I nästintill samtliga utredningar som har granskats och där den lagstadgade tiden om fyra månader har överskridits har inga särskilda skäl angivits.

IVO fann exempelvis i ett ärende en person under 18 år där det framgår att socialtjänsten haft ett möte med barnet i början av december. Det framkom i ärendet att barnet hade blivit utskrivet från skolan och därför menade att det inte fanns någon anledning att sluta med droger. Barnet berättade att han sålde droger för att ha råd med droger själv. Efter mötet skedde inga utredningsåtgärder i ärendet förrän närmare två månader senare. I tillsynsbeslutet till nämnden framhåller IVO att det inte är att betrakta som skyndsamt att avvakta med utredningsåtgärder i två månader när så pass allvarliga uppgifter framkommer.

I en annan utredning, som också gällde en person under 18 år, pågick utredningen i drygt fem månader. Anmälan gällde barnets försämrade mående. Socialtjänsten behövde bland annat särskilja vad som berodde på psykisk ohälsa och vad som berodde på missbruk av cannabis och andra droger. Barnet beviljades insatsen urinprov ca en månad efter inledd utredning samt insatsen samtalsstöd ca tre månader efter att utredningen inletts. Det framkom inte av dokumentationen varför utredningen därefter pågick i ytterligare två månader. Det togs heller inget beslut om förlängd utredningstid.

I några fall har IVO även funnit att nämnden, med hänsyn till de enskilda omständigheterna, inte levt upp till skyndsamhetskravet i handläggningen när det gäller personer *över* 18 år. I ett ärende hade nämnden exempelvis dröjt en dryg månad med att vidta någon utredande åtgärd efter att ha inlett en utredning. I detta fall hade nämnden tagit emot flera anmälningar om att en 18-åring vid flera tillfällen varit drogpåverkad samt var misstänkt för narkotikabrott. Vid en annan nämnd hade en ung vuxen ansökt om att få komma till ett behandlingshem. Personen hade haft ett blandmissbruk sedan 12–13-årsåldern och som mest varit drogfri 2-3 månader. IVO:s granskning visar att utredningen pågick i fem månader innan den avslutades och beslut fattades. Drygt två månader efter att nämnden öppnade utredningen genomfördes ett möte, men det är utifrån dokumentationen oklart mellan vilka och vad som avhandlades. Av en journal framkommer vidare att öppenvårdssamtal genomförts vid flera tillfällen och att drogtestar som gjorts var

³¹ 11 kap. 2 § SoL.

positiva. Drygt tre månader efter påbörjad utredning genomfördes ett SIP-möte då vuxenhandläggare deltog. Syftet var att samordna insatser mellan öppenvården och vuxenpsykiatri. Vid samma nämnd finner IVO även ett annat ärende gällande en ung vuxen som också ansökt om att få komma till behandlingshem. Utredningen pågick under ett års tid och det framgår inte av dokumentationen av vilken anledning utredningen drog ut på tiden.

Socialtjänstlagen anger inte när det gäller vuxna att utredningen ska avslutas eller genomföras inom en viss tid. I förvaltningslagen (FL) anges dock att varje ärende där någon enskild är part skall handläggas så enkelt, snabbt och billigt som möjligt utan att säkerheten eftersätts.³² Bestämmelser anger inte någon exakt tid för vad som är en snabb handläggning. Men för att den enskilde inte ska behöva vänta oskäligt länge på ett beslut om stöd och hjälp måste nämnden, enligt IVO, i varje ärende bedöma hur snabbt handläggningen måste ske för att leva upp till gällande bestämmelser enligt förvaltningslagen. Vid planeringen av hur snabbt en utredning ska genomföras måste nämnden därför bedöma och ta hänsyn till omständigheterna i det aktuella ärendet, t.ex. omfattningen av missbruket samt vilka risker och konsekvenser missbruket innebär för den enskilde. Nämnden måste också väga in om och i så fall hur snabbt den enskilde måste få eventuellt stöd och behandling.

Bristande handläggning innebär en rättsosäkerhet

Förutom att nämnderna inte lever upp till skyndsamhetskraven framgår även andra allvarliga brister i handläggningen. Vid många nämnder har IVO funnit att anmälningar, som IVO anser behövde utredas, inte lett till utredning. Vidare har IVO funnit att nämnderna inte alltid utreder händelser av betydelse, att vissa utredningar framförallt bygger på gamla uppgifter samt att det förekommer bristfälliga underlag i utredningar. En annan viktig iakttagelse är att hälften av alla granskade nämnder har ett eller flera ärenden där IVO bedömt att tvångsvård enligt LVU/LVM skulle kunna vara eller har varit aktuellt i det enskilda fallet, men där nämnden antingen inte har övervägt tvångsvård eller har bedömt att tvångsvård inte varit tillämpligt. Brister av detta slag kan innebära att barn, unga och unga vuxna inte får den hjälp som de behöver för att komma tillrätta med sina allvarliga problem. Istället finns en risk att deras problem förvärras, trots att nämnden har kännedom om deras situation.

