

# Kartläggning av LVM-vården i Gävleborgs län

**Kaj Gustafsson**



# Kartläggning av LVM-vården i Gävleborgs län

**Kaj Gustafsson**

**Arbetsrapport 2017:5**  
**FoU Välfärd – Region Gävleborg**  
Layout: Gunilla Bloom Lundqvist

# Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING.....	3
INLEDNING.....	4
Begrepp.....	4
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	5
Avgränsningar.....	5
METOD.....	6
Kartläggningens genomförande.....	6
Granskning och komplettering.....	6
Övrig datainsamling.....	6
Kartläggningens tillförlitlighet.....	6
LVM SOM VERKTYG OCH VÅRDFORM.....	9
LVM-vårdens utformning och intentioner.....	9
REDOVISNING AV KARTLÄGGNINGENS RESULTAT.....	11
LVM-vårdens utveckling på nationell nivå.....	11
LVM-vårdens utveckling i Gävleborgs län.....	12
LVM-vården i Gävleborgs län i jämförelse med riket och andra län.....	12
LVM-vårdens utveckling i Gävleborgs län bland yngre personer.....	13
Fördelningen av män och kvinnor som vårdats enligt LVM i Gävleborgs län.....	14
LVM-vården i de enskilda kommunerna.....	14
ANALYS.....	19
Hur har LVM-vården utvecklats i Gävleborgs län i jämförelse med riket och andra län?.....	19
Varför vårdas fler enligt LVM i Gävleborg än exempelvis Dalarna?.....	19
Hur ser utvecklingen av yngre personer som vårdats enligt LVM ut över tid i Gävleborgs län?.....	22
Finns det lokala variationer gällande LVM-vården i Gävleborgs län?.....	23
Spridningen av LVM-vårdade personer i åldern 18–25 år över kommunerna.....	23
26–30 åringarnas förekomst i kommunernas LVM-vård.....	23
Könsfördelningen totalt sett bland de LVM-vårdade.....	23
AVSLUTANDE DISKUSSION OCH FRAMÅTBlickAR.....	24
Hur kan utvecklingsarbetet kring LVM ägas och organiseras?.....	27
Slutord.....	28
REFERENSER.....	29

## Inledning

Under hösten 2017 fick FoU Välfärd uppdraget av länets socialchefer<sup>1</sup> att kartlägga hur vården enligt Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) utvecklats i Gävleborgs län över tid. Upprinnelsen var en upplevelse att antalet unga personer som vårdats enligt LVM i Gävleborgs län ökat under senare år.

Socialstyrelsen tillhandahåller via sin statistikdatabas<sup>2</sup> uppgifter om frekvensen av olika vård och behandlingsinsatser inom den kommunala missbruks- och beroendevården, exempelvis öppenvård, frivillig institutionsplacering och vård enligt LVM. Statistiken kring LVM-vården innehåller dock endast uppgifter kring antalet personer som avslutat LVM-vård på länsnivå. Det går alltså inte att se hur LVM-vården utvecklats i enskilda kommuner eller de vårdades ålder och kön. Det är också motivet till att genomföra en kommunvis datainsamling kring LVM-vårdens utveckling i Gävleborgs län.

I denna rapport presenteras resultatet av kartläggningen som genomfördes under hösten 2017. Kartläggningen på kommunnivå omfattar åren 2012–2016. Som komplement används statistik från Socialstyrelsens databas kring LVM-vården utveckling nationellt och länsvis under åren 2000–2016.

Förhoppningen är att kartläggningens resultat och analyser ska kunna vara användbara i den fortsatta utvecklingen av missbruks- och beroendevården i Gävleborgs län.

### Begrepp

I rapporten används begreppet *avslutat vård enligt LVM*. Med detta avses personer som inlett och avslutat vård enligt LVM. Begreppet utgör även sökkriteriet i socialstyrelsens statistikdatabas samt kommunernas verksamhetssystem för att identifiera personer som varit föremål för sådan vård. Att individen avslutat vård enligt LVM innebär en avgränsning mot personer som varit föremål för ansökan om LVM-vård eller omedelbart omhändertagande, där vården inte fasställt av Förvaltningsrätten. I rapporten används ibland termerna *vårdade enligt LVM*, *LVM-vårdade* eller endast *vårdade* synonymt med det förstnämnda begreppet.

---

<sup>1</sup> Uppdragets förmedlades via FoU-rådet som utgörs av representanter för länets socialchefer.

<sup>2</sup> Se <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/vuxnamedmissbrukochberoende>.

## Syfte och frågeställningar

Syftet med kartläggningen är att undersöka hur LVM-vården i Gävleborgs län utvecklats över tid. Kartläggningen har inriktningen att ta fram ett kunskapsunderlag till det fortsatta arbetet med att utveckla missbruks- och beroendevården i länet. De underliggande frågeställningarna är:

- Hur har LVM-vården utvecklats i Gävleborgs län i jämförelse med riket och andra län?
- Hur ser fördelningen av yngre personer som vårdats enligt LVM ut över tid i Gävleborgs län?
- Hur är fördelningen av män och kvinnor bland de som vårdats enligt LVM i Gävleborgs län?
- Finns det lokala variationer gällande LVM-vården i Gävleborgs län?

### Avgränsningar

Kartläggningen är inriktad på att identifiera antalet män och kvinnor i olika åldergrupper som vårdats enligt LVM i Gävleborgs län under åren 2012–2016. Uppgifter kring vårdens utförande och resultat inryms inte i kartläggningens datainsamling.

## Metod

### Kartläggningens genomförande

Som förberedande och förankrande aktivitet skickades det ut information om kartläggningen till socialchefer och verksamhetschefer inom individ- och familjeomsorgen. Likaså till enhetschefer med ansvar för myndighetsutövning inom vuxenenheter eller motsvarande i länets tio kommuner. I detta utskick eftersöktes kontaktpersoner från varje kommun som kunde vara behjälpliga under datainsamlingen.

I nästa steg konstruerades två typer av kartlägningsformulär anpassade för sökningar i de förekommande verksamhetssystemen Treserva och Procapita. Dessa formulär testades sedan i två pilotkommuner.

Under hösten 2017 skickades kartlägningsformulär ut till övriga åtta kommuner där antalet personer som avslutat vård enligt LVM under åren 2012–2016 efterfrågades. Formuläret innehöll instruktioner för hur sökningarna skulle göras samt en lathund med vilka årsintervall som var aktuella för att identifiera personer i åldern 18–25 samt 26–30 år. I kartlägningsformuläret efterfrågades det antal personer som avslutat vård enligt LVM respektive år uppdelat på följande kategorier:

- Män respektive kvinnor i åldern 18–25 år,
- Män respektive kvinnor i åldern 26–30 år,
- Totalt antal män och kvinnor oavsett ålder.

Det var huvudsakligen systemförvaltare, samt i två kommuner enhetschefer, som gjorde sökningarna, överförde uppgifterna till formulären och mailade dem till utredaren.

### Granskning och komplettering

Efter granskning av de insända kartlägningsformulären begärdes kompletteringar från några kommuner som lämnat bristfälliga uppgifter.

### Övrig datainsamling

Utöver den regionala kartläggningen har statistik kring LVM-vård, öppenvård samt frivillig institutionsvård för personer med missbruks- och beroendeproblematik inhämtats via Socialstyrelsens databas.<sup>3</sup>

### Kartläggningens tillförlitlighet

Kartläggningen bygger på att kontaktpersoner i kommunerna gjort manuella sökningar i sina verksamhetssystem. Detta innebär att tillförlitligheten är beroende av att sökningarna gjorts på ett korrekt sätt och att rätt information angivits i kartlägningsformulären. Det gavs tydliga instruktioner för hur sökningarna skulle göras tillsammans med lathund för att identifiera olika åldersgrupper. De som utförde sökningarna var personer med vana att arbeta i verksamhetssystemen. Dessa två faktorer talar för att de data som insamlats stämmer väl med det som registrerats i kommunernas verksamhetssystem.

---

<sup>3</sup> Se <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/vuxnamedmissbrukochberoende>.



Socialstyrelsen databas tillhandahåller som tidigare nämnts uppgifter kring antalet personer utskrivna från LVM-vård på länsnivå. Statistiken bygger på uppgifter som lämnas av Statens institutionsstyrelse (SiS). Inrapporteringen till Socialstyrelsen görs<sup>4</sup> i samband med att vård avslutas för en individ vid någon av SIS institutioner. Rapporteringen är kopplad till SIS fakturering av vårdkostnader, vilket kan antas borga för statistikens tillförlitlighet.<sup>5</sup>

Jämförs socialstyrelsens statistik med kartläggningens resultat finns vissa differenser där socialstyrelsen redovisar fler personer utskrivna från LVM-vård under åren 2015 samt 2016 respektive färre under åren 2012–2014 i enlighet med nedanstående diagram.

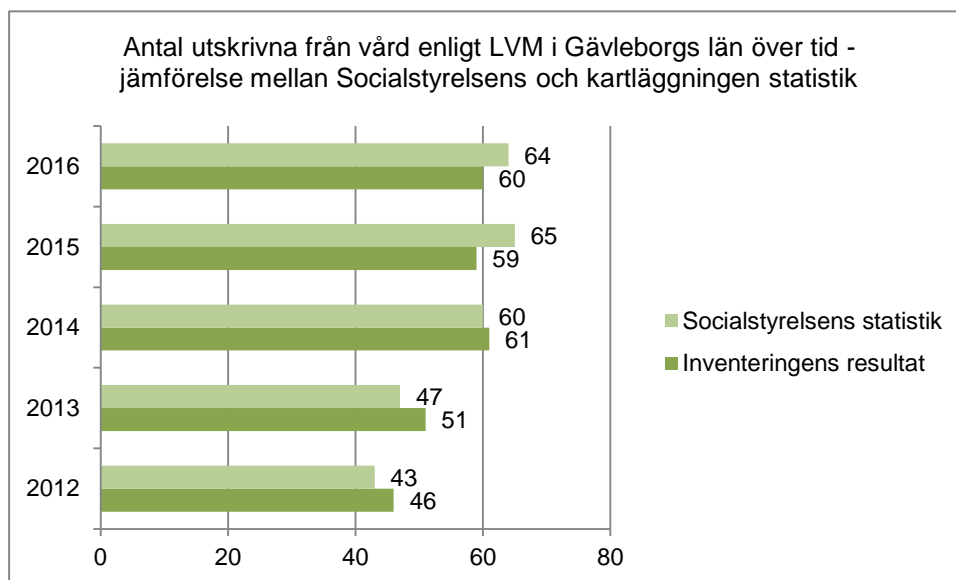


Diagram 1. Jämförelse mellan socialstyrelsens och kartläggningens statistik kring personer vårdade enligt LVM i Gävleborgs län.

Källa: Socialstyrelsen samt FoU Välfärds regionala kartläggning.