Unga personers situation utreds inte trots att det finns skäl IVO bedömer att ett flertal nämnder har brustit då de *inte* inlett utredning enligt SoL eller LVM trots att det funnits mycket oroande uppgifter i anmälningarna.³³

³² 7 § förvaltningslagen (1986:223) eller 37 § LVM. Av förarbeten till lagen framgår att dröjsmål med handläggningen kan innebära att den enskilde får vänta på beslut som är av avgörande betydelse för t.ex. den enskildes personliga förhållanden (Konstitutionsutskottets betänkande 1985/86:21 s. 9). Av 37 § LVM framgår att nämnden ska handlägga ärenden enligt LVM skyndsamt.

³³ Enligt 11 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Nämnden borde exempelvis ha inlett en utredning utifrån uppgifterna i en anmälan från socialjouren om att en 19-åring missbrukade hårt och sov i trappuppgångar efter att ha blivit utslängd hemifrån. Enligt IVO borde det ha stått klart för nämnden att den unges situation skulle kunna föranleda insatser eller åtgärder från nämndens sida. IVO anser dessutom att uppgifterna om den unge väl sammanfaller med kriterierna för vård enligt LVU.³⁴ Där framgår bland annat att vård ska beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel.

Vid en annan nämnd fann IVO tre anmälningar om missbruk som inte lett till utredning, trots att det i samtliga fall fanns uppgifter om alarmerande alkoholmissbruk eller omfattande drogmissbruk. Samtliga anmälningar hade inkommit från hälso- och sjukvården.

Fall 1: Gällde en ung vuxen som vid tiden för anmälan var inlagd på beroendecentrum. Enligt anmälan hade den unge testat okända nätdroger, hade syn- och hörselhallucinationer samt ett omfattande drogmissbruk. I nämndens kontakt med frivården framkom att den enskilde inte följt planeringen med frivården och att anställda där var oroliga för att den enskilde tagit mer droger. Nämndens motivering till att inte inleda utredning var att den unge vuxne i dagsläget *”inte uppfyllde någon av specialindikatorerna för LVM”* samt att *”den enskilde inte ville att socialtjänsten skulle inleda utredning enligt SoL”*.

IVO anser att nämnden brustit i handläggningen av ärendet, då en utredning enligt LVM borde ha inletts. Detta eftersom det av anmälan från sjukvården samt vid kontakterna med den unge vuxne och frivården framgick att det fanns tecken på att den enskilde hade ett fortgående missbruk, var i behov av vård, inte ville ha hjälp från socialtjänsten samt löpte en uppenbar risk att förstöra sitt liv. Enligt IVO:s bedömning sammanfaller dessa indikatorer väl med förutsättningarna för att inleda en utredning om tvångsvård.³⁵

Fall 2: Av anmälan från sjukvården framgick det att ett barn berättat för barn- och ungdomshabiliteringen att hen drack sig berusad på helgerna samt utsatte sig för sociala risker och hade ett självdestruktivt beteende. I samtal med den enskilde och dennes vårdnadshavare framkom att barnet ofta drack sig så pass berusad att det *”spårar ur”* och att vårdnadshavarna uttryckte oro för barnets alkoholkonsumtion. Ett test i form av ett AUDIT-formulär³⁶ hos socialnämnden indikerade också ett skadligt alkoholbruk. I förhandsbedömningen framgick att barnet skulle erbjudas social samspelsträning via barn- och ungdomshabiliteringen, men dit var det sex månaders väntetid. Socialtjänsten skulle dock försöka påskynda insatsen.

³⁴ Enligt 3 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

³⁵ Enligt 7 § LVM. Se även b 4 § LVM för när tvångsvård ska beslutas.

³⁶ AUDIT är ett instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion. Instrumentet är ursprungligen utarbetat av World Health organisation (WHO). Det har översatts och bearbetats för svenskt bruk 1994 av Hans Bergman vid Magnus Huss klinik, Karolinska sjukhuset i Stockholm.