En tänkbar förklaring till att resultatet av den regionala kartläggningen visar fler personer utskrivna från LVM-vård under åren 2012–2014 än socialstyrelsens statistik, kan vara att socialtjänsten avslutat LVM-vården i ett tidigt skede innan den aktuella personen hunnit placeras på en SiS-institution.<sup>6</sup> I en sådan situation inkluderas den enskilde inte i Socialstyrelsens statistik som bygger på data från SiS. Ett sådant scenario skulle kunna uppstå enligt följande process:

1. Förvaltningsrätten fattar beslut om LVM vård.
2. Socialtjänsten är i färd med transportera brukaren till en SIS-institution.
3. Den enskilde samtycker till frivillig vård innan placering vid SiS-institution hunnit genomföras.
4. Socialtjänsten registrerar avslutad LVM vård i sitt verksamhetssystem.

Under åren 2015–2016 redovisar Socialstyrelsen fler personer som avslutat LVM-vård än den regionala kartläggningen. Förklaringen till detta kan vara att kommunerna inte registrerat av-

<sup>4</sup> Rapporteringen till Socialstyrelsen sker via SIS klientadministrativa system (KIA).

<sup>5</sup> Denna bedömning görs av Barbro Engdahl och Daniel Svensson, ansvariga vid Socialstyrelsen för statistik kring LVM-vård.

<sup>6</sup> Som tidigare beskrivit baseras Socialstyrelsens statistik på uppgifter från SIS som lämnas i samband med avslutad vård.

slutad LVM-vård i verksamhetssystemet, dvs. helt enkelt glömt att göra det då det inte finns någon ”plingfunktion” som tvingar till en sådan aktivitet.

**KOMMENTAR:** Då differenserna mellan Socialstyrelsens och den regionala kartläggningen statistik är relativt små, bedöms de inte påverka analyserna av LVM-vårdens utveckling i Gävleborgs län på något nämnvärt sätt. I redovisningen av LVM-vårdens nationella utveckling samt jämförelser mellan län används Socialstyrelsens statistik. Analyser av hur vården fördelar sig över män, kvinnor samt olika åldergrupper baseras på den regionala kartläggningen.

## LVM som verktyg och vårdform

När en person som fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk men inte samtycker till frivillig vård, är socialnämnden i kommunen där personen bor eller vistas skyldig att ansöka om vård enligt Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). I 4 § LVM anges att tvångsvård ska beslutas om:

Vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller på något annat sätt, och han eller hon till följd av missbruket:

- a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
- b) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
- c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Vård enligt LVM kan inledas på två olika sätt.

1. Antingen genom att socialnämnden ansöker om sådan vård för den enskilde hos förvaltningsrätten.
2. Eller genom att socialnämnden<sup>7</sup> fattar beslut enligt LVM 13 § om ett omedelbart omhändertagande. Förutsättningen är sannolikheten att personen kan beredas vård enligt LVM, och att förvaltningsrättens beslut inte kan avvaktas av hänsyn till individens liv och hälsa. Det omedelbara omhändertagandet måste underställas förvaltningsrätten som granskar det och fattar beslut om fastställande eller upphörande av vården inom några dagar. Om vården enligt LVM ska fortsätta krävs att socialnämnden gör en ordinarie ansökan till förvaltningsrätten inom en vecka efter fastställandet av det omedelbara omhändertagandet.

### LVM-vårdens utformning och intentioner

Nationellt sett placeras omkring 1 000 kvinnor och män varje år på något av SiS LVM-hem. Många av dem befinner sig i allvarliga och ofta livshotande tillstånd när de inleder LVM-vården. Noteras kan att fyra av fem omhändertaganden sker omedelbart. Syftet med LVM-vården är att den ska utgöra en kort insats i en längre vårdkedja. Intentionen är att avbryta ett aktivt och livshotande missbruk, inleda behandling och motivera den enskilde för vård på längre sikt under frivilliga former. Tvångsvård med stöd av LVM kan pågå i högst sex månader och inleds i låsbara former på någon av SiS 11 institutioner för LVM-vård.

I LVM 27 § anges att LVM-hemmet i samverkan med socialtjänsten ska erbjuda klienten möjlighet att vårdas utanför LVM-hemmet så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, så kallad *vård i annan form*. Vid vård utanför SiS-institutionen omfattas klienten fortfarande av LVM men kan till exempel vistas på ett öppet behandlingshem eller i sitt hem kombinerat med öppenvårdsinsatser. Om den vårdade avviker eller återfaller i missbruk kan denne återföras till LVM-hemmet.

---

<sup>7</sup> Om socialnämndens beslut om omhändertagande inte kan avvaktas, får beslut om omhändertagande fattas av nämndens ordförande eller någon annan ledamot, som nämnden har förordnat. Beslutet skall anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

Personer som vårdas enligt LVM har ofta omfattande problematik och behov inom flera livsområden. För att planera insatserna på bästa sätt blir alla klienter erbjudna att genomgå en utredning vid SiS-institutionen. Utredningen innebär att ett utredningsteam kartlägger den enskildes problematik i form av missbruk och eventuell kriminalitet, men också sociala, psykiska och medicinska förhållanden, som underlag för den framtida vårdplaneringen.

Vid vård enligt LVM-vården är det av stor betydelse att det utvecklas ett nära samarbete mellan LVM-hemmet och socialtjänsten på den enskildes hemort. Utan fortsatta insatser på hemmaplan från socialtjänst, hälso- och sjukvård, missbruksvård i kombination med planering kring sysselsättning och bostad, är det svårt för den enskilde att vidmakthålla nykterheten som uppstått under LVM-vården.

## Redovisning av kartläggningens resultat

Det här kapitlet inleds med att redovisa den nationella utvecklingen av LVM-vården och en jämförelse mellan olika län. Därefter skiftas till fokus på Gävleborgs län och kartläggningens frågeställningar kring ålders- och könsfördelningen bland de som tvångsvårdats.

### LVM-vårdens utveckling på nationell nivå

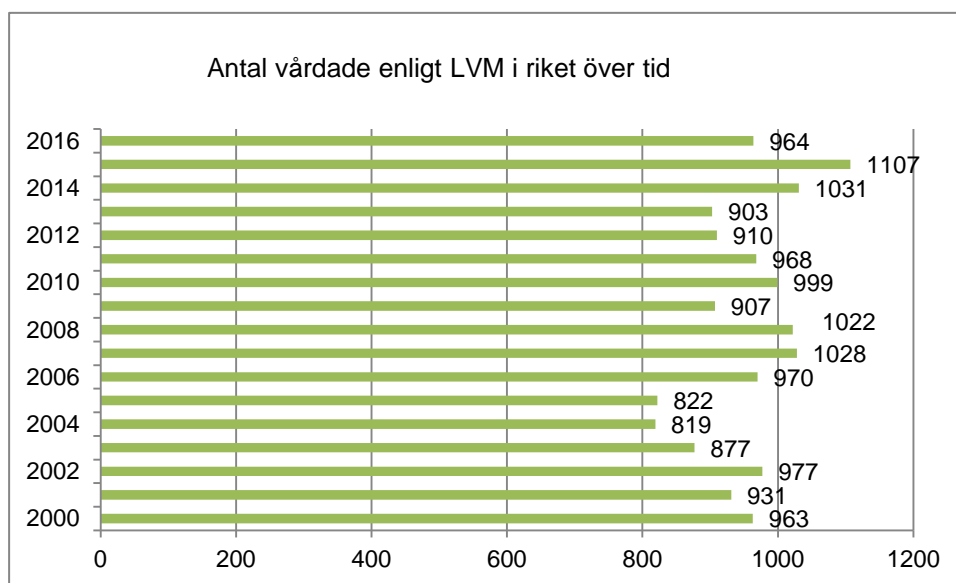


Diagram 2. LVM-vården i riket över tid. Källa: Socialstyrelsen.

Antalet personer som vårdats enligt LVM böljar upp och ned relativt mycket under tidsperioden med toppar 2007, 2008 samt 2015. Som mest är det 1107 personer (2015) och som minst 822 (2005) som vårdats. Intressant att notera är att antalet LVM-vårdade sjönk relativt mycket (143 personer) mellan åren 2015–2016. Återstår att se om den nedåtgående trenden håller i sig i statistiken för 2017.

## LVM-vårdens utveckling i Gävleborgs län

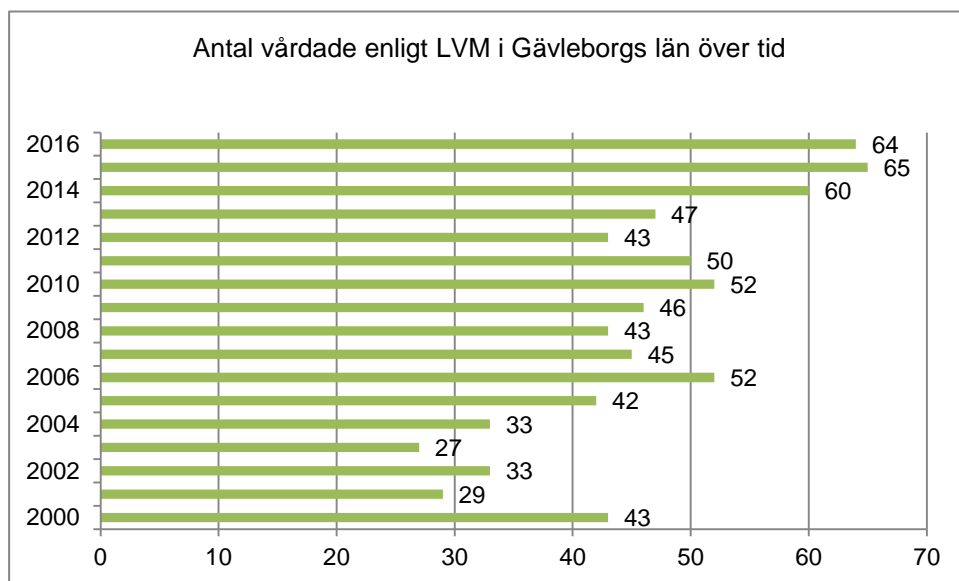


Diagram 3. Antal vårdade enligt LVM över tid i Gävleborgs län. Källa: Socialstyrelsen.

Antalet vårdade enligt LVM i Gävleborgs län var som lägst under 2003 (27 personer) för att därefter med vissa svackor ungefär vartannat år öka kontinuerligt fram till toppnoteringarna under 2015 (65 personer) och 2016 (64 personer). I jämförelse med den nationella trenden beskriver LVM-vården i Gävleborg en mer stabil ökning av antalet vårdade sedan början av 2000-talet. Den nationella nedgången om 13 procent färre personer i LVM-vård mellan åren 2015–2016, förekommer heller inte. Det skulle för Gävleborgs del ha inneburit en minskning med 8 personer i stället för 1.

## LVM-vården i Gävleborgs län i jämförelse med riket och andra län

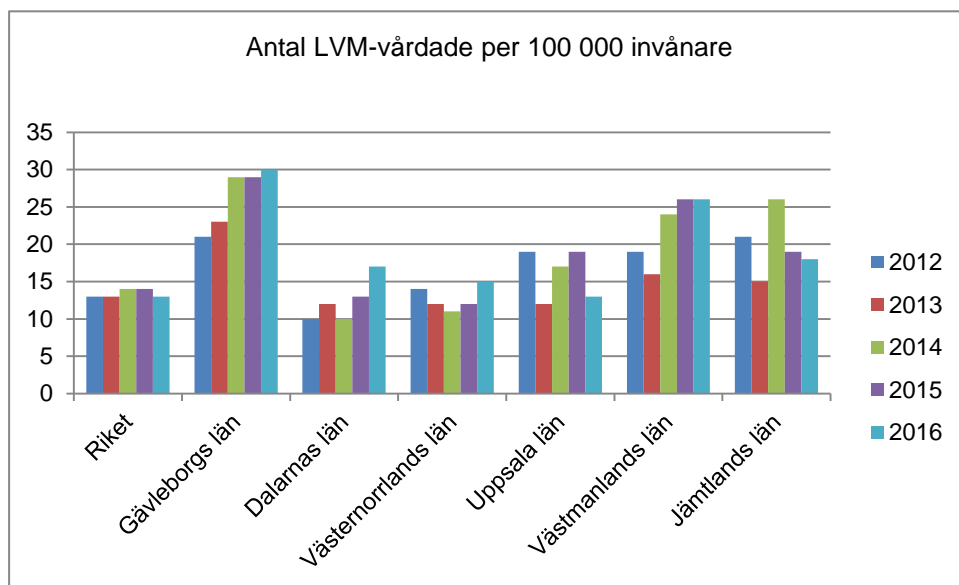


Diagram 4. Jämförelse av antal vårdade enligt LVM per 100 000 invånare i riket, Gävleborg och angränsande län. Källa Socialstyrelsen.

Gävleborgs län uppvisar i särklass högst antal LVM-vårdade per 100 000 invånare i jämförelse med de angränsande länen. I Gävleborg är det årligen runt 30 personer/100 000 invånare som vårdas enligt LVM, medan det i Dalarna, Västernorrland, Uppsala län och riket handlar om ca 15 personer per 100 000 invånare varje år. Jämtland intar en mellanposition med i snitt ca 20 personer. Västmanland är det län som har näst högst vårdfrekvens av de jämförda länen med ca 25 personer/100 000 invånare.

## LVM-vårdens utveckling i Gävleborgs län bland yngre personer

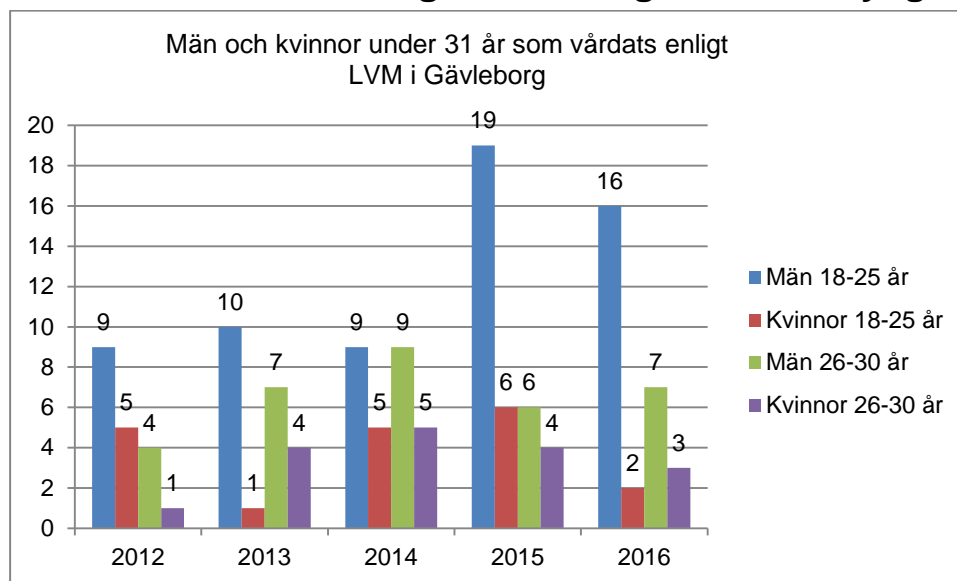


Diagram 5. LVM-vården bland yngre personer i Gävleborg.

Källa: FoU Välfärds regionala kartläggning.

Diagrammet visar en trend där antalet män mellan 18–25 år som vårdats enligt LVM ökat markant sedan 2014. Från att ha varit runt 10 personer/år ökade antalet till en högsta notering om 19 personer 2015. Under 2016 sjönk antalet något till 16 personer.

Bland kvinnor i åldern 18–25 år ligger antalet LVM-vårdade på en stabilare nivå under tidsperioden med 5 till 6 personer/år förutom 2013 och 2016, då det endast var 1 respektive 2 kvinnor i denna åldersgrupp.

Antalet LVM-vårdade män och kvinnor i åldern 26–30 år uppvisar inga markanta förändringar under tidsperioden.

Tabell 1. Antal och andel yngre personer som vårdats enligt LVM i Gävleborg.

Källa: Regional kartläggning av FoU Välfärd.

	2012	2013	2014	2015	2016
Totalt antal LVM-vårdade personer	46	51	61	59	60
Varav personer 18–25 år	14 (30 %)	11 (22 %)	14 (23 %)	25 (42 %)	18 (30 %)
Varav personer 26–30 år	5 (11 %)	11 (22 %)	14 (23 %)	10 (17 %)	10 (17 %)
Antal/andel personer under 31 år	19 (41 %)	22 (43 %)	28 (46 %)	35 (60 %)	28 (47 %)

Tabellen visar att andelen personer mellan 18–25 år som vårdats enligt LVM är runt 20–30 procent med undantag av året 2015 då det var över 40 procent. Gruppen 26–30 år utgör under senare år runt 20 procent av de vårdade. Sammantaget under åren 2012–2016 är nästan hälften av de som vårdats enligt LVM i Gävleborg under 31 år.

## Fördelningen av män och kvinnor som vårdats enligt LVM i Gävleborgs län

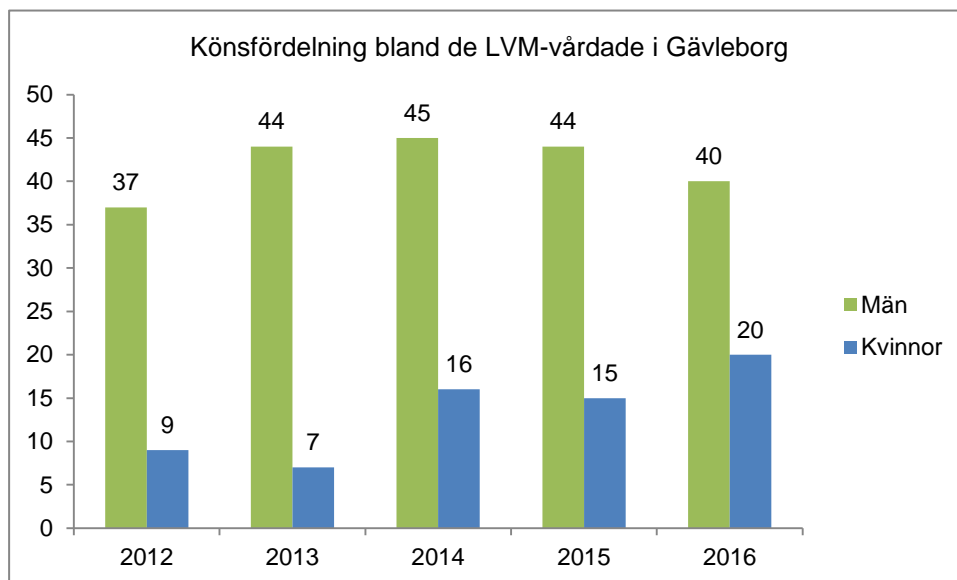


Diagram 6. LVM-vårdens fördelning över män och kvinnor i Gävleborg.

Källa: FoU Välfärds regionala kartläggning.

Den trend som kan identifieras är att antalet kvinnor som vårdats enligt LVM fördubblats under senare år. 2012–2013 var det under strax under 10 kvinnor/år för att under 2016 vara 20 kvinnor. Ökningen utgörs till största delen av kvinnor över 30 år. Andelen kvinnor av det totala antalet personer som vårdats har också ökat från 20 procent under 2012 till 33 procent under 2016.

## LVM-vården i de enskilda kommunerna

I det här avsnittet redovisas kartläggningens statistik på kommunnivå utifrån totalt antal LVM-vårdade personer, deras kön samt antal personer i åldergrupperna 18–25 år samt 26–30 år. Då det är få personer per år som vårdats enligt LVM i flera av kommunerna bör beaktas att de mönster och trender som framträder kan bero på slumpmässiga variationer.



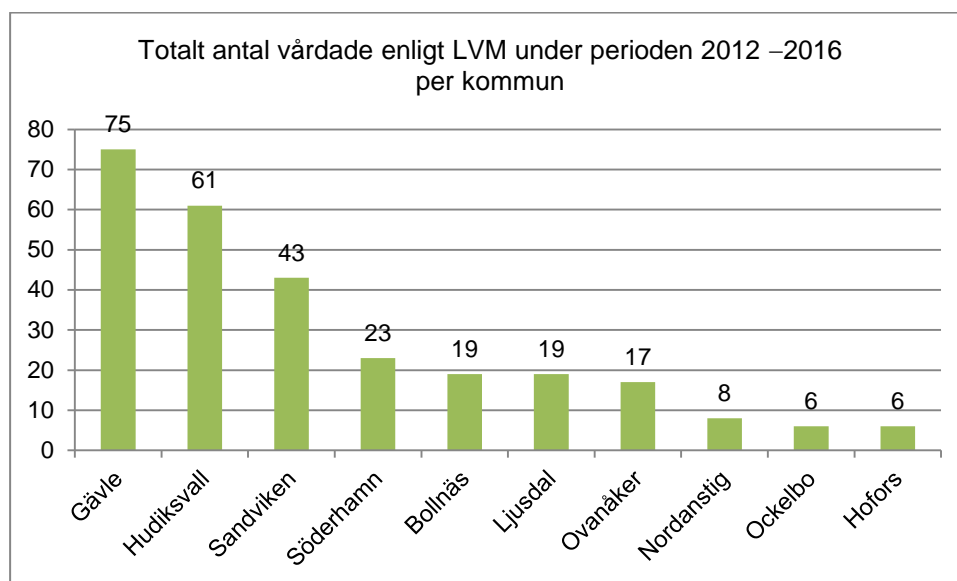


Diagram 7. Totalt antal LVM-vårdade personer per kommun under perioden 2012–2016. Källa: FoU Välfärds regionala kartläggning.