IVO bedömer att nämnden har brustit i handläggningen av ärendet. Detta eftersom de fick klara indikationer på att den enskilde hade en alarmerande hög alkoholkonsumtion och borde ha inlett en utredning där åtgärder från nämndens sida skulle komma i fråga. Dessutom anser IVO att det är tveksamt att social samspelsträning, som i bästa fall skulle kunna komma igång efter en månad, skulle vara tillräckligt effektivt för att hjälpa barnet med sina missbruksproblem.

Fall 3: Enligt en anmälan från BUP hade ett barn både psykisk ohälsa och en alarmerande hög alkoholkonsumtion. Den enskilde hade enligt anmälan också skattat högt över gränsvärdet på AUDIT. Barnet hade kontakt med BUP som hade skickat en remiss till beroendecentrum. I samtalen med barnet och dennes vårdnadshavare framgick att det hänt att den enskilde haft minnesluckor pga. sin alkoholkonsumtion. Nämndens bedömning var att det inte fanns något skäl att inleda utredning och att BUP:s behovsprövade insatser var tillräckliga. Nämnden motiverade sitt ställningstagande med att vårdnadshavarna var medvetna om barnets festande och andra riskbeteenden samt att de var hjälpsökande, att barnet hade en pågående kontakt med BUP och framöver även skulle ha kontakt med beroendecentrum.

IVO anser att nämnden inom ramen för förhandsbedömningen inte fick tillräcklig information för ställningstagandet till att andra eller mer långtgående insatser inte krävdes. IVO menar att nämnden skulle ha inlett en utredning eftersom åtgärder från nämndens sida kunde komma i fråga.

I de två första fallen har nämnden vidare genomfört utredande åtgärder inom ramen för förhandsbedömningen genom kontakt med frivården (alltså inte bara med anmälaren och den enskilde) respektive en AUDIT-analys. IVO har därför i beslut till nämnden påtalat att en förhandsbedömning inte är en mindre utredning, utan en bedömning av om socialnämnden ska inleda en utredning eller inte.

IVO bedömer vidare att ett flertal nämnder i sina förhandsbedömningar inte tillräckligt utförligt har motiverat varför de anser att en utredning inte ska inledas. I ett flertal ärenden anges schablonmässiga bedömningar, exempelvis: *"Ingen pågående utredning inom socialtjänsten av den unge eller andra i dess nätverk"* och *"Beslut att ej inleda utredning då behov ej föreligger"*.

Nämnden utreder eller dokumenterar inte alltid tillräckligt

IVO har funnit i tillsynen att nämnden inte alltid utreder och bedömer alla de uppgifter och omständigheter som rör missbruk i de anmälningar som inkommer. I vissa fall är det svårt att följa ärendena pga. dokumentationsbrister. Utredningarna motsvarar därmed inte de krav som finns gällande dokumentation³⁷, vilket i sin tur bland annat innebär minskade möjligheter att ta tillvara erfarenheter för att anpassa

³⁷ Se t.ex. 5 kap. 9 och 10 §§ SOSFS 2014:5.

insatserna till individens behov och förutsättningar. IVO har också funnit att vissa utredningar framförallt bygger på gamla uppgifter, vilket innebär att nämnden inte i tillräckligt hög grad har tagit in aktuella uppgifter som rör enskildas situation.

Nämnden utreder inte missbrukets omfattning i tillräcklig hög utsträckning

I ett flertal utredningar har IVO funnit att nämnden inte utreder och bedömer de delar som handlar om missbruket i tillräckligt stor omfattning. Vid en nämnd avslutades exempelvis en utredning gällande en 17-åring utan att insats beviljades. I det aktuella fallet bedömer IVO att nämnden inte i tillräcklig omfattning har utrett samt tagit tillvara uppgifter om barnets situation och eventuella behov av insatser för sin missbruksproblematik. Utredningen innehåller inga uppgifter gällande omfattningen av barnets missbruk, eller om missbruket hade lett till skadeverkningar eller andra negativa konsekvenser (eller om det fanns risker för det). Detta trots att det fanns uppgifter om att barnet varit inlagd på sjukhus för avgiftning samt vistats på behandlingshem för sitt missbruk under utredningstiden.

En annan nämnd gjorde ingen bedömning av missbrukets omfattning hos en 19-åring, trots en anmälan från polis avseende narkotikainnehav, positivt urinprov på cannabis samt problematisk livssituation. Vid samma nämnd saknas i två andra utredningar flera uppgifter om missbruk som enligt IVO:s bedömning varit behövliga i ärendena. Nämnden har t.ex. inte inhämtat uppgifter om missbrukets effekter på den unges livsföring, om eventuellt bruk av andra droger/läkemedel, om andra pågående insatser och hade inte beskrivit vilka alternativa insatser som kunde vara aktuella.