Antalet personer per kommun som vårdats enligt LVM under tidsperioden följer i stort sett kommunernas folkmängd. Den kommun som bryter mönstret är Hudiksvall där totalt 61 personer vårdats under tidsperioden, vilket är nästan 20 personer fler än i Sandviken, som har jämförbar folkmängd<sup>8</sup>, eller 14 personer färre än i Gävle som har drygt 100 000 invånare.

Tabell 2. LVM-vårdade i Gävle kommun.

	Totalt antal unika individer som avslutat vård enligt LVM		Varav individer i åldern 18–25 år		Varav individer i åldern 26–30 år		Summa
2012	Män=5	Kv=3	Män=1	Kv=3	Män=0	Kv=0	8
2013	Män=15	Kv=4	Män=2	Kv=1	Män=4	Kv=1	19
2014	Män=15	Kv=7	Män=3	Kv=3	Män=3	Kv=1	22
2015	Män=6	Kv=3	Män=2	Kv=2	Män=1	Kv=0	9
2016	Män=10	Kv=7	Män=3	Kv=2	Män=1	Kv=0	17
Totalt antal vårdade under tidsperioden							75

**KOMMENTAR:** I Gävle kommun varierar antalet vårdade enligt LVM mycket med fördubblingar från ett år till ett annat. Tydliga toppar kring antalet vårdade inträffade 2013 (19 personer), 2014 (22 personer) samt 2016 (17 personer). Gällande de LVM-vårdades köns- och ålderfördelning kan noteras att det var förhållandevis många män som vårdades under 2013 och 2014, respektive kvinnor under 2014 och 2016. Under tidsperioden var 32 procent av de LVM-vårdade personerna kvinnor. När det gäller individer i åldern 18–25 år, är det en stabil frekvens på 2-3 män respektive kvinnor varje år. I åldergruppen 26–30 år förekommer mellan 0–5 personer varje år, totalt 11 individer varav 2 är kvinnor.

<sup>8</sup> Folkmängd den 31/7 2017: Sandviken = 39 147 invånare; Hudiksvall = 37 290; Gävle = 100 147 invånare. Källa: SCB.

Tabell 3. LVM-vårdade i Bollnäs kommun.

	Totalt antal unika individer som avslutat vård enligt LVM		Varav individer i åldern 18–25 år		Varav individer i åldern 26–30 år		Summa
2012	Män=4	Kv=0	Män=1	Kv=0	Män=1	Kv=0	4
2013	Män=3	Kv=0	Män=3	Kv=0	Män=0	Kv=0	3
2014	Män=3	Kv=0	Män=1	Kv=0	Män=1	Kv=0	3
2015	Män=4	Kv=1	Män=3	Kv=0	Män=1	Kv=1	5
2016	Män=2	Kv=2	Män=0	Kv=0	Män=1	Kv=1	4
Totalt antal vårdade under tidsperioden							19

**KOMMENTAR:** I Bollnäs kommun ligger antalet vårdade enligt LVM stabilt runt 3–5 personer varje år. Under tidsperioden var det 6 män men ingen kvinna i åldern 18–25 år som vårdades. I åldergruppen 26–30 år var det totalt 4 män och 2 kvinnor som förekom. Noteras kan att det sammantaget var förhållandevis få LVM-vårdade kvinnor, endast 3 av totalt 19 personer.

Tabell 4. LVM-vårdade i Hofors kommun.

	Totalt antal unika individer som avslutat vård enligt LVM		Varav individer i åldern 18–25 år		Varav individer i åldern 26–30 år		Summa
2012	Män=0	Kv=0	Män=0	Kv=0	Män=0	Kv=0	0
2013	Män=2	Kv=0	Män=0	Kv=0	Män=1	Kv=0	2
2014	Män=0	Kv=0	Män=0	Kv=0	Män=0	Kv=0	0
2015	Män=0	Kv=0	Män=0	Kv=0	Män=0	Kv=0	0
2016	Män=3	Kv=1	Män=3	Kv=0	Män=0	Kv=1	4
Totalt antal vårdade under tidsperioden							6

**KOMMENTAR:** I Hofors är det endast under åren 2013 och 2016 som personer vårdats enligt LVM. Det ringa antalet gör att den ökning under 2016 där 4 personer omfattades av LVM-vård lika gärna kan vara slumpmässig. Intressant är dock att 3 av individerna var i åldern 18–25 år. I åldergruppen 26–30 år förekommer 2 personer, en kvinna och en man. Av de totalt 6 personer som LVM-vårdats är 1 kvinna.

Tabell 5. LVM-vårdade i Ljusdal kommun.

	Totalt antal unika individer som avslutat vård enligt LVM		Varav individer i åldern 18–25 år		Varav individer i åldern 26–30 år		Summa
2012	Män=3	Kv=0	Män=1	Kv=0	Män=0	Kv=0	3
2013	Män=2	Kv=0	Män=0	Kv=0	Män=0	Kv=0	2
2014	Män=4	Kv=0	Män=0	Kv=0	Män=0	Kv=0	4
2015	Män=4	Kv=2	Män=2	Kv=1	Män=0	Kv=1	6
2016	Män=3	Kv=1	Män=1	Kv=0	Män=0	Kv=0	4
Totalt antal vårdade under tidsperioden							19

**KOMMENTAR:** I Ljusdals kommun ligger antalet LVM-vårdade per år mellan 3–6 personer. Noteras kan att under 2015 var merparten yngre personer (3 personer mellan 18–25 år samt 1 i åldern 26–30 år). I åldergruppen 26–30 år förekommer 1 person under tidsperioden. Avseende fördelningen mellan män och kvinnor kan observeras att det är få LVM-vårdade kvinnor under tidsperioden, endast 3 av totalt 19 personer.

Tabell 6. LVM-vårdade i Hudiksvalls kommun.

	Totalt antal unika individer som avslutat vård enligt LVM		Varav individer i åldern 18–25 år		Varav individer i åldern 26–30 år		Summa
2012	Män=14	Kv=2	Män=4	Kv=0	Män=1	Kv=0	16
2013	Män=10	Kv=1	Män=2	Kv=0	Män=0	Kv=1	11
2014	Män=13	Kv=3	Män=2	Kv=0	Män=1	Kv=1	16
2015	Män=9	Kv=0	Män=5	Kv=0	Män=1	Kv=0	9
2016	Män=6	Kv=3	Män=1	Kv=0	Män=1	Kv=0	9
Totalt antal vårdade under tidsperioden							61

**KOMMENTAR:** I Hudiksvalls kommun är det många som vårdats enligt LVM under tidsperioden i förhållande till befolkningmängden, totalt 61 personer. I åldergruppen 18–25 år är det relativt många unga män som vårdats, 14 personer, men ingen kvinna. Gällande personer i åldern 26–30 år är det 4 män respektive 2 kvinnor som förekommer. Noteras kan att antalet kvinnor totalt sett som vårdats under tidsperioden är relativt lågt, endast 9 av totalt 61 personer (15 procent).

Tabell 7. LVM-vårdade i Nordanstigs kommun.

	Totalt antal unika individer som avslutat vård enligt LVM		Varav individer i åldern 18–25 år		Varav individer i åldern 26–30 år		Summa
2012	Män=1	Kv=0	Män=0	Kv=0	Män=0	Kv=0	1
2013	Män=1	Kv=0	Män=0	Kv=0	Män=0	Kv=0	1
2014	Män=1	Kv=0	Män=1	Kv=0	Män=0	Kv=0	1
2015	Män=3	Kv=0	Män=2	Kv=0	Män=0	Kv=0	3
2016	Män=2	Kv=0	Män=1	Kv=0	Män=0	Kv=0	2
Totalt antal vårdade under tidsperioden							8

**KOMMENTAR:** Nordanstig uppvisar ett fåtal LVM-vårdade under tidsperioden, 1–3 personer/år. Noteras kan att 4 av de totalt 8 vårdade är män i ålder 18–25 år. Observeras kan också att ingen kvinna eller person i åldern 26–30 år, har vårdats enligt LVM.

Tabell 8. LVM-vårdade i Sandvikens kommun.

	Totalt antal unika individer som avslutat vård enligt LVM		Varav individer i åldern 18–25 år		Varav individer i åldern 26–30 år		Summa
2012	Män=3	Kv=2	Män=1	Kv=1	Män=2	Kv=1	5
2013	Män=3	Kv=3	Män=0	Kv=0	Män=0	Kv=2	6
2014	Män=2	Kv=5	Män=0	Kv=0	Män=1	Kv=3	7
2015	Män=11	Kv=5	Män=3	Kv=2	Män=1	Kv=0	16
2016	Män=6	Kv=3	Män=4	Kv=0	Män=2	Kv=0	9
Totalt antal vårdade under tidsperioden							43

**KOMMENTAR:** Sandvikens kommun har under åren 2012–2014 haft 5–7 personer i LVM-vård för att under 2015 uppvisa en topp om 16 personer. Under 2016 har antalet sjunkit kraftigt till 9 personer. Noteras kan att det under 2015 och 2016 var förhållandevis många personer i åldern 18–25 år, 5 respektive 4 personer. Antalet vårdade i åldergruppen 26–30 år ligger jämt fördelat på mellan 0–3 män respektive kvinnor per år. En iakttagelse är att andelen kvinnor som vårdats för LVM under tidsperioden ligger högt i Sandviken, 18 av totalt 43 vårdade, vilket utgör 42 procent.

Tabell 9. LVM-vårdade i Söderhamns kommun.

	Totalt antal unika individer som avslutat vård enligt LVM		Varav individer i åldern 18–25 år		Varav individer i åldern 26–30 år		Summa
2012	Män=3	Kv=1	Män=1	Kv=1	Män=0	Kv=0	4
2013	Män=3	Kv=0	Män=1	Kv=0	Män=0	Kv=0	3
2014	Män=2	Kv=1	Män=1	Kv=1	Män=0	Kv=0	3
2015	Män=1	Kv=4	Män=0	Kv=1	Män=0	Kv=2	5
2016	Män=5	Kv=3	Män=4	Kv=0	Män=0	Kv=1	8
Totalt antal vårdade under tidsperioden							23

**KOMMENTAR:** Söderhamn har haft 3–4 personer per år i LVM-vård för att beskriva en ökning under 2016, då det förekom 8 personer. Under 2016 var det förhållandevis många män i åldern 18–25 år (4 personer). Noteras kan att personer i åldern 18–25 år utgör 10 av totalt 23 vårdade under hela tidsperioden, vilket är en i jämförelse med andra kommuner hög andel. I åldergruppen 26–30 år vårdades 3 personer, alla kvinnor. I Söderhamn är 39 procent av de vårdade kvinnor (9 av totalt 23 personer).

Tabell 10. LVM-vårdade i Ockelbo kommun.