Ett ytterligare exempel handlar om en utredning som rör ett barn som dricker alkohol regelbundet. Nämnden har i utredningen inte ställt frågor om missbruk som exempelvis vilken mängd och typ av alkohol det rör sig om, hur barnet påverkas fysiskt och psykiskt vid alkoholintag, eventuella incidenter i samband med alkoholkonsumtion samt om den enskilde har provat andra droger. Enligt IVO:s uppfattning har nämnden därmed inte haft tillräckligt underlag för att kunna bedöma om och i så fall på vilket sätt barnet haft behov av stöd utifrån ett missbruksperspektiv. Inte heller fanns det tillräckliga underlag gällande risk för att barnet skulle utveckla ett missbruk eller beroende.

I några fall har IVO konstaterat att nämnden inte använder sig av strukturerade bedömningsinstrument för att utreda enskildas missbruksproblematik. I dessa fall har IVO uppmärksammat nämnden på att det i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk eller beroende bland annat framgår att bedömningsinstrument som exempelvis ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) och ASI (Addiction Severity Index) bör användas för att utreda och bedöma enskildas missbruk. I ett flertal ärenden har IVO också noterat att det saknas uppgifter om

den enskildes uppfattning om sina behov av hjälp och hur dessa kan tillgodoses. Detta ska framgå av nämndens beslutsunderlag.³⁸

Väsentliga uppgifter framgår inte alltid av dokumentationen i utredningarna

Den bristande dokumentationen i vissa ärenden gör det svårt för IVO att följa handläggningen och bilda sig en uppfattning om huruvida den har följt gällande regler eller inte. I många ärenden är det exempelvis svårt att utläsa om unga personers behov har utretts tillräckligt och om bedömning med förslag till insats därmed motsvarar den enskildes behov.

Exempelvis uppvisar en nämnd brister vad gäller dokumentation i såväl löpande journaler som upprättande av beslutsunderlag. Av dokumentationsgranskningen framkom bland annat att upprättade journaler i samband med en enskilds placering var bristfälliga och att ett flertal anmälningar, varav en LVM-anmälan, hade dokumenterats i journal efter att ärendet avslutats. Vidare framkom att det i två fall, som också rörde utredning enligt LVM, inte hade upprättats något skriftligt beslutsunderlag.³⁹ I ett ärende fanns så lite dokumenterat att IVO anser att det finns skäl att ifrågasätta om underlaget var tillräckligt för att göra en bedömning.

I andra fall är det svårt att utläsa den enskildes inställning till föreslagna insatser samt hur utredning och vårdplan kommunicerats. Uppgifter om den enskildes egen uppfattning om sina behov och hur dessa kan tillgodoses ska framgå av nämndens beslutsunderlag.⁴⁰

Vissa utredningar bygger framförallt på äldre uppgifter

I ett flertal ärenden har IVO funnit att nämnden enbart byggt sina bedömningar på äldre uppgifter och på enstaka samtal med den enskilde. I ett ärende framkommer exempelvis i anmälan från vuxenpsykiatrin att en ung vuxen missbrukade alkohol och tabletter. Det framgår också att den enskilde den senaste tiden hade förlorat sitt arbete och hoppat av sina studier, vilket gjorde att vuxenpsykiatrin bedömde att missbruket lett till allvarliga konsekvenser. Nämndens egna noteringar i ärendet grundas på samtal med den enskilde och inhämtande av uppgifter från äldre utredningar. Utifrån detta gjordes bedömningen att den enskilde åtminstone hade ett riskbruk, men att det är osäkert om ett alkoholmissbruk förelåg. För att få ett underlag för en mer tillförlitlig bedömning anser IVO att nämnden borde ha tagit hjälp av de bedömningsinstrument som finns samt ha efterfrågat samtycke till att ta kontakt med de instanser som den enskilde haft kontakt med, bland annat beroendecentrum. Den enskilde beviljades ”övrigt stöd”, men vad detta innebär

³⁸ 5 kap. 10 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

³⁹ Enligt 5 kap 9 § SOSFS 2014:5.

⁴⁰ 5 kap. 10 § socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. Av samma föreskrift i 4 kap. 15-16 § § framgår bl.a. att det av dokumentationen ska framgå vilken information som har lämnats till barn och unga och vilka åsikter som har förts fram. Om barn och unga inte har fört fram sina åsikter i frågor som gäller honom eller henne ska det framgå hur den som bedriver socialtjänst har gått tillväga för att så långt som möjligt klarlägga vederbörandes inställning på annat sätt.

framgår inte närmare i nämndens beslutsunderlag mer än att den enskilde ska stöttas. Hur detta ska gå till framgår inte heller.

Av socialtjänstlagen framgår att socialnämnden utan dröjsmål ska inleda utredning av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. I prop. 1979/80:1 del A s. 562 framgår bland annat att *"utredningen syftar till att ge socialnämnden ett tillförlitligt beslutsunderlag och den ska ges den omfattningen att den kan leda till ett sakligt korrekt beslut."*

Hälften av nämnderna måste se över hur de hanterar frågan om tvångsvård. Tillsynen visar att det i hälften av nämnderna finns ett eller flera ärenden där unga personer har ett destruktivt missbruk, som de inte vill sluta med och som ger negativa konsekvenser, och där nämnden ändå inte övervägt tvångsvård eller gjort bedömningen att reglerna för tvångsvård varit tillämpliga. IVO bedömer att detta är mycket allvarligt eftersom det kan innebära att många unga personers liv, hälsa och utveckling äventyras.

I en utredning framkommer exempelvis att en 19-åring blivit omhändertagen p.g.a. berusning vid flertalet tillfällen, har ett destruktivt alkoholbruk, utsätter sig för risker vid alkoholintag och uttalar suicidhot vid berusning. Samtidigt anser sig den unge inte ha några problem med varken alkohol eller droger, vill inte sluta dricka samt uteblir från flera provtagningar på beroendemottagningen. Den unge anser sig inte heller behöva ändra på något gällande sina alkoholvanor. Nämnden gör bedömningen att tvångsvård inte är tillämpligt och utredningen avslutas utan insats med hänvisning till att den enskilde får samtalsstöd inom landstinget.

I ett annat ärende, gällande en 21-åring som hade ett fortgående blandmissbruk av alkohol och droger, avslutade nämnden en utredning enligt SoL utan åtgärd. I det aktuella fallet hade den enskilde vid två tidigare tillfällen erhållit insatser på behandlingshem för missbrukare samt varit beviljad olika insatser inom öppenvården för sitt missbruk. Vidare framkom att den enskilde hade en kontakt med vuxenpsykiatri med anledning av sitt psykiska mående men att den kontakten sannolikt inte sköttes. Den unga vuxna stod också utanför arbetsmarknaden och var aktuell för försörjningsstöd. I utredningen påtalades svårigheterna för den enskilde att ta emot insatser i öppenvården för att bryta sitt missbruk och att han behövde motiveras att ta emot behandling på ett behandlingshem. Då det inte fanns något samtycke till några insatser lämnade nämnden endast en uppmaning om att den enskilde skulle höra av sig om vederbörande ville ha hjälp och därefter avslutades utredningen utan insats.

I en LVM-utredning, som en nämnd avslutat utan att ta ställning till om förutsättningarna för tvångsvård var uppfyllda, framkommer omständigheter som tyder på att nämnden kunde varit skyldig att ansöka om tvångsvård. IVO:s bedömning är

att nämnden i ärendet bland annat inte beaktat tidigare kännedom om den enskildes situation. Den enskilde har de senaste åren genomgått flera försök till behandling i både öppen- och slutenvård. Av nämndens utredningar framgår att det är fastställt att den enskilde har ett fortgående och allvarligt missbruk av narkotika, att behovet av vård inte kunnat tillgodoses (pga. att denne inte genomfört de på frivillig väg planerade insatserna) samt att den enskilde till följd av sitt missbruk löper uppenbar risk att förstöra sitt liv. Utredningen enligt LVM avslutades en dryg vecka efter att den inleddes, bland annat med motiveringen ”För att den enskilde nu ska få möjlighet att visa att han/hon är mottaglig för en frivillig planering avslutas utredningen utan insatser”. Det saknas helt uppgifter om hur nämnden bedömer den enskildes förmåga och vilja till frivilliga insatser. Nämnden tar heller inte ställning till vilka risker den enskilde kan utsätta sig för avseende sin hälsa, att förstöra sitt liv eller att allvarligt skada sig själv eller närstående.

Utifrån ovanstående och andra exempel anser IVO att nämndernas underlåtenhet att överväga tvångsvård, tillsammans med bedömningar om att tvångsvård inte varit tillämpliga i enskilda fall, sannolikt har inneburit att ett flertal unga personer inte fått den vård och behandling som de har varit i behov av för att komma tillrätta med sitt missbruk.