	Totalt antal unika individer som avslutat vård enligt LVM		Varav individer i åldern 18–25 år		Varav individer i åldern 26–30 år		Summa
2012	Män= 1	Kv= 0	Män= 0	Kv= 0	Män= 0	Kv= 0	1
2013	Män= 1	Kv= 0	Män= 1	Kv= 0	Män= 0	Kv= 0	1
2014	Män= 2	Kv= 0	Män= 0	Kv= 0	Män= 0	Kv= 0	2
2015	Män= 2	Kv= 0	Män= 2	Kv= 0	Män= 0	Kv= 0	2
2016	Män= 0	Kv= 0	Män= 0	Kv= 0	Män= 0	Kv= 0	0
Totalt antal vårdade under tidsperioden							6

**KOMMENTAR:** Ockelbo har 1–2 personer i vård enligt LVM varje år under tidsperioden. Noteras kan att av totalt 6 vårdade är 3 män i ålder 18–25 år. Inga kvinnor förekommer för vård enligt LVM.

Tabell 11. LVM-vårdade i Ovanåkers kommun.

	Totalt antal unika individer som avslutat vård enligt LVM		Varav individer i åldern 18–25 år		Varav individer i åldern 26–30 år		Summa
2012	Män=3	Kv=1	Män=0	Kv=0	Män=0	Kv=0	4
2013	Män=3	Kv=0	Män=0	Kv=0	Män=2	Kv=0	3
2014	Män=3	Kv=0	Män=0	Kv=0	Män=2	Kv=0	3
2015	Män=4	Kv=0	Män=2	Kv=0	Män=2	Kv=0	4
2016	Män=3	Kv=0	Män=0	Kv=0	Män=2	Kv=0	3
Totalt antal vårdade under tidsperioden							17

**KOMMENTAR:** I Ovanåker är antalet LVM-vårdade 3–4 personer/år. Ingen av de vårdade är i åldern 18–25. Däremot befinner 8 av personerna sig i spannet 26–30 år. Endast 1 kvinna har vårdats enligt LVM under tidsperioden.

## Analys

I det här avsnittet analyseras och diskuteras kartläggningens resultat med bäring på de frågeställningar som låg till grund för den.

### Hur har LVM-vården utvecklats i Gävleborgs län i jämförelse med riket och andra län?

Sammantaget kan konstateras att LVM-vården i Gävleborg inte minskat under 2016 i enlighet med rikstrenden, likaså att Gävleborg ligger proportionellt högt gällande LVM-vård i förhållande till riket och angränsande län. Runt dubbelt så många personer per 100 000/invånare vårdas per år i Gävleborg i jämförelse med riksgenomsnittet samt exempelvis grannlänerna Dalarna och Västernorrland. När det gäller antalet LVM-vårdade personer per år har det förekommit relativt stora variationer i Gävleborg mellan åren, där återkommande ökning inträffat ungefär vart tredje till fjärde år sedan Socialstyrelsens mätningar började år 2000. Det blir intressant att studera hur LVM-vården utvecklas i Gävleborg under 2017 eftersom det nu varit en topp under åren 2014–2016. Kommer ökningen att fortsätta och utvecklas till en mer stabil trend eller viker kurvan nedåt igen?

### Varför vårdas fler enligt LVM i Gävleborg än exempelvis Dalarna?

Det är naturligtvis intressant att fråga sig varför Gävleborg som län har ett proportionellt sett högt antal personer som vårdas enligt LVM? Sannolikt måste förklaringarna sökas inom flera områden. För att utreda det här fenomenet på ett tillfredställande sätt krävs en mångfaktoriell analys med inriktning att identifiera och värdera faktorer som kan antas inverka på frekvensen av vård enligt LVM. Utan att ha gjort en sådan kan analys framstå dock nedanstående faktorer som intressanta att reflektera kring, inte minst som ett underlag i den fortsatta diskussionen kring missbruks- och beroendevårdens utformning i länet:

Gävleborgs socioekonomiska struktur med jämförelsevis låg utbildningsnivå, hög arbetslöshet, höga ohälsotal och andra karakteristika i samma riktning,<sup>9</sup> kan antas utgöra riskfaktorer för utveckling av missbruk och beroendetillstånd. Gävleborgs och Dalarnas län är emellertid relativt lika i fråga om socioekonomisk struktur och hälsoläget bland invånarna, vilket gör det intressant att Gävleborg har dubbelt så många LVM-vårdade per 100 000 invånare.

Arbetsätten, metoderna, kompetensen och kulturen inom socialtjänsten samt missbruks- och beroendevården kan sannolikt också spela in. I vilken utsträckning det finns metoder och arbetssätt för att möta individernas behov inom olika livsområden, motivera till frivilliga insatser samt bedriva vård och behandling på ett framgångsrikt sätt, både initialt och avseende upprätthållande insatser, bör ha en inverkan på frekvensen av LVM-vård. Om tvångsvård ändå blir nödvändig, är ett rimligt antagande att en planering under vårdtiden som skapar goda förutsättningar för övergången till frivilliga och långsiktiga in-

<sup>9</sup> Se Samhällsmedicin, Region Gävleborg, 2015, 2016.

satser på hemmaplan, kan motverka upprepad vård enligt LVM. En intressant aspekt i detta, är i vilken utsträckning eventuella psykiatriska eller neuropsykiatriska utredningar som gjorts under LVM-vården, kommer till nytta i hemkommunens fortsatta arbete med klienten. Forskning visar att det generellt sett är av stort värde för vårdens resultat att hela individens livssituation beaktas, dvs. boende, sysselsättning, behandling, hälsa, och social situation mm. Likaså att insatser inom olika områden sker parallellt utan avbrott eller problematiska övergångar mellan olika huvudmän och aktiviteter<sup>10</sup>, vilket ofta utmanar samhällsresursernas organisering och inarbetade gränssnitt.

En reflektion kring ökningen av antalet LVM-vårdade i Gävleborg under senare år är att den skulle kunna hänga ihop med en minskad frekvens av frivillig institutionsvård och öppenvårdsinsatser. När det gäller frivillig institutionsvård har den minskat påtagligt i ett par av kommunerna men även ökat i en kommun.

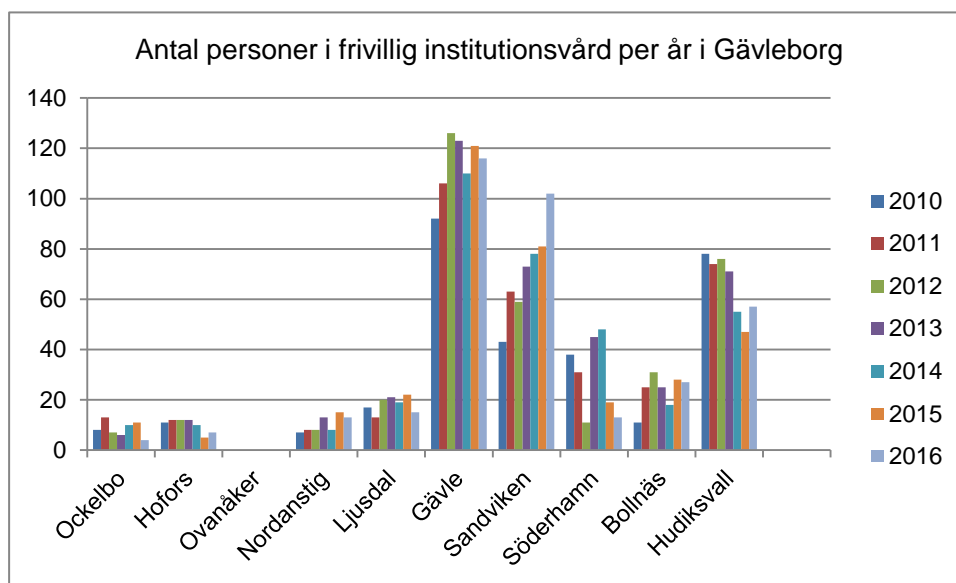


Diagram 8. Frivillig institutionsvård per kommun i Gävleborg. Källa: Socialstyrelsen.

Som diagrammet visar är det framförallt i Hudiksvall och Söderhamn som antalet personer vilka vårdats frivilligt på institution minskat under de senaste åren. Sandviken uppvisar omvända siffror, dvs. en markant ökning av den frivilliga institutionsvården. Ovanåker utmärker sig med få personer i frivillig institutionsvård. Under åren 2010–2014 var det ingen person i frivillig institutionsvård och under 2015–2016 färre än 3 personer per år, vilket inte redovisas i Socialstyrelsens statistik. Har då frekvensen av frivillig institutionsvård ett samband med antalet som vårdas enligt LVM? Svårt att säga. I Hudiksvall och Ovanåker har inte LVM-vården ökat de senaste två åren medan Söderhamn uppvisar en viss uppgång. I Sandviken har antalet LVM-vårdade minskat påtagligt under 2016 parallellt med den stora ökningen av frivilliga placeringar på institution. Det är dock möjligt att de samband som går att se är slumpvisa utslag då antalet LVM-vårdade i de enskilda kommunerna har en tendens att variera starkt mellan olika år.

**KOMMENTAR:** Beaktas bör att Socialstyrelsen i sin statistik inte särskiljer på olika typer av institutioner. Det innebär att statistiken inrymmer allt från institutioner med högt vårdinnehåll, dvs. renodlade behandlingshem, till mer boendeinriktade verksamheter.

<sup>10</sup> Se exempelvis Bringlöv, 2016 eller Myndigheten för vårdanalys, 2016.

När det gäller Socialstyrelsens statistik kring behovsprövad öppenvård är det vanskligt att göra jämförelser mellan kommuner och analyser över tid då så kallade serviceinsatser<sup>11</sup> inte registreras. Likaså finns variationer kring i vilken utsträckning kommunerna bedriver serviceinsatser inom beroende- och missbruksvården.<sup>12</sup> Det går därför inte att göra några säkra analyser av öppenvårdens relation till LVM-vården. Förutom frekvensen av frivillig institutionsvård och öppenvårdsinsatser har naturligtvis kvaliteten på dessa insatser stor betydelse för i vilken utsträckning önskvärda resultat uppnås. Då det nästan inte görs några systematiska uppföljningar på gruppnivå inom missbruks- och beroendevården i Gävleborg,<sup>13</sup> saknas i stor utsträckning kunskap om de aktuella insatsernas effekter.

Tillämpningen av LVM bör också kunna påverka frekvensen av denna vårdform. Det vill säga vilken tröskel som finns för att ansöka om vård enligt LVM, och kanske även vilka individer som prioriteras för sådan vård. I vilken utsträckning personer identifieras som har behov av LVM-vård, och hur aktivt anmälningar i sådana ärenden sker, är också faktorer som kan påverka frekvensen av LVM-vård. Ytterligare en faktor som kan spela in för tillämpningen av LVM är kommunernas ekonomi. Är budgeten för missbruksvården redan hårt ansträngd kan tänkas att det höjer ribban för LVM-vård. Slutligen bör sägas att ett högt antal tvångsvårdade inte behöver vara negativt – det kan också utgöra en indikator på att LVM tillämpas i en stor andel av de ärenden där lagen föreskriver det.