Besluten motsvarar inte alltid den enskildes behov

Socialnämnden ska aktivt sörja för att en person med missbruksproblematik får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån sitt missbruk.⁴¹ IVO bedömer dock i några ärenden att enskilda inte har fått den hjälp och vård som de har varit i behov av. De beslut som nämnden har fattat har alltså inte alltid varit relevanta i förhållande till de uppgifter som framkommit av utredningarna. Av ett ärende framgår exempelvis att en ung person hade missbrukat opiater under närmare tre år och avgiftats på sjukhus. Han var rädd att återfalla i sitt missbruk om han var tvungen att återvända till hemkommunen där de drogberoende vännerna fanns kvar. Han ville därför stanna på behandlingshemmet där han vistats under utredningstiden om två månader. De insatser som nämnden erbjöd handlade om att den unge skulle återvända till kommunens utslussningsboende samt erbjudas samtalsstöd inom öppenvården för att kunna avhålla sig från sitt missbruk. I detta fall anser IVO att nämnden undervärderat de allvarliga uppgifter som framkommit om den enskildes missbruk och dennes önskan om att vara kvar på behandlingshemmet. Istället avslutas utredningen utan insats. IVO bedömer att beslutet innebär att den unge inte har fått den hjälp och den vård som denne varit i behov av för att komma tillrätta med sitt missbruk.

IVO har också noterat att vissa nämnder inte kan erbjuda personer med missbruk individuella och behovsanpassade insatser av god kvalitet. I en kommun fram-

⁴¹ 5 kap. 9 § SoL.

kommer t.ex. att det saknas en sammanhängande vårdkedja och att öppenvårdsinsatser till personer med missbruksproblematik inte kan erbjudas.

Enligt socialtjänstlagen⁴² ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet och för utförandet ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Vidare ska nämnden aktivt sörja för att den enskilde med missbruksproblematik får den hjälp och vård som de behöver samt planera och noga bevaka att planen fullföljs.

⁴² Se 3 kap. 3 §, 5 kap. 9 § och 3 kap 6a § SoL.

Bilaga 1: Tillvägagångssätt

Syftet med rapporten är att, utifrån tillsynens iakttagelser, ge en bild av om unga personer får den hjälp de behöver inom missbruks- och beroendevården. I samtliga tillsyner har IVO granskat verksamheterna när det gäller åldersgruppen 18-25 år, men i 24 tillsyner, som rör socialtjänstens myndighetsutövning, ingår även barn i åldern 15 till och med 18 år.

I rapporten anges unga personer ibland som "barn", ibland som "unga" och ibland som "unga vuxna". Lagstiftaren gör i många fall skillnad på åldersgrupperna och därför bestämdes att IVO i rapporten gör följande definitioner för respektive åldersgrupp: barn = 15-18 år, unga = 18 till och med 20 år (som inte fyllt 21) och unga vuxna = 21-25 år.

I arbetet med rapporten ligger följande frågeställningar till grund för analysen:

- ⊕ Hur fungerar samverkan när det finns behov av betydande insatser från både kommun och hälso- och sjukvård för personer i åldern 18-25 år?
- ⊕ Hur fungerar socialtjänstens myndighetsutövning för åldersgruppen 15-25 år som har missbruks eller beroendeproblem?
- ⊕ Hur fungerar samverkan mellan socialtjänsten och HVB när det gäller åldersgruppen 18-25 år?

Tillsynens upplägg

Sammanlagt genomfördes 64 tillsyner inom missbruks- och beroendevården under 2016. Som nämnts ovan var fokus för samtliga tillsyner unga och unga vuxna i åldern 18-25 år, men vid 24 tillsyner inkluderades även barn mellan 15 och 18 år. Tillsynen berörde dels *samverkan mellan olika verksamheter*, dels *socialtjänstens myndighetsutövning*. För att kunna täcka dessa två viktiga områden inom ramen för projektet har huvudsakligt tillsynsfokus varierat mellan avdelningarna.

- ⊕ Avdelning nord (Umeå) och Avdelning mitt (Örebro) genomförde sammanlagt 30 tillsyner av socialtjänstens myndighetsutövning.
- ⊕ Avdelning öst (Stockholm) och Avdelning sydväst (Göteborg) genomförde sammanlagt 24 tillsyner av samverkan mellan socialtjänst, vuxenpsykiatri och beroendevård.
- ⊕ Avdelning sydöst (Jönköping) genomförde totalt 10 tillsyner av HVB där inskrivningsprocesser och samverkan med socialtjänsten avseende unga och unga vuxna har varit i fokus.