Individer som inte fångas upp inom öppenvården och de frivilliga insatserna. Under en genomlysning av öppenvården i Gävleborg<sup>14</sup> framkom att några grupper av individer med missbruks- och beroendeproblematik upplevdes svåra att behandla. Det var unga vuxna, personer med psykiatrisk samsjuklighet samt individer med tungt missbruk. När det gäller unga vuxna kan vi se en ökning inom LVM-vården i länet. Det bör även gälla personer med tungt missbruk då de per automatik uppfyller kriterierna för LVM-vård. Frågan är i vilken utsträckning även personer med psykiatrisk problematik förekommer, och hur de fångas upp i samhällets resurssystem? Det är mot bakgrund av ovanstående resonemang av värde att ytterligare utreda vilka personer som vårdas enligt LVM i Gävleborg genom en systematisk uppföljning<sup>15</sup> av dessa ärenden. Kanske räcker det långt att följa upp de drygt 60 personer som vårdades enligt LVM under 2016 i Gävleborg. De data som bedöms intressanta att samla in förutom relevanta bakgrundsvariabler, är framför allt information kring individernas problematik, behov och missbruksmönster över tid, vilka tidigare insatser som förekommit, hur dessa påverkat den enskildes situation. I nästa led handlar det om att följa upp de insatser som förekommit under och efter LVM-vården samt resultatet av dessa.

Samarbetsfaktorer, exempelvis hur samarbetet fungerar mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten, resurser inom missbruks- och beroendevården samt kriminalvården, bör utifrån ett systemperspektiv påverka kvaliteten på samhällets samlade insatser för att motverka missbruks- och beroendeproblematik. När det gäller de som befinner sig i LVM-vård är samarbetet mellan SiS-institutionen och socialtjänsten viktig som ett led i att ta tillvara LVM-vårdens möjligheter. Det kan handla om att ta tillfället i akt att göra en psykiatrisk/neuropsykiatrisk utredning, samt att i samråd arbeta fram en plan för fortsatta vård- och stödinsatser på

<sup>11</sup> Insatser som inte föregås av biståndsbeslut, exempelvis samtalskontakter, rådgivning eller olika typer av behandlingsinsatser.

<sup>12</sup> Se diskussion i Lyrberg, 2017.

<sup>13</sup> Se FoU Välfärd, 2017 – Öppna Jämförelser inom missbruks- och beroendevården.

<sup>14</sup> Lyrberg, 2017.

<sup>15</sup> Uppföljningen skulle kunna göras genom en granskning av dokumentationen i respektive ärende med hjälp av ett aktgranskningsformulär.



hemmaplan som gör den enskilde motiverad och delaktig i största möjliga utsträckning. Då en stor andel av de som utvecklat ett tungt missbruk också har en psykiatrisk problematik, är sannolikt samspelet mellan socialtjänst och psykiatri av särskild vikt. Forskning ger starkt stöd för att insatser för behandling av missbruksproblematiken och den psykiska ohälsan måste ske samtidigt och samordnat för att ha bästa effekt.<sup>16</sup> Det är inga nyheter för de professionella inom beroende- och missbruksvården, men utmaningen är att organisera och vidmakthålla nödvändiga samarbetsformer.

**Drogkulturer och missbruksmönster.** Tillgången på och bruket av droger som kan ge en snabb beroendeutveckling och allvarliga skadeverkningar, kan påverka frekvensen av vård enligt LVM. Likaså om det existerar lokala drogkulturer kring sådana preparat, exempelvis syntetiska opiater eller nätdroger. Vilka droger som förekommer i länet samt den missbruksbild LVM-vårdade uppvisar, har emellertid inte kartlagts i Gävleborg.

**Förebyggande insatser på olika preventionsnivåer<sup>17</sup>** kanske kan upplevas ha en svag koppling till frekvensen av LVM-vård. Hur framgångsrikt det preventiva arbetet är bör dock i förlängningen även påverka utvecklingen av tyngre beroende- och missbruksproblematik bland invånarna. Exempelvis kan ett förebyggande arbete som får färre ungdomar att börja använda narkotika, eller leder till tidig upptäckt av ungdomar som påbörjat en missbrukskarriär, ge resultat på drogutvecklingen i länet på längre sikt. I detta arbete är sannolikt polisens narkotikainriktade insatser, inte minst spaningsarbete i syfte att upptäcka ungdomar som missbrukar narkotika, en viktig resurs tillsammans med de aktiviteter som utförs av socialtjänsten, föreningslivet, skolan och andra aktörer.

## **Hur ser utvecklingen av yngre personer som vårdats enligt LVM ut över tid i Gävleborgs län?**

När det gäller yngre personer kan konstateras att antalet män i åldern 18–25 år som vårdas enligt LVM har ökat i Gävleborg under senare år. Det är av stort värde att ta fram mer information om denna grupp utifrån de frågeställningar som diskuterades i föregående avsnitt, dvs. hur ser deras problematik, missbruksmönster och behovsbild ut, vilka insatser har de fått och hur har utfallet varit av dessa? Socialstyrelsen<sup>18</sup> har gjort en analys som visar att ökningen av yngre personer är en nationell trend inom LVM-vården. Utvecklingen är särskilt tydlig från 2010 då medianåldern för kvinnor var 41 år respektive 44 år för män, vilket kan jämföras med år 2016 då medianåldern var 31 år för kvinnor och 35 år för män.

Ökningen av unga inom LVM-vården beror inte på det stora inflödet av ensamkommande ungdomar eller flyktingsströmmar i övrigt. Nationellt sett är endast sju procent av de som vårdas enligt LVM födda utanför Norden. Då denna grupp som helhet utgör 15 procent av befolkningen är de underrepresenterade inom LVM-vården i jämförelse med svenskfödda personer. Under den regionala kartläggningens insamlades inte data kring de LVM-vårdades etnicitet. Det finns dock inget som tyder på att Gävleborg skulle avvika från riksgenomsnittet.

<sup>16</sup> Se exempelvis Mueser et.al, 2005 eller Öjehagen, 2011.

<sup>17</sup> Det brukar diskuteras kring tre preventionsnivåer: Universell- som vänder sig till alla i en grupp, exempelvis elever på högstadiet, selektiv-, som riktar sig till identifierade riskgrupper, exempelvis ungdomar som hoppat av skolan, samt slutligen indikerad prevention som utgör insatser till de som redan utvecklat någon form av problematik, exempelvis börjat med ett experimentellt missbruk av hasch. Se exempelvis Ferrer-Wreder et.al, 2005.

<sup>18</sup> Socialstyrelsen, 2017.



## Finns det lokala variationer gällande LVM-vården i Gävleborgs län?

Antalet personer per kommun som vårdats enligt LVM under tidsperioden följer i stort sett kommunernas folkmängd. Den kommun som bryter mönstret är Hudiksvall där totalt 61 personer vårdats under tidsperioden. Det är nästan 20 personer fler än i Sandviken som har jämförbar folkmängd, eller endast 14 personer färre än Gävle som har 2,5 gånger så många invånare som Hudiksvall.

I Gävle, Hudiksvall och Sandviken förekommer stora variationer i antalet LVM-vårdade över tid där det vissa år har varit en fördubbling av antalet vårdade. I övriga kommunerna ligger antalet vårdade mer stabilt. Det är för de små kommunerna sannolikt också ett resultat av det relativt ringa antalet personer som blir föremål för LVM vård. När det gäller skillnader mellan kommunerna i fördelningen av yngre personer samt kvinnor och män, är det viktigt att ha i åtanke att antalet personer är så litet att det ofta inte går att säga vad som kan vara slumpmässiga variationer. I nedanstående analyser har därför kommuner med färre än totalt 10 LVM-vårdade personer under åren 2012–2016 inte tagits med.

### Spridningen av LVM-vårdade personer i åldern 18–25 år över kommunerna

I Söderhamn och Bollnäs utgör personer i åldern 18–25 år störst andel av de LVM-vårdade, drygt 40 procent. I Gävle, Sandviken, Ljusdal och Hudiksvall är andelen personer i denna åldersgrupp runt 25–30 procent. Ovanåker har lägst andel unga med endast 12 procent. Gävle är den kommun som har haft störst andel unga kvinnor, 11 av totalt 22 personer. Hudiksvall sticker ut åt andra hållet då ingen av de totalt 14 personerna i aktuell ålderkategori var kvinna. Detsamma gäller för Bollnäs där alla 8 var män. I övriga kommuner var ca en tredjedel av de yngre personerna kvinnor.

### 26–30 åringarnas förekomst i kommunernas LVM-vård

När det gäller åldergruppen 26–30 år utgör de störst andel i Ovanåker (47 procent), Bollnäs (32 procent) samt Sandviken (28 procent). Övriga kommuner ligger i intervallet 5–15 procent. I fråga om de vårdades kön i denna ålderkategori förekommer en spridning från ingen kvinna i LVM-vård (Ovanåker) till 6 kvinnor av totalt 12 LVM-vårdade personer (Sandviken).

**KOMMENTAR TILL FÖRDELNINGEN AV UNGA PERSONER I LVM-VÅRD I KOMMUNERNA:** Det kan finnas flera orsaker till att förekomsten av unga personer som LVM-vårdas varierar i kommunerna. Det styrs sannolikt i stor utsträckning av hur många yngre personer som utvecklat ett tungt missbruk i den enskilda kommunen. Som diskuterats ovan kan det dock också påverkas av i vilken utsträckning den lokala resurskedjan lyckas fånga upp yngre personer innan missbruket nått en sådan allvarlighetsgrad att LVM blir nödvändigt. Vilka synsätt och utgångspunkter som finns kring att använda LVM-verktyg för att motverka missbruksutveckling bland yngre personer, spelar sannolikt även in. För att utforska detta område mer behöver det föras diskussioner med företrädare för IFO:s vuxenenheter, exempelvis i form av fokusgrupper.

### Könsfördelningen totalt sett bland de LVM-vårdade

Det är Sandviken och Söderhamn som har störst andel kvinnor (ca 40 procent). I Gävle är det runt 30 procent. Bollnäs, Ljusdal och Hudiksvall ligger på ca 15 procent. Ovanåker bryter av med endast 1 kvinna av totalt 17 LVM-vårdade personer.

## Avslutande diskussion och framåtblickar

LVM-vård kan utgöra betydande påfrestningar för kommunernas ekonomi och tära starkt på de medel som de avsatt för missbruks- och beroendevård. Ett vårddygn vid SIS-institution kostar över 4000:-/dygn,<sup>19</sup> vilket innebär en kostnad om ca 750 000:- för en vårdperiod om sex månader. Utifrån ett kritiskt perspektiv kan LVM-vården ses som ett resultat av att tidigare vårdinsatser på frivillig väg inte klarat att nå fram till individen. Sannolikt är det dock svårt att komma från tvångsvård helt i ett samhälle, vilket också är anledningen till att denna vårdform utvecklats.

Det finns två FoU-arbeten i närtid vilka bedöms relevanta som kunskapsunderlag i arbetet med att utveckla insatser och arbetsformer som kan minska behovet av LVM-vård i Gävleborgs län.

Det ena är den nyligen utförda genomlysningen av öppenvården i Gävleborgs län.<sup>20</sup> Denna utredning påvisar en upplevelse bland företrädare för socialtjänsten att öppenvården i länets kommuner har bäst resultat i behandlingen av socialt förankrade personer med alkoholmissbruk. Däremot lyckas vård och behandling av *unga vuxna, personer med missbruk och psykiatrisk samsjuklighet* samt *individer som uppvisar ett tungt missbruk* sämre. De professionellas förklaringar till utebliven förbättring hos dessa målgrupper är: svag motivation hos individerna – främst bland unga vuxna och ungdomar som ännu inte fått några större konsekvenser av missbruket, avsaknad av bostäder och drogfria boendeformer, brist på sysselsättning och fritidsaktiviteter, icke flexibla behandlingsmetoder med för höga krav på att individen ska komma till öppenvårdens lokaler, samt slutligen att samordnade insatser med andra myndigheter och vårdgivare – i synnerhet psykiatri – saknas. Med utgångspunkten att en framgångsrik öppenvård i kombination med frivilliga institutionsplaceringar kan minska behovet av tvångsvård – ter det sig strategiskt att bedriva ett utvecklingsarbete för att i större utsträckning nå fram till och möta behoven hos de ”svåra” grupperna.

Det andra FoU-arbetet är en sammantagen analys av mångbesökarkartläggningar som gjorts inom beroende- och missbruksvården i sex geografiska områden under åren 2011–2014.<sup>21</sup> Kartläggningarna omfattade totalt 70 individer där en stor andel hade ett långvarigt missbruk bakom sig med komplexa vårdbehov samt återkommande vård- och behandlingskontakter. Målgruppen som kartlagts uppvisar i stor utsträckning den typ av problematik som kan leda till vård enligt LVM, vilket gör materialet särskilt intressant. Ofta görs utvärderingar och uppföljningar ur ett relativt snävt verksamhetsperspektiv där enskilda verksamheter eller insatser är i fokus. Metoden för mångbesökarkartläggningarna bygger i stället på en systematisk kartläggning och analys av olika insatser ur ett individ- och systemperspektiv. Intentionen är att ta fram kunskap om hur vårdsystemets olika delar samverkar runt enskilda individer, samt hur individen uppfattar att vård, stöd samt bemötande svarar mot de egna problemen och behoven. Då kartläggningarna spänner över sex län och stor samstämmighet uppnåtts i

<sup>19</sup> SiSFS 2016:2. Dygnskostnaden är 4500:- under tiden för omedelbart omhändertagande. När vården fastställt av förvaltningsrätten är dygnskostnaden 4100:-.

<sup>20</sup> Lyrberg, 2017.

<sup>21</sup> Bringlöv, 2016. Mångbesökarkartläggningar gjordes i Stockholm, Halland, Uppsala, Lund, Jämtland och Norrbotten.

resultaten bedöms de vara generaliserbara och användbara även vid utveckling av missbruks- och beroendevården i Gävleborgs län. Det är dock inte sagt att alla brister som identifierades under mångbesökarkartläggningarna finns i Gävleborgs län. Sammafattningsvis visar analysen av mångbesökarkartläggningarna följande problematiska mönster:

- I det kritiska och akuta skedet är mottagande och bemötande ofta inte anpassat efter den här målgruppens problematik och tillstånd, vilket bidrar till att individen inte fångas upp och behålls i en vårdprocess.
- Vården och stödet utgår från befintliga insatser snarare än individens behov och problem. Klienten får inte hjälp med grundläggande problem som psykisk ohälsa, stabilt boende, sysselsättning och sin livssituation i stort, istället är fokus inriktat på nykterhet/missbruket.
- Öppenvårdsalternativ som utgör reella alternativ till institutionsvård saknas i stor utsträckning.
- Vård och stöd utformats inte utifrån kunskapen att rehabiliteringsprocessen vid tungt missbruk och beroende är mycket lång, kanske livslång.
- Övergångar mellan olika insatser fungerar bristfälligt med resultatet att det uppstår glapp, väntan och avbrutna vårdprocesser. Det är mycket vanligt att ansvaret för fortsatt behandling eller stöd läggs på individen själv, trots att denne är inne i ett pågående och intensivt missbruk. Tvärprofessionella samarbeten utformade för att kunna svara mot mångbesökarnas sammansatta behov och livssituation brister också ofta.
- LVM-vård omvandlas till frivillig vård inom ett par dagar, varvid den placerade ofta avviker och återgår i missbruk. Tvångsvård undviks i det längsta men det finns otillräckliga alternativ till tvång för individer med en historia av upprepade avbrott från frivilliga behandlingsinsatser.
- Tiden efter slutenvård eller institutionsvård utgör en av de kritiska punkterna i vården. Problematiska mönster är upprepade frivilliga placeringar på behandlingshem, många gånger utan tydligt syfte och innehåll, som avbryts utan att följas upp eller inte åtföljas av eftervård under någon längre tid.
- Återkommande placeringar på stödboenden utan tydligt syfte, ibland som enda insats, eller i kombination med boendestöd, avbryts eller avslutas på grund av återfall i missbruk.

Som diskuterats i analysavsnittet kan det finnas en rad faktorer som påverkar frekvensen av LVM-vård. Förändring av länets socioekonomiska struktur är ett långsiktigt arbete som involverar en mängd aktörer. Det drogförebyggande arbetet är också av denna karaktär. Socialtjänstens arbetssätt samt utformningen av insatser och samarbetsformer inom missbruks- och beroendevården, är dock faktorer som bedöms mer påverkbara av mottagarna för denna kartlägningsrapport, dvs. ledning, politik och personal inom socialtjänsten.

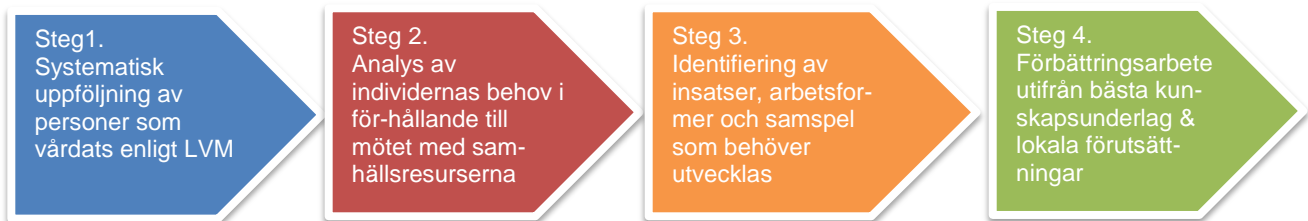
Lyrbergs<sup>22</sup> genomlysning av öppenvården i Gävleborgs län, samt de problematiska områden som identifierats under mångbesökarkartläggningarna, kan användas som ett kunskapsunderlag vid utvecklingen av beroende- och missbruksvården generellt sett i Gävleborg. Ett specifikt utvecklingsarbete kring LVM-vården skulle dock gynnas av att inhämta ytterligare kunskap kring hur problematik, behov, sociala omständigheter och vårdprocesser sett för de individer som tvångsvårdats i vårt län under senare år. Med ett sådant kunskapsunderlag blir det möjligt att utveckla arbetssätt, insatser och samverkansformer utifrån ett stärkt brukar- och systemperspektiv.

För att bedriva ett utvecklingsarbete med inriktning att minska behovet av LVM-vård i Gävleborgs län, krävs en tanke kring vilka aktiviteter som bör genomföras och hur de ska ut-

---

<sup>22</sup> Lyrberg, 2017.

formas. Med utgångspunkt i att det finns ett kunskapsbehov kring individerna som vårdats för LVM och att någon form av systematisk uppföljning av dessa är nödvändig, föreslås nedanstående modell i fyra grundläggande steg för utvecklingsarbetet.



Figur 1: Modell för utvecklingsarbete kring LVM-vården i Gävleborg.

Den skisserade modellen påminner i stor utsträckning om hur mångbesökarkartläggningarna genomfördes, dvs. utifrån ett individ och systemperspektiv där den enskildes behov tas som utgångspunkt för analysen av hur samhällets resurser organiseras och används. Skillnaden är att denna uppföljning är specifikt inriktad på personer som vårdats enligt LVM. En intressant dimension i detta, är att personer som vårdas med tvång har en omfattande och många gånger komplex problematik, vilket utmanar samhällsresurserna på ett påtagligt sätt. Uppföljningen av LVM-vårdade bedöms kunna leda både till att specifika resurser och samarbetsformer kring personer med tungt missbruket identifieras, men också att generella brister inom missbruks- och beroendevården synliggörs. Nedan beskrivs utvecklingsarbetets fyra föreslagna steg:

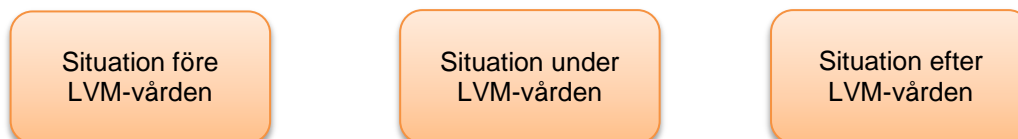
**Steg 1:** Under processens första steg behöver det genomföras en systematisk uppföljning av personer som varit föremål för LVM-vård, förslagsvis under det senaste året, för att få en aktuell bild av deras möte med samhällsresurserna. En modell för uppföljningen är att genomföra aktgranskningar, exempelvis avseende de drygt 60 personer som vårdats enligt LVM under 2016. Rent praktiskt kan det göras genom att aktgranskare utses i kommunerna som utifrån ett formulär med relevanta frågeställningar går igenom dokumentationen kring varje individ. Frågeställningarna bör spänna över tid för att samla in information om hur den enskildes problematik och kontakter med socialtjänsten samt resurser inom vård och behandling sett ut historiskt. Det ger en värdefull bild av hur ”resan” fram till vård enligt LVM gestaltat sig. Frågeställningarna kan vara exempelvis hur länge klienten varit aktuell inom socialtjänsten, vilka insatser som har förekommit, och i den mån det är möjligt, omfatta en bedömning av hur insatserna påverkat den enskildes livssituation, kanske då i första hand avseende missbruksproblematiken?

Uppföljningens andra led är att följa upp vad som skett under LVM-vården, exempelvis hur vården har genomförts och vilka aktiviteter som förekommit i form av vårdinsatser, psykiatrisk utredning, nätverksarbete och planering för fortsatt vård och stöd på hemmaplan.