Även om tillsynsfokus har varierat mellan avdelningarna ställdes vid *varje* tillsyn tre likadana frågor om samverkan till de verksamheter som granskades. Detta

innebär att samverkan har diskuterats med samtliga 64 verksamheter. Dessa frågor gällde såväl intern som extern samverkan.

- 1. Kan ni ge exempel på områden i er verksamhet där samverkan har fungerat tillfredsställande vad gäller missbruks- och beroendevården för personer mellan 18 och 25 år?*
- 2. Vilka önskemål har ni i er verksamhet gällande samverkan med externa aktörer vad gäller missbruks- och beroendevården för personer mellan 18 och 25 år?*
- 3. Vilka problemområden med samverkan ser ni i er verksamhet vad gäller missbruks- och beroendevården för personer mellan 18 och 25 år?*

Utöver dessa frågor har vissa avdelningar – särskilt i de som har granskat samverkan mellan verksamheterna – även ställt andra frågor om samverkan i tillsynen. De har övergripande handlat om vilka andra aktörer inom missbruks- och beroendevården verksamheterna samverkar med, hur verksamheternas ledningssystem (inklusive rutiner) inkluderar samverkan, vilka regionala och lokala överenskommelser för samverkan som finns samt hur verksamheterna hanterar individuella planer för klienter och patienter (SIP).

När det gäller tillsyn av socialtjänstens myndighetsövning har IVO granskat verksamheternas förhandsbedömningar och utredningar som rör målgruppen. Vid en avdelning inkluderades även barn mellan 15 och 18 år i akt-granskningen. Granskningen innefattade framförallt hur nämnden tar emot och bedömer anmälningar och ansökningar, om handläggningen sker tillräckligt skyndsamt, om den enskildes behov utreds i tillräcklig omfattning, om nämnden vidtar åtgärder utifrån tvångslagstiftning där det finns behov samt om besluten motsvarar den enskildes behov. Antalet granskade handlingar varierar i tillsynen, men i regel har mellan 5 och 10 förhandsbedömningar respektive 5-10 utredningar granskats i varje verksamhet. I några fall blev det färre pga. att nämnden inte hade fler ärenden.

Vid inspektionerna på HVB fokuserade IVO på hanteringen av unga och unga vuxna när det gäller in- och utskrivningsprocesser samt hur HVB-verksamheterna upplever samverkan med socialtjänsten. Samtliga HVB hade haft minst en person i åldern 18-25 år inskriven under de senaste sex månaderna vid inspektionstillfället. Sammanlagt hade behandlingshemmen haft 286 personer inskrivna under de senaste sex månaderna vid inspektionstillfället. Av dessa var 228 män och 58 kvinnor. Unga och unga vuxna i den totala gruppen var 67 personer, vilket motsvarar 23 procent av de som är eller har varit inskrivna.

Inga enkäter har skickats till brukare i denna tillsyn. Detta eftersom tidigare erfarenhet av enkäter till personer med missbruks- eller beroendeproblem är att svarsfrekvensen ofta blir relativt låg. Däremot har IVO, inför arbetet med denna

rapport, genomfört samtal om missbruks- och beroendevården med brukar- och intresseorganisationerna Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) samt Föräldraföreningen mot Narkotika (FMN). Vidare genomfördes intervjuer med några av de som vid inspektionstillfället var inskrivna vid HVB.

En viktig del av tillsynen har varit *dialogen* med kommuner och landsting. Vad fungerar bra och vad kan bli bättre? Även *efter* genomförd tillsyn och när beslut till verksamheterna har fattats har IVO i vissa regioner samlat granskade verksamheter för dialog och återkoppling av tillsynens resultat. Vid ett sådant tillfälle bjöds även Socialstyrelsen in för att informera om sitt arbete med att kartlägga vårdlandskapet och två socialsekreterare som informerade om sitt arbete med gruppen unga vuxna i deras stadsdel.

När det gäller urvalet finns det flera anledningar till att IVO under 2016 har valt att granska de verksamheter som framgår av bilaga 2. Det kan t.ex. handla om att IVO har fått in många enskilda klagomål, lex Maria eller lex Sarah som rör en verksamhet och därför valt att granska verksamheten närmare. Tillsynen kan också vara ett resultat av ett enskilt ärende som IVO har betraktat som särskilt allvarligt och därför bestämt sig för att tillsyna verksamheten. Det kan också handla om att IVO vill följa upp tidigare tillsyn av vissa verksamheter eller att ingen tillsyn av verksamheten genomförts under en lång tid, vilket motiverat IVO att genomföra en inspektion.