Tredje ledet fokuserar på vad som hänt efter LVM-vården, exempelvis i fråga om insatser och planering, samt en bedömning hur dessa aktiviteter påverkat klientens huvudsakliga problematik och livssituation i övrigt. En form för den typen av arbete som tillämpats tidigare vid uppföljning av barnahusbarn i Gävleborg<sup>23</sup>, är att FoU Välfärd i nära samspel med kommunerna arbetar fram ett aktgranskningsformulär, organiserar de lokala aktgranskarnas arbete

<sup>23</sup> Gustafsson, 2014.

samt sammanställer och analyserar insamlad data. För ytterligare beskrivning av metodiken vid systematiska uppföljningar inom socialtjänstens arbetsområde, se Socialstyrelsens vägledningsmaterial<sup>24</sup> Den systematiska uppföljningens tågordning illustreras i nedanstående modell:



Figur 2. Den systematiska uppföljningens tre fokusområden.

**KOMMENTAR:** Aktstudien kan kombineras med intervjuer/fokusgrupper där erfarenheter från professionella samt personer som varit föremål för LVM-vård, tas tillvara.

**Steg 2:** Under detta steg görs en sammantagen analys av LVM-vårdade individernas problematik, behov och situation i relation till de insatser och samarbetsformer som förekommit.

**Steg 3:** I det här steget är inriktningen att identifiera och beskriva områden med behov av utvecklingsarbete.

**Steg 4:** När områden som behöver utvecklas har identifierats är det möjligt att göra prioriteringar av vad som bedöms mest angeläget att arbeta med. Förbättringsarbetet bör bygga på de behov som kommit fram under den systematiska uppföljningen tillsammans med bästa kunskapsunderlag i övrigt, dvs. erfarenheter från forskning, FoU-arbeten och utvärderingar inom området. Det är också viktigt att ta tillvara lokala och regionala förutsättningar samt möjligheter.

### Hur kan utvecklingsarbetet kring LVM ägas och organiseras?

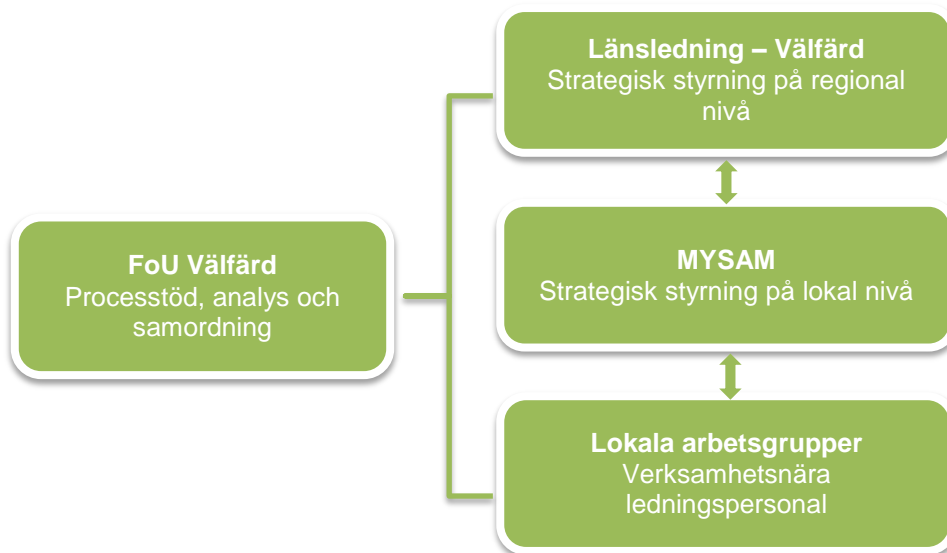
Erfarenheten vid FoU Välfärd är att det ofta är möjligt att samla in data, göra analyser och identifiera behov av utvecklingsarbete, exempelvis i samband med utvärderingar. Det som ofta fallerar är dock att organisera formerna för utvecklingsarbetet så att det blir långsiktigt hållbart, särskilt om det inbegriper flera kommuner och huvudmän. I forskning kring organisering av långsiktigt hållbart utvecklingsarbete, brukar ägarskapet betonas, likaså samverkan och att lärdomar som görs också används konkret i förändring eller utveckling av den verksamhet som är i fokus<sup>25</sup>. Utvecklingsarbetet kring personer som är potentiella för LVM-vård kräver att ledningen inom såväl socialtjänst och andra kommunala verksamheter som hälso- och sjukvård involveras. Ägarskapet och den strategiska styrningen bör därför kopplas till en struktur som kan svara upp mot ett sådant behov. Den regionala gruppering som tycks ligga närmast bör vara Länsledning Välfärd. På lokal nivå finns också MYSAM-grupper som kan användas för strategiska beslut och utveckling av samarbetsformer på lokal nivå.

Utöver de strategiska funktionerna krävs en lokal formering som kan driva utvecklingsprocesser, exempelvis i form av en arbetsgrupp med verksamhetsnära ledningspersonal från vuxengruppen inom socialtjänsten, beroendemedicinska resurser, vuxenpsykiatri och andra berörda verksamheter i det geografiska området. De lokala arbetsgrupperna kan organiseras kommunvis eller täcka fler kommuner. Kanske finns möjlighet att organisera dem utifrån de geografiska områdena Gävle, Västra Gästrikland, Södra Hälsingland samt Norra Hälsingland,

<sup>24</sup> Socialstyrelsen, 2014.

<sup>25</sup> Brulin och Svensson, 2011.

då det överensstämmer med hälso- och sjukvårdens organisation? En tanke är att de lokala arbetsgrupperna kan ha gemensamma träffar där de utbyter erfarenheter och tillsammans bidrar till utvecklingsprocessen i länet. Under arbetet med den systematiska uppföljningen, analys och organisering av utvecklingsarbetet, är det möjligt för FoU Välfärd att fungera som en processtödande resurs och samordnande part. Figuren nedan visar en tänkbar modell för organiseringen av utvecklingsarbetet.



Figur 2. Förslag på organisering av utvecklingsarbetet.

## Slutord

Som diskuterats tidigare genomförs knappt några systematiska uppföljningar på grupp nivå inom missbruks- och beroendevården i Gävleborgs län. Det saknas därför i stor utsträckning kunskaper om effekterna av kommunernas öppenvårdsbehandlingar eller de insatser som bedrivs vid externa behandlingshem och kommunala HVB. Denna kunskapsbrist, kan leda till att insatser med svaga effekter som inte möter de reella behoven hos klienterna, pågår år efter år utan att någon utveckling av dem sker. En riktad uppföljning av individer som LVM-vårdats löser emellertid inte problemet med att vi vet så lite om hur de frivilliga insatserna når fram till brukare inom olika behovsgrupper. Det behöver därför parallellt med det föreslagna LVM-projektet tas fler initiativ till systematisk uppföljning av klienterna inom frivilligvården.

Förhoppningen med denna rapport, är dels att bidra med ett underlag som kan stimulera utvecklingsarbetet kring LVM-vården, men också att sätta ljuset på behovet av systematisk uppföljning rent generellt inom missbruks- och beroendevården i Gävleborgs län.



## Referenser

- Bringlöv, Å. (2016). *Varför kommer de tillbaka? Missbruksvård för personer med komplexa behov – analys av Mångbesökarkartläggningar i sex län*. Rapport: nr 145/16. Stockholm: FoU Södertörn.
- Brunin, G. & Svensson, L. (2011). *Att äga, styra och utvärdera stora projekt*. Lund: Studentlitteratur.
- Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Cass Lorente, C., Tubman, J- G & Adamson, L. (2005). *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga. En forskningsöversikt*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- FoU Välfärd (2017). Öppna jämförelser inom socialtjänsten i Gävleborgs län 2017 – Missbruks- och beroendevården. [http://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/utveckling\\_samverkan/fou/oppna\\_jamforelser/oj-missbruk.pdf](http://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/utveckling_samverkan/fou/oppna_jamforelser/oj-missbruk.pdf).
- Gustafsson, K. (2014). *Uppföljning av stöd – och behandlingsinsatser till barn och föräldrar som varit aktuella på Barnahus Gävleborg – Vad hände med barnen?* Gävle: Rapport 2014:4.
- Lag (1988:878) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). (1988). Stockholm: Socialdepartementet
- Lyrberg, A. (2017). *Öppenvård i Gävleborg. En genomlysning av Gävleborgs kommuners öppna insatser inom missbruks- och beroendområdet*. Rapport 2017:3. Gävle: FoU Välfärd.
- Mueser, K-L., Drake, R-E. & Nordsy, D-L. (2005). *Dubbel diagnos. Allvarlig psykisk sjukdom och missbruk. En forskningsöversikt*. Karlskrona: Stiftelsen ”Ett helt liv”.
- Myndigheten för vårdanalys. (2016). *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*. Rapport 2016:2. Stockholm: Vårdanalys.
- Samhällsmedicin. (2016). *Befolkning, socioekonomi och hälsa: ett kunskapsunderlag om Gävleborgs län*. Gävle: Samhällsmedicin, Region Gävleborg.
- Samhällsmedicin (2015). *Jämförelser – regional utveckling*. Gävle: Samhällsmedicin, Region Gävleborg.
- SiSFS (2016:2). *Statens institutionsstyrelses (SiS) föreskrifter om vårdavgifter för personer med missbruk som vårdas vid LVM-hem med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Socialstyrelsen. (2017). *Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20700/2017-9-23.pdf>.
- Socialstyrelsen. (2014). *Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. *Statistikdatabas för vuxna personer med missbruk och beroende*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/vuxnamedmissbrukochberoende>.
- Socialtjänstlagen (2001:453). (2001). Stockholm: Socialdepartementet.

- Statistiska centralbyrån (SCB). (2017). Folkmängd i riket, län och kommuner 30 juni 2017 och befolkningsförändringar 1 januari–30 juni 2017. <http://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/kvartals--och-halvarsstatistik--kommun-lan-och-riket/forsta-halvaret-2017/>.
- Öjehagen, A. (2011). Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom, i SOU 2011:6. *Missbruket, kunskapen, vården*. Missbruksutredningens forskningsbilaga, s 223–234. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.





# Kartläggning av LVM-vården i Gävleborgs län

Under hösten 2017 fick FoU Välfärd uppdraget att kartlägga hur vården enligt Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) utvecklats i Gävleborgs län över tid. Upprinnelsen var en uppfattning inom socialtjänsten att antalet yngre personer som vårdats enligt LVM i länet ökat under senare år. Denna rapport ger inledningsvis en bild av LVM-vårdens utveckling i länet som helhet under åren 2000–2016. Därefter presenteras hur tvångsvården utvecklats under åren 2012–2016 med särskilt fokus på yngre personer, fördelningen mellan män och kvinnor samt frekvensen av LVM-vård i de enskilda kommunerna.

Avslutningsvis lämnas förslag på hur ett utvecklingsarbete kan utformas och organiseras med inriktning att minska behovet av LVM-vård samt i övrigt stärka missbruks- och beroendevården i Gävleborgs län.

Beställ arbetsrapporten från:  
[gunilla.blom.lundqvist@regiongavleborg.se](mailto:gunilla.blom.lundqvist@regiongavleborg.se)  
FoU Välfärd – Region Gävleborg  
Gävle sjukhus, ingång 11  
801 87  
Tel: 026-65 02 68