Källor för rapport

Vid framtagandet av rapporten har följande källor använts:

- ⊕ Beslut till 64 verksamheter efter tillsyn
- ⊕ Protokoll som inkluderar intervjuer med ledning och personal i tillsynade verksamheter
- ⊕ Intervjuer med en brukarorganisation och en intresseorganisation.
- ⊕ IVO:s tidigare rapporter/sammanställningar av tillsyn samt andra myndighets- och forskningsrapporter.

Bilaga 2: Tillsynade verksamheter

Tabell 1: Översikt av samtliga tillsynade verksamhetsområden utifrån avdelning inom IVO samt kommuntillhörighet.

Avdelning inom IVO	Kommun	Verksamhet
Nord	Haparanda	Socialtjänst
Nord	Bräcke	Socialtjänst
Nord	Ånge	Socialtjänst
Nord	Sorsele	Socialtjänst
Nord	Umeå	Socialtjänst
Nord	Jokkmokk	Socialtjänst
Mitt	Knivsta	Socialtjänst
Mitt	Katrineholm	Socialtjänst
Mitt	Laxå	Socialtjänst
Mitt	Kumla	Socialtjänst
Mitt	Hällefors	Socialtjänst
Mitt	Askersund	Socialtjänst
Mitt	Skinnskatteberg	Socialtjänst
Mitt	Köping	Socialtjänst
Mitt	Hofors	Socialtjänst
Mitt	Hudiksvall	Socialtjänst
Mitt	Sandviken	Socialtjänst
Mitt	Gagnef	Socialtjänst
Mitt	Orsa	Socialtjänst
Mitt	Heby	Socialtjänst
Mitt	Grums	Socialtjänst
Mitt	Rättvik	Socialtjänst
Mitt	Älvdalen	Socialtjänst
Mitt	Säter	Socialtjänst
Mitt	Hedemora	Socialtjänst
Mitt	Årjäng	Socialtjänst
Mitt	Tierp	Socialtjänst
Mitt	Avesta	Socialtjänst
Mitt	Ludvika	Socialtjänst
Mitt	Vansbro	Socialtjänst
Sydväst	Ale	Socialtjänst
Sydväst	Tjörn	Socialtjänst
Sydväst	Halmstad	Socialtjänst
Sydväst	Kungsbacka	Socialtjänst

Sydväst	Falköping	Socialtjänst
Sydväst	Skövde	Socialtjänst
Sydväst	Lerum	Socialtjänst
Sydväst	Borås	Socialtjänst
Sydväst	Trollhättan	Socialtjänst
Sydväst	Åmål	Socialtjänst
Sydväst	Askim/Frösönda/-Högsbo	Socialtjänst
Sydväst	Öckerö	Socialtjänst
Sydväst	Kungälv	Hälso- och sjukvård
Sydväst	Halmstad	Hälso- och sjukvård
Sydväst	Skövde	Hälso- och sjukvård
Sydväst	Göteborg	Hälso- och sjukvård
Sydväst	Borås	Hälso- och sjukvård
Sydväst	Åmål	Hälso- och sjukvård
Öst	Stockholm (Team Sydväst)	Hälso- och sjukvård
Öst	Täby-Danderyd - Vaxholm	Hälso- och sjukvård
Öst	Vaxholms stad	Socialtjänst
Öst	Täby kommun	Socialtjänst
Öst	Älvsjö Stadsdelsnämnd	Socialtjänst
Öst	Skärholmen stadsdelsnämnd	Socialtjänst
Sydöst	Nässjö	HVB
Sydöst	Bodafors	HVB
Sydöst	Kalmar	HVB
Sydöst	Målilla	HVB
Sydöst	Mantorp	HVB
Sydöst	Linköping	HVB
Sydöst	Linköping	HVB
Sydöst	Norrköping	HVB
Sydöst	Norrköping	HVB
Sydöst	Norrköping	HVB

Unga personer inom missbruks- och beroendevården
Nationell tillsyn av samverkan mellan olika aktörer samt socialtjänstens myndighetsutövning
Artikelnr: IVO 2017-7
Utgiven www.ivo.se, februari 2017

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Box 45184, 104 30 Stockholm
Telefon: 010-788 50 00
registrator@ivo.se
www.ivo.se